



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

**Intervenções Especializadas para a redução da  
Ansiedade em Pessoa com Doença Mental**

**Katia Simão dos Santos**

---

**Lisboa  
2022**



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

**Intervenções Especializadas para a redução da  
Ansiedade em Pessoa com Doença Mental**

**Katia Simão dos Santos**



Orientador: Professor Doutor Paulo Rosário de Carvalho Seabra



**Lisboa  
2022**

*“Anxiety is a thin stream of fear trickling through the mind. If encouraged,  
it cuts a channel into which all other thoughts are drained”.*

Arthur Somers Roche

## AGRADECIMENTOS

Todo este processo de aprendizagem e aquisição de competências em constante evolução, traduz-se com a realização deste Relatório que não era possível sem o apoio de muitas pessoas, que me auxiliaram em variados aspetos e sem as quais não estaria aqui.

Começo por exprimir a minha imensa gratidão ao Professor Paulo Seabra, meu orientador pedagógico, pela sua disponibilidade, orientação com sabedoria, críticas construtivas, e reforços positivos constante, acreditando em mim e nas minhas capacidades ao desafiar-me e apoiar-me quando necessário.

Às Enfermeiras orientadoras de estágio, pela motivação e incentivo que me transmitiram para desenvolver competências, servindo de rede de apoio nesse processo e, neste sentido, contribuindo ativamente para o meu crescimento pessoal, académico e profissional. Muito obrigada por todos os momentos de reflexão sobre as situações que foram acontecendo, aumentando a minha autoconsciência.

Aos clientes, que voluntariamente participaram em todas as atividades/intervenções planeadas, pela aprendizagem, pelas suas partilhas de sentimentos, pensamentos e histórias de vida com quem desenvolvi as minhas competências!

À minha enfermeira chefe, que se mostrou sempre disponível nesta caminhada e apoiou-me quando necessário. Às minhas colegas de trabalho que aturaram as minhas flutuações de humor dando-me apoio e reforço positivo, nos momentos mentalmente mais tempestuosos, em que tinha vontade de desistir.

À minha família pelo apoio incondicional que demonstrou ao longo deste percurso, compreendendo as minhas ausências, por sempre acreditaram em mim, fazendo-me acreditar em mim própria. Especialmente, à minha irmã que apesar de estar longe fisicamente, esteve sempre disponível ao ouvir-me nos meus desabaços e momentos mais difíceis.

A todos os colegas de curso e de mestrado, em especial à colega e amiga sempre presente Ana Ribeiro, com quem tenho vindo a partilhar muitas ideias, conhecimentos, aventuras e desaventuras, angústias, dificuldades, lágrimas, risos e apoio mútuo; e que sempre se mostrou disponível em ouvir as minhas preocupações e dúvidas, mas também as minhas vitórias, ao longo deste processo.

Por último, mas não menos importante, ao meu Luís, por ter caminhado ao meu lado, pela sua paciência, compreensão, por me fazer rir nos momentos mais difíceis e pela ajuda prestada durante este percurso todo, especialmente por apresentar sempre um sorriso, quando sacrificava os dias, as noites, os fins-de-semana e os feriados em prol das horas de aulas, estágio, trabalho autónomo e trabalhos escritos realizados. Em suma, por partilhar um futuro comigo.

A todos o meu sincero e profundo **Muito Obrigada!**

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÔNIMOS E SÍMBOLOS

APA - *American Psychological Association*

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.<sup>a</sup> edição

EBSCO – *Elton Bryson Stephens Company*

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem Lisboa

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

HD – Hospital Dia

M – Média

MEC – Ministério da Ciência e Educação

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

nº – Número

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-Cov-2 - Coronavirus 2 da síndrome respiratória aguda grave

sic – Segundo informação cliente

Sig. – Significância

% - Percentagem

$\Delta V$  (%) – Taxa de variação

## RESUMO

Este relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em ESMP descreve reflexivamente o percurso formativo efetuado no decorrer do estágio, onde se implementou um projeto de intervenção com o intuito de reduzir a ansiedade das pessoas com doença mental, mostrando simultaneamente o desenvolvimento das competências de EE, EEESMP e Mestre.

A ansiedade apresenta-se com grande impacto na saúde e altera os hábitos de vida. Pode ser uma perturbação mental em si, constituir-se como uma comorbilidade de outras perturbações mentais, ou suceder-se como efeito secundário de medicação. Sendo um problema global, grave e incapacitante para muitas pessoas.

O EEESMP possui conhecimentos capazes de reduzir os sinais e sintomas da ansiedade. Tornando-se imprescindível o desenvolvimento de competências e a implementação de intervenções nesta área, no sentido de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Os objetivos do estágio realizado passaram por: 1) promover o bem-estar e redução da ansiedade na pessoa com doença mental; 2) Identificar, implementar e avaliar as intervenções especializadas para promoção de bem-estar, redução da ansiedade e a promoção da aquisição de competências para a gestão da doença; 3) desenvolver competências diagnósticas e terapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Recorreu-se à metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com auxílio dos seguintes instrumentos: reflexões, diários de interação, entrevistas semi-estruturadas, indicadores NOC e questionários sociodemográfico e de avaliação. Articularam-se as atividades desenvolvidas com as aprendizagens realizadas, a evidência científica mais recente, e as competências acima descritas.

Refletindo sobre os resultados obtidos, constata-se que a intervenção relaxamento em conjugação com a intervenção psicoeducativa apresentam um efeito positivo na diminuição da ansiedade e o seu autocontrolo, sendo o efeito potencializado através de exposição contínua. Realça-se a necessidade de investir neste tipo de intervenções para identificar causas geradoras de ansiedade e implementar estratégias para a sua gestão.

**Palavras-chave:** Enfermagem psiquiátrica, Ansiedade, Doença mental, Técnicas relaxamento, Psicoeducação.

## **ABSTRACT**

This internship report within the scope of the Master in Nursing in the area of specialization in Psychiatric/Mental Health Nursing reflectively describes the training course carried out during the internship, where an intervention project was implemented with the aim of reducing the anxiety of people with mental illness, simultaneously showing the development of Nurse Specialists, Nurse Specialist in Psychiatric/Mental Health Nursing and Master skills.

Anxiety has a great impact on health and changes life habits. It can be a mental disorder in itself, be a comorbidity with other mental disorders, or be a side effect of medication. Being a global problem, serious and disabling for many people.

The Nurse Specialist in Psychiatric/Mental Health Nursing has knowledge capable of reducing the signs and symptoms of anxiety. It is essential to develop skills and implement interventions in this area, in the sense of continuous improvement of nursing care.

The objectives of the internship were: 1) promoting well-being and reducing anxiety in people with mental illness; 2) Identify, implement and evaluate specialized interventions to promote well-being, reduce anxiety and promote the acquisition of skills for disease management; 3) develop diagnostic and therapeutic skills in Psychiatric Mental Health Nursing.

A descriptive and critical-reflexive methodology was used, with the help of the following instruments: reflections, interaction diaries, semi-structured interviews, NOC indicators and sociodemographic and evaluation questionnaires. The activities developed were articulated with the learning carried out, the most recent scientific evidence, and the skills described above.

Reflecting on the results obtained, it appears that the relaxation intervention in conjunction with the psychoeducational intervention has a positive effect on reducing anxiety and its self-control, the effect being potentiated through continuous exposure. The need to invest in this type of intervention is highlighted to identify causes that generate anxiety and implement strategies for its management.

**Keywords:** Psychiatric nursing, Anxiety, Mental illness, Relaxation techniques, Psychoeducation.

# Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	15
<b>1.1. A Problemática da Doença Mental</b> .....	16
<b>1.2. Ansiedade</b> .....	18
<b>1.3. Intervenções Especializadas na Redução da Ansiedade</b> .....	20
1.3.1. As Técnicas de Relaxamento .....	20
1.3.2. A Psicoeducação .....	23
<b>1.4. Referencial de Enfermagem: Modelo de Betty Neuman</b> .....	27
<b>2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO</b> .....	30
<b>2.1. Contexto Comunitário</b> .....	30
2.1.1. Caracterização do Serviço e População .....	30
2.1.2. Descrição das atividades realizadas e sua análise .....	32
<b>2.2. Contexto Internamento</b> .....	44
2.2.1. Caracterização do Serviço e População .....	45
2.2.2. Descrição das atividades realizadas e sua análise .....	46
<b>2.3. Análise Reflexiva sobre as Competências Desenvolvidas</b> .....	51
2.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	51
2.3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	54
2.3.3. Competências de Mestre.....	57
<b>3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS/ DEONTOLÓGICAS E LIMITAÇÕES DO TRABALHO</b> .....	58
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

**Anexo I - Resultados NOC para Nível de Ansiedade**

**Anexo II - Resultados NOC para Autocontrolo da Ansiedade**

**Anexo III - Resultados NOC para Conhecimento da Gestão da Doença**

**Anexo IV – Atividades Extracurriculares**

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Revisão Integrativa da Literatura**

**Apêndice II - Planejamento das Sessões de Relaxamento**

**Apêndice III - Planejamento das Sessões de Psicoeducação**

**Apêndice IV – Apresentações em PowerPoint das Sessões de Psicoeducação<sup>25</sup>**

**Apêndice V – Autorização para Aplicação do Instrumento de Avaliação**

**Apêndice VI - Questionário de Avaliação das Sessões de Relaxamento**

**Apêndice VII - Grelha de Avaliação da Participação dos Clientes**

**Apêndice VIII - Questionário de Avaliação das Sessões de Psicoeducação**

**Apêndice IX - Planejamento e Reflexão das Dinâmicas Grupo (Internamento)**

**Apêndice X – Folhetos das Sessões de Psicoeducação**

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Evolução dos resultados NOC para Nível de Ansiedade (HD).....	35
<b>Tabela 2.</b> Evolução dos resultados NOC para o Autocontrolo da Ansiedade (HD)...	37
<b>Tabela 3.</b> Valores dos sinais vitais do cliente A. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD) .....	38
<b>Tabela 4.</b> Evolução dos sinais vitais do cliente A., antes e depois das sessões de relaxamento (HD) .....	38
<b>Tabela 5.</b> Valores dos sinais vitais da cliente C. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD) .....	39
<b>Tabela 6.</b> Evolução dos sinais vitais da cliente C., antes e depois das sessões de relaxamento (HD) .....	39
<b>Tabela 7.</b> Valores dos sinais vitais da cliente F. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD) .....	40
<b>Tabela 8.</b> Evolução dos sinais vitais da cliente F., antes e depois das sessões de relaxamento (HD) .....	40
<b>Tabela 9.</b> Valores dos sinais vitais do cliente R. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD) .....	40
<b>Tabela 10.</b> Evolução dos sinais vitais do cliente R., antes e depois das sessões de relaxamento (HD) .....	41
<b>Tabela 11.</b> Avaliação dos Resultados NOC “Conhecimento da Gestão da Doença” (HD) .....	41
<b>Tabela 12.</b> Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos dos Clientes para a sessão de psicoeducação “Adesão ao Regime Terapêutico” (HD)..	43
<b>Tabela 13.</b> Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos dos Clientes para a sessão de psicoeducação “Higiene do Sono” (HD) .....	44
<b>Tabela 14.</b> Evolução dos resultados NOC para o Nível de Ansiedade (Internamento).....	48
<b>Tabela 15.</b> Evolução dos resultados NOC para o Autocontrolo da Ansiedade (Internamento).....	49
<b>Tabela 16.</b> Valores dos sinais vitais da cliente E. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (Internamento).....	49
<b>Tabela 17.</b> Evolução dos sinais vitais da cliente E., antes e depois das sessões de relaxamento (Internamento).....	50

## INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 12º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica lecionado no 3º semestre na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este está associado ao estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que decorreu em duas instituições distintas na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo: no período de 11 de outubro de 2021 a 10 de dezembro de 2021 em contexto comunitário (Hospital de Dia) e de 13 de dezembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022 em contexto de internamento (Serviço de Psiquiatria Agudos).

Este relatório pretende relatar criticamente o processo de aprendizagem individual do estudante, de acordo com o que foi proposto no projeto de estágio e o trabalho desenvolvido durante a sua implementação. Tem a finalidade de cimentar os conhecimentos teóricos com a prática e contribuir para o desenvolvimento de competências nas diferentes áreas de atuação de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que, posteriormente, será apresentado e discutido publicamente para a obtenção do grau de mestre.

Mesmo não tendo experiência na prestação de cuidados de enfermagem na área de saúde mental, apercebi-me aos longo dos anos, que o número de pessoas que desenvolvem ao longo da sua vida uma perturbação mental tem vindo a aumentar. Segundo os dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, cerca de um quinto da população portuguesa sofre de algum tipo de perturbação mental, sendo das taxas de prevalência mais elevadas da Europa (Almeida & Xavier, 2013). Entre as perturbações mentais, as perturbações da ansiedade apresentam a maior prevalência, com cerca de 16,5% (Observatório Português dos Sistemas Saúde [OPSS], 2019).

É consensual que a doença mental representa uma das principais causas de mortalidade precoce, assim como de incapacidade, uma vez que ainda se está longe de atribuir à doença mental a mesma importância que outra tipologia de doenças, sendo muitas vezes ignorada ou negligenciada, e verificando-se que as pessoas que sofrem desta patologia são alvo de discriminação e estigma. Os indivíduos com doença mental, em média, vivem cerca de 20 anos a menos em relação ao resto da população, representando 22% da carga de incapacidade da União Europeia (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017). A despesa financeira no seu tratamento e perda de produtividade chega a atingir mais de 450 mil milhões de euros/ano na União Europeia (OPSS, 2019). Estes factos destacam a importância de abordar este problema de saúde com a atenção exigida (Almeida & Xavier, 2013).

A doença mental é responsável por um grande sofrimento na pessoa que dela padece, o que pode conduzir, entre outros sintomas, a estados de ansiedade elevados. A ansiedade tem um grande impacto na saúde e altera por completo as rotinas diárias. Pode apresentar-se como perturbação de base, pode surgir como efeito secundário da medicação ou ser uma

comorbidade de outras perturbações. Neste sentido, é considerada um problema grave, global e incapacitante para muitas pessoas.

A ansiedade pode ser descrita como um estado emocional aversivo sem fatores precipitantes bem claros, sendo um conjunto de emoções que pode variar no decorrer do tempo e/ou segundo estes mesmos fatores precipitantes, que a pessoa não consegue evitar (American Psychological Association [APA], 2014). Em níveis elevados, este estado pode desencadear respostas desajustadas e incapacitantes, tais como: alterações do padrão do sono e do apetite; dificuldades de concentração; e inquietação e sintomas físicos, tais como aumento da frequência cardíaca (APA, 2014).

Sendo a ansiedade uma emoção que interfere na realização de qualquer tipo de atividade de vida, quando em níveis elevados, a probabilidade de se manifestar e poder ser considerada uma perturbação aumenta. Desta forma, a pessoa que a sofre deixa antever a necessidade de uma abordagem clínica para melhorar a sua situação. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) devido ao conjunto de conhecimentos e capacidades/competências que detém apresenta aqui um papel fundamental, ao avaliar a situação, e investir na implementação de estratégias que diminuam o seu sofrimento mental. A sua intervenção passa, em primeiro, por promover o bem-estar e a tranquilidade da pessoa, com o objetivo de proporcionar um ambiente que reduza os fatores desencadeantes de ansiedade, por forma a que ocorram com menor frequência e, conseqüentemente, sejam identificados menos sinais e sintomas de ansiedade. A etapa seguinte consiste em ajudar o indivíduo a reconhecer os sinais e sintomas de aumento da ansiedade por forma a promover a sua diminuição através da verbalização da sua diminuição, frequência, duração, e sintomas físicos e comportamentais associados. A etapa final visa promover o autocontrolo da ansiedade, de modo que a pessoa seja capaz de identificar e reduzir os estímulos desencadeantes, verbalizar que consegue controlar a sua reação a esses estímulos e, dessa forma, reduzir os episódios de ansiedade (Rebelo & Carvalho, 2014).

Como a pessoa com episódios de ansiedade apresenta fracos mecanismos do seu autocontrolo, a intervenção psicoterapêutica mediada por técnicas de relaxamento e psicoeducação é cada vez mais recorrente no seu tratamento, pois apresentam resultados mais eficazes e prolongados comparativamente com a intervenção farmacológica isoladamente; prevenindo situações de recaídas e de não adesão terapêutica (Sampaio et al., 2018). Estas intervenções apresentam melhor custo-efetividade face à intervenção farmacológica, apresentando custos inferiores a médio e longo prazo para o Estado. Permite, também, reduzir custos diretos com a saúde através da redução da procura e do consumo de serviços (nº de dias de internamento, nº de idas a urgências, nº de consultas), assim como a redução da procura e do consumo de fármacos, indo de encontro a uma das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), revisto e estendido até 2020, de inverter a tendência da prescrição benzodiazepinas na população através da sua estabilização. Por outro lado, de forma indireta,

contribuiu para o aumento da produtividade, a redução do absentismo por doença (nº de dias de baixa médica) e redução dos encargos do estado com os benefícios fiscais para os doentes ou outros benefícios associados à doença (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015).

Por conseguinte, torna-se essencial o investimento na implementação de intervenções específicas de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo na área da ansiedade, de forma a ir ao encontro de uma das metas do Plano Nacional de Saúde Mental, descrita no parágrafo anterior.

Nesta sequência, a temática do presente projeto incidiu sobre a ansiedade na pessoa com doença mental. O EEESMP devido às suas competências tem o dever de ter um papel ativo, contribuindo através das suas intervenções autónomas para a diminuição do nível de ansiedade na pessoa com doença mental com intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

Tendo como objetivo desenvolver competências para poder intervir junto de quem sofre de doença mental e ansiedade presente e sobretudo na sua prevenção, a questão de partida é: Quais as intervenções especializadas para redução da ansiedade na pessoa com doença mental?

Para dar resposta a esta questão foram definidos os seguintes objetivos a desenvolver em estágio:

#### **Objetivos Gerais:**

- Promover o bem-estar e redução da ansiedade na pessoa com doença mental;
- Identificar as intervenções especializadas para promoção de bem-estar e redução da ansiedade;
- Implementar e avaliar as intervenções especializadas de ESMP para a promoção de bem-estar e redução da ansiedade da pessoa com doença mental e
- Implementar e avaliar as intervenções especializadas de ESMP para a promoção da aquisição de competências para a gestão da doença;
- Desenvolver competências diagnósticas e terapêuticas em ESMP.

#### **Objetivos Específicos:**

- Pesquisar sobre as intervenções especializadas para redução da ansiedade na pessoa com doença mental;
- Pesquisar indicadores clínicos e instrumentos de suporte à decisão para a identificação de pessoas com ansiedade;
- Identificar pessoas com diagnóstico de Enfermagem de Ansiedade;
- Desenvolver a avaliação sistemática da pessoa;
- Identificar as necessidades e problemas da pessoa;
- Contribuir para a diminuição da ansiedade;
- Contribuir para a gestão da doença:
- Avaliar os resultados obtidos com as intervenções implementadas;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional.

O processo de formação do enfermeiro ao longo do seu percurso profissional, para alcançar “cuidados de excelência”, é uma preocupação permanente, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento de competências por meio da mobilização de conhecimentos para a prática clínica, recorrendo a situações de prestação de cuidados vivenciadas como ponto de partida para uma reflexão crítica sobre a experiência adquirida. O objetivo deste processo é a transferência das competências adquiridas de uma situação para outra, ou seja, a capacitação do profissional na mobilização efetiva desse conhecimento em situações de cuidados diferentes.

Para Benner (2001), os cuidados de enfermagem desenvolvidos em contextos reais são considerados competências e práticas competentes. A mesma autora ao referir-se ao modelo de aquisição de competências, declara que as aprendizagens realizadas dependem da situação. Ou seja, uma enfermeira que seja considerada perita num determinado contexto, muito rapidamente passa a ser considerada iniciada num contexto com o qual nunca teve qualquer contacto e experiência. Este modelo aplicou-se exatamente ao meu caso, pois no meu contexto de trabalho, onde trabalho há muitos anos, sou considerada uma enfermeira perita, mas na área da saúde mental sou uma iniciada. Assim, compreende-se qual a importância das aprendizagens efetuadas em contexto de estágio, em que a teoria é mobilizada, ajustada e operacionalizada, e a tomada de decisão clínica que conduz a uma prática refletiva é reinterpretada face à melhor evidência científica.

O presente documento suporta-se num conjunto de conhecimentos teóricos e científicos sobre a ansiedade e a intervenção especializada na sua redução na pessoa com doença mental, estando alicerçada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

No que concerne à metodologia de trabalho, será expositiva e descritiva, alicerçando-me numa revisão crítica da literatura, numa revisão integrativa da literatura, numa entrevista informal e em observação direta.

Este relatório está organizado em quatro partes. A primeira parte inclui o enquadramento conceptual da problemática em estudo, e o quadro de referencial de enfermagem que suporta a análise e as intervenções a serem desenvolvidas em estágio. Na segunda parte encontra-se a descrição sumária de ambos os contextos de estágio, da população e das atividades/intervenções desenvolvidas, com análise e reflexão sobre as mesmas, terminando com a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do EEESMP e de mestre, onde se efetua uma pequena descrição de como foram desenvolvidas durante todo o percurso. Na terceira parte, serão abordadas as questões éticas/deontológicas e limitações do trabalho. O relatório é concluído com as considerações finais realizando-se uma avaliação de todo o percurso formativo, bem como a avaliação de todo o percurso desenvolvido.

Para a realização deste trabalho recorreu-se às normas de apresentação de citações e referências bibliográficas, segundo o estilo científico da APA, 7ª Edição.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresenta-se o enquadramento conceptual da problemática em estudo, abordando o quadro de referência que sustém a análise e as intervenções desenvolvidas em estágio. No mesmo, analisam-se os conceitos de saúde mental/doença mental, a ansiedade, fatores desencadeantes e percursões da mesma na qualidade de vida da pessoa com doença mental. Assim como, se apresenta o referencial teórico e possíveis diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções especializadas que a evidência científica indica como as mais eficazes na abordagem da problemática em análise.

Na elaboração deste enquadramento foi realizada uma pesquisa documental eletrónica e em suporte papel, oriunda de diversas fontes, pretendendo responder à questão de partida: Quais as intervenções especializadas para redução da ansiedade na pessoa com doença mental?

A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCO (*Elton Bryson Stephens Company*), nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), recorrendo-se às seguintes palavras-chave: ansiedade, doença mental, saúde mental, relaxamento, psicoeducação e respetivos termos em inglês (*anxiety, mental illness, mental health, relaxation, psychoeducation*). Consultaram-se também obras fundamentais, como o DSM-5 (*Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.ª edição*), manuais de área de psiquiatria e documentos de organismos oficiais: Organização Mundial de Saúde, Direção-Geral de Saúde, *American Psychiatric Association*, entre outros. A pesquisa foi complementada por outros estudos científicos, como dissertações de mestrado e outros trabalhos académicos.

A pesquisa exploratória tem como objetivo realizar o levantamento do que se conhece sobre determinada temática a partir das pesquisas realizadas, permitindo descrever e discutir o “estado de arte” de um determinado assunto (Rother, 2007). Neste caso em particular, o tema em estudo foi o efeito das intervenções especializadas na redução da ansiedade na pessoa com doença mental.

Um contributo essencial para a elaboração deste referencial passou pela elaboração de uma revisão integrativa da literatura, realizada em trabalho de grupo, perspetivando obter alguns contributos para os nossos projetos de estágio; por isso de interesse comum para os elementos do grupo. O título dessa revisão é “O Relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental: Revisão integrativa da literatura”, em que o objetivo foi identificar a evidência científica sobre os resultados obtidos com a utilização da técnica de relaxamento, na redução da ansiedade na pessoa com doença mental. A pesquisa foi elaborada através de recurso às bases de dados eletrónicas (CINAHL e MEDLINE), em junho de 2021. As palavras-chave utilizadas foram: ansiedade, perturbações da ansiedade, saúde

mental, relaxamento, técnicas de relaxamento; e respetivos termos em inglês (*anxiety, anxiety disorders, mental health, relaxation, relaxation techniques*). Foram definidos como critérios de inclusão: artigos com data de publicação entre 2015 e 2021, artigos em língua portuguesa e inglesa, artigos com texto integral disponível e acesso gratuito, estudo cujas amostras incluam pessoas com doença mental estável/crónica ou aguda e com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do sexo, estudos que avaliam a eficácia e efetividade da utilização das técnicas de relaxamento em ambiente hospitalar ou comunitário. Como critérios de exclusão, definiram-se: estudo cujas amostras não incluíam pessoas com doença mental, estudos cujas amostras incluam pessoas com idades inferiores a 18 anos.

Após a aplicação dos descritores e critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de três estudos, publicados entre 2015 e 2021. Dessa pesquisa constatamos que a evidência científica analisada demonstra resultados benéficos na utilização da técnica de relaxamento na redução da ansiedade na pessoa com doença mental, independentemente do método, devendo ser implementada como intervenção de âmbito psicoterapêutico para tratamento da ansiedade. Os resultados obtidos revelam que a implementação de diversos métodos que recorrem à utilização de técnicas de relaxamento apresenta um terapêutico benéfico efetivo na redução da ansiedade, sendo potencializado através de exposição contínua à intervenção (Apêndice I).

## **1.1. A Problemática da Doença Mental**

A comparação dos conceitos de Saúde Mental e Doença Mental é essencial para a praxis de todas as profissões na área da saúde. Estes conceitos são condições relativas já que estão associados a fatores do contexto social, cultural e até económico, tanto na sua génese como na perceção.

A saúde mental não se traduz diretamente na ausência de doença mental. A OMS baseia-se em três ideias para definir os dois conceitos. Esta organização diz-nos que a saúde mental é uma parte integral da saúde; é mais do que a ausência de doença mental; e que está intimamente relacionada com a saúde física e comportamental (OMS, 2007). Poderá dar a entender que parecem dizer o mesmo, mas os dois conceitos não se anulam mutuamente. Assim, a saúde mental não é só a ausência de doença, perturbações mentais ou alterações de comportamento, nem a ausência da capacidade de adaptação da pessoa ao ambiente envolvente, e a ausência de respostas adaptativas.

De acordo com a OMS (2014), a saúde mental define-se como, o estado físico, mental e social de completo bem-estar e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, salientando que a mesma é um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas tarefas, consegue lidar com o *stress* normal do dia-a-dia, trabalhando produtivamente e frutuosa, sendo capaz de contribuir para a sua comunidade (OMS, 2014).

Considerar uma definição de doença mental é difícil devido aos fatores anteriormente descritos, mas também devido às diversas interpretações que existiram ao longo do tempo. Sequeira e Sampaio (2020) referem que é um estado de desarmonia entre a pessoa, ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, em que a pessoa não é capaz de exercer os seus variados papéis sociais (familiares, laborais e/ou comunitários).

Assim, a saúde e doença podem ser percecionados como um contínuo que alterna entre a saúde extremamente eficiente ou a morte iminente, até um nível máximo bem-estar (Sequeira & Sampaio, 2020).

A saúde mental apresenta um caráter profundamente social, não devendo ser entendida apenas como de etiologia biológica e orgânica. O autor David Ingleby (1982) na sua obra "*A construção social da doença mental*" apresenta três interpretações base para este conceito: "modelo de afeção", "doença mental como desvio" e "critério de inteligibilidade". O "modelo de afeção" vê no centro da doença mental uma patologia física subjacente, ou seja, a imputabilidade de doença mental envolve sempre a existência de uma patologia física. Não se considera doença mental se não existir um sintoma físico/corpóreo. Segundo esta interpretação, a ausência de uma patologia orgânica demonstrável torna o termo "doença" inutilizável para descrever a maioria das perturbações mentais. Na segunda interpretação, a doença mental é considerada como um desvio às normas de conduta moralmente aceites, em que o seu tratamento é considerado como um controlo social direto. Este desvio à norma pressupõe consciência e intencionalidade por parte da pessoa que transgredir as normas, pelo que se questiona se age inconscientemente, em que o senso comum e a lei interpolam a reprovação. Assim, pressupõem-se que uma pessoa com doença mental não pode infringir uma regra quando este ato não é consciente, voluntário ou intencional. Portanto, alega-se que existe doença mental quando uma pessoa transgredir as regras da ação moral, incorrendo assim em desvio. Desta forma, só podemos classificar as perturbações mentais como doenças mentais, se este conceito for alargado de forma a incluir as doenças não orgânicas. Igualmente, apenas podemos aplicar o conceito de desvio, se este for ampliado, acabando por abranger também o "não imoral", pois o que faz sentido, é quase sempre contestável. A terceira interpretação fundamenta-se no critério de inteligibilidade, em que o que está em causa é a explicação da conduta humana. Refere-se à falta do sentido/lógica do comportamento das pessoas com doença mental, em que as pessoas se desviam mais das normas racionais do que das morais (Ingleby, 1982).

Estas interpretações vão ao encontro do que o DSM-5 considera como perturbação mental, uma perturbação "clínicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental" (APA, 2014, p. 20). Esta é frequentemente associada a incapacidade e sofrimento mental significativo que afetam o desempenho dos papéis sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2014).

Como já foi referido na apresentação da problemática em estudo, os problemas de saúde mental, dada a sua enorme prevalência nas sociedades modernas, representam a maior causa de sobrecarga tanto para as pessoas e suas famílias, como para a sociedade e economias dos países (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016).

A Direção-Geral de Saúde (2014) previa um aumento significativo das perturbações mentais na próxima década, relacionado com o incremento dos níveis de *stress* e ansiedade, provocados pela violência, desemprego, pobreza e desigualdade social, mas nada levava a pensar no que iria acontecer no ano de 2020, com o surgimento da pandemia provocada pelo vírus SARS-COV-2. De facto, verificou-se um aumento das perturbações mentais, mas este aumento foi muito maior do que tinha sido previsto pela DGS, e que resultaram de todas as imposições que esta pandemia originou, como o isolamento, redução de contactos sociais, perda de emprego, dificuldades económicas, perdas humanas, e todo um conjunto de novas rotinas de vida. Um estudo observacional transversal conclui que existiu um aumento de perturbação de saúde mental nas pessoas que tiveram em isolamento profilático ou infetadas pelo vírus SARS-COV-2, em que 92% das pessoas infetadas que ficaram internadas apresentavam sintomas de ansiedade moderada a grave (Heitor, 2020).

Assim, face ao que foi exposto é mais do que reconhecido o impacto da doença mental na qualidade de vida e bem-estar das pessoas, mas mesmo assim, só uma pequena parte recebe tratamento adequado (OMS, 2020), sendo imperativo que o acesso a cuidados de saúde mental seja facilitado por forma a alcançar um maior número de indivíduos o mais precocemente possível, e de modo particular através de intervenções especializadas.

## 1.2. Ansiedade

Ao longo do tempo, a ansiedade tem sido objeto de estudo por parte de vários teóricos. Landré-Beauvais, em 1813, referiu-se à mesma como um certo mal-estar, inquietude e agitação excessiva. Já, em 1873, Darwin refere-se à ansiedade como sendo comum a todas as espécies animais, funcionando como um mecanismo adaptativo para lidar com as ameaças e lutar pela sobrevivência (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Atualmente, a ansiedade é considerada uma resposta emocional em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não reconhecida, um mecanismo benéfico, evolutivo e de adaptação que permitiu o crescimento pessoal, assim como, o desenvolvimento físico e mental (APA, 2014).

De acordo com as taxonomias de Enfermagem, a ansiedade é definida de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2019/2020 como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (Internacional Council of Nurse [ICN], 2019). Já Herdman e Kamitsuru (2014), segundo a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), referem-na sendo um

sentimento de desconforto vago, acompanhado por uma reação automática, ou seja, um sentimento de reserva originado pela antecipação de um risco.

Quando interfere com a eficácia da vida diária, a satisfação de objetivos desejados, ou satisfação/confronto emocional razoável, pode ser considerada como problema de saúde mental, caracterizando-se por uma grande variedade de sintomas somáticos como: tremores, hipotonia muscular, hiperventilação, sudorese, palpitações; e sintomas cognitivos de apreensão, inquietação, distraibilidade, perda de concentração, insónias. Difere do medo pois o perigo ou ameaça é externa, real e, geralmente, de origem não conflituosa (Brandtner, 2009), enquanto na ansiedade há um sentimento que acompanha uma sensação eminente de perigo que adverte o indivíduo que existe algo a temer (Batista & Oliveira, 2005). A resposta varia de pessoa para pessoa já que: uns tendem a subestimar o nível e a probabilidade do perigo de uma determinada situação; e outros, pelo contrário, tendem a substituir a sua capacidade de enfrentamento dessa situação, o que faz com que surjam os sintomas fisiológicos (Kaplan et al., 1997).

Atualmente, existem duas abordagens à ansiedade. As teorias cognitivas comportamentais baseiam-se na ideia de que as emoções vivenciadas decorrem do modo como os acontecimentos são interpretados ou avaliados, sendo o significado desses acontecimentos que desencadeiam as emoções, e não os próprios acontecimentos. A forma como estes são interpretados dependerá do contexto em que ocorreram, do estado de humor da pessoa no momento em que ocorreram e das suas experiências anteriores. Por conseguinte, algumas pessoas hiperbolizam a gravidade de uma situação/ameaça, subestimando, por outro lado, a sua capacidade de lidar com a tal ameaça, sendo essas interpretações erróneas que geram níveis elevados de ansiedade (Cutcliffe et al., 2018). Já as teorias biológicas sugerem que a ansiedade é um estado de atividade cerebral que está relacionada com o contexto ambiental e a perceção de situações potencialmente ameaçadoras. Esta perceção é comparada com acontecimentos anteriores semelhantes na memória que ativam sistemas cerebrais associados ao sistema cerebral de defesa. Assim, a ansiedade é gerada na pessoa como resultado do desequilíbrio dos neurotransmissores em que o cérebro não é capaz de identificar exatamente, com base em experiências anteriores, quais os fatores que num acontecimento sinalizam perigo, provocando elevados níveis de ansiedade (Cutcliffe et al., 2018).

A primeira abordagem de tratamento da ansiedade passa pela terapêutica farmacológica, que, em geral, é eficaz. Contudo o seu uso deve ser limitado uma vez que pode potencializar o desenvolvimento de dependência face a estes fármacos. Por outro lado, apresenta taxas mais elevadas de não adesão e de abandono face a outras intervenções. Neste sentido, é essencial disponibilizar outras formas de tratamento, como as intervenções não farmacológicas, de forma a ajudar e capacitar as pessoas a gerir os seus sentimentos.

Estas intervenções não farmacológicas englobam as intervenções especializadas do campo da Enfermagem na redução da ansiedade.

### **1.3. Intervenções Especializadas na Redução da Ansiedade**

As intervenções especializadas do EEESMP devem fornecer uma respostas aos diagnósticos de enfermagem, que em regra correspondem a sinais ou sintomas de ansiedade e não a diagnósticos psiquiátricos, capacitando a pessoa a desenvolver estratégias eficazes para lidar com esses sintomas e sinais, traduzindo-se desta forma em benéficos e duradouros procedimentos na redução da ansiedade. Estas intervenções passam pela aplicação de técnicas de relaxamento, que em combinação com a psicoeducação podem ser úteis na prevenção de recaídas, o que pode conduzir a melhores resultados ao longo do tempo (Sampaio et al., 2018).

As intervenções em grupo abrangem em simultâneo um maior número de indivíduos, o que irá contribuir para a promoção de relações de ajuda, partilha de emoções, sentimentos, e experiências e até de melhoria da relação entre os participantes e dos seus comportamentos sociais, influenciando o crescimento mútuo (Sampaio et al. 2018).

Assim, as intervenções de enfermagem em grupo, especialmente na redução da ansiedade, possibilitam aos clientes identificarem-se nas vivências dos outros, promovendo a partilha de experiências e de apoio mútuo, aprendendo e desenvolvendo estratégias de adaptação para lidar com as diferentes situações do dia a dia, havendo uma participação ativa de modo a potencializar as suas capacidades sociais, emocionais e mentais.

#### **1.3.1. As Técnicas de Relaxamento**

A expressão “Técnicas de relaxamento” surge, primeiro em 1922, com o desenvolvimento das técnicas de relaxamento progressivo de Jakobson, sendo que em 1932, esta expressão voltou a ser utilizada por Schultz que desenvolveu as técnicas de relaxamento autogénico. A partir dessa altura desenvolvem-se inúmeras técnicas de relaxamento, com suporte histórico e com evidência científica comprovada sobre os seus benefícios. Pode ser definida como um estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores (Payne, 2003). De forma geral, o relaxamento é utilizado como medida preventiva de consequências fisiológicas do *stress*, como tratamento para alívio do *stress* e das suas consequências fisiológicas e como forma de desenvolvimento de competências mentais para lidar com esse sintoma (Payne, 2003).

Como intervenção especializada, a OE (2015a), p.17040 define o relaxamento como “um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a reduzir os níveis de *stress*, ansiedade ou raiva”, que, em geral, é associado a um sentimento de paz e conforto, com ausência de tensão no corpo e mente. Esta ausência de tensão encontra-se, muitas vezes, associada a uma reduzida estimulação neurológica e ao desenvolvimento de emoções

positivas tais como: sentir-se mentalmente relaxado, calmo, alegre, agradecido, revigorado e com energia (Klainin-Yobas et al., 2015). Esta condição é explicada pelo facto de o relaxamento envolver uma resposta hipotalâmica, existindo uma depressão generalizada do sistema nervoso simpático (Kim & Kim, 2018).

O relaxamento como terapia pode ser realizada através de relaxamento muscular progressivo, treino autogénico, relaxamento aplicado, meditação e *mindfulness* (Kim & Kim, 2018). Já Klain-Yobas et al. (2015) incluem também a respiração abdominal, ioga, massagem e musicoterapia. Pastor et al. (2017) referem que os planos de cuidados usam, entre outras, as seguintes intervenções: estratégias de *coping*, controlo da respiração e da tensão e relaxamento muscular. É importante realçar que todas estas intervenções são estratégias eficazes para ajudar os clientes a controlar e melhorar os sintomas de ansiedade.

A evidência disponível demonstra que a eficácia do relaxamento não é moderada pelo tipo de método, sendo que quanto maior for o número de sessões, maior será o seu efeito, ainda que não seja estatisticamente significativo. Já a meta-análise realizada por Kim e Kim (2018) fornece evidência de que a terapia com recurso à técnica de relaxamento reduz os sintomas de ansiedade, depressão, fobia ou preocupação em pessoas que sofrem de níveis elevados de ansiedade.

Particularmente, a música, tem um efeito significativo nas componentes sensoriais, comportamentais, cognitivas e afetivas, diminuindo a tensão mental, e, conseqüentemente, modifica o sentimento de ansiedade e depressão (Klainin-Yobas et al., 2015). O yoga traduz-se numa abordagem holística, integrando corpo, mente e espírito, ajudando a: equilibrar os efeitos negativos do envelhecimento, adiar a incapacidade, melhorar a funcionalidade física, reduzir a morbilidade e a mortalidade, estimular a mente e aumentar a esperança, reduzindo, dessa forma, o risco do aparecimento de estados de ansiedade e depressão (Klainin-Yobas et al., 2015). Em sustentação, Brown et al. (2016) avaliam a eficácia da utilização do yoga no controlo dos sintomas de ansiedade e *stress* pós-traumático em clientes mães com baixo rendimento, e com doença mental, salientando que os resultados obtidos demonstraram uma significativa melhoria dos sintomas ansiosos de *stress* pós-traumático nos participantes e uma melhoria em termos de respiração, relaxamento e controlo emocional (raiva).

A nível muscular, o relaxamento progressivo apresenta um efeito tranquilizante, auxilia as pessoas a abstraírem-se mentalmente dos seus problemas, reduzindo os pensamentos negativos e conduzindo à diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos (Klainin-Yobas et al. 2015). Em corroboração, o estudo de Lu et al. (2019) avalia a eficácia do relaxamento muscular progressivo no controlo da ansiedade e dos sintomas psicóticos em clientes com esquizofrenia, indicando que o mesmo pode ter um efeito, a curto prazo, na redução da ansiedade, melhorando os sintomas psicóticos e aumentando a satisfação com a qualidade de vida nos clientes com esquizofrenia. Já Kyrios et al. (2018) avaliam a eficácia do relaxamento progressivo e da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da perturbação

obsessiva-compulsiva. Concluído que o programa de relaxamento *online* foi eficaz, embora menos do que o programa de terapia cognitiva-comportamental *online*. Em que a combinação dos dois programas de tratamento não foi mais eficaz do que o programa de terapia cognitiva-comportamental isoladamente. Assim, resultados obtidos sugerem que ambos os tratamentos são mais eficazes para indivíduos com uma POC mais exacerbada.

Ao nível da redução fisiológica da ansiedade, Chen et al. (2016) referem que o relaxamento respiratório diafragmático ajuda a estabilizar a frequência cardíaca e respiratória, assim como a tensão arterial, aumentando a condutividade da pele, a concentração e o relaxamento. De acordo com o estudo de Pastor et al. (2017), antes da intervenção de enfermagem, a resposta dos clientes ao seu processo de ansiedade era marcada maioritariamente por: aumento da tensão arterial, dificuldades respiratórias, irritabilidade, dificuldade de concentração, e insónia. Após as intervenções, os clientes melhoraram a sua resposta à ansiedade, demonstrada através da diminuição do *score* final para os resultados esperados de enfermagem (NOC) de autocontrolo (Pastor et al., 2017). Por conseguinte, a terapia com recurso à técnica de relaxamento incluída no plano de cuidados dos participantes, promoveu a aquisição de procedimento ao nível das rotinas serviço para aplicar quando necessário, havendo ganhos em saúde, por um lado, devido à redução dos níveis de ansiedade, e, por outro, pela melhoria das capacidades para gerir e encarar a ansiedade (Pastor et al., 2017). Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Sampaio et al. (2018), que evidencia a ausência da eficácia da terapia farmacológica no autocontrolo da ansiedade, salientando a importância de desenvolver uma combinação entre esta terapia e a intervenção psicoterapêutica de enfermagem, por forma a apresentar ganhos significativos para a saúde das pessoas que sofrem de ansiedade.

Por último, um estudo refere que as técnicas de relaxamento podem ser aplicadas individualmente e/ou em grupo, apresentando igualmente resultados positivos (Pastor et al, 2017). A preferência dos participantes, os contextos organizacionais e a política de cuidados de saúde, devem ser tidos em consideração aquando da utilização destas técnicas (Klainin-Yobas et al., 2015).

Pode-se concluir que a técnica de relaxamento, independentemente do método utilizado, é passível de ser bem-sucedida, sendo facilmente mobilizada sem grande preparação prévia, uma vez que é de fácil aplicação, já que não se necessita de grandes recursos materiais e o dinamizador orienta todo o processo, através de instruções verbais relativamente fáceis de serem compreendidas e seguidas. Que com a repetição e prática desta técnica, tornam-se cada vez mais eficaz na melhoria do bem-estar físico e mental.

### 1.3.2. A Psicoeducação

De acordo com Read (2001), a educação é simultaneamente um processo de integração e individualização.

A educação para a saúde é uma intervenção intrínseca à prática de enfermagem, em que o enfermeiro é facilitador do processo de mudança, sendo o seu foco, as atitudes e os comportamentos das pessoas, promovendo o “desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamentos que promovam a saúde dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidade” (Dochterman & Bulechek, 2008, p. 150). Por conseguinte, tanto o enfermeiro como a pessoa que está a ser acompanhada têm papéis ativos, havendo negociação de objetivos exequíveis a atingir para que a mudança seja possível.

No âmbito da saúde mental, o conceito de educação para a saúde evoluiu para o conceito de psicoeducação. Este conceito pioneiro é descrito por Andreson et al. (1986) como uma terapia comportamental essencialmente dirigida para o doente incluindo a sua família; sendo fundada em quadro elementos: esclarecer o doente sobre a sua doença, desenvolver o treino para a resolução de problemas, de habilidades comunicacionais e de assertividade, tendo como intuito a promoção da autogestão do processo de saúde/doença (Anderson et al, 1986). A intervenção psicoeducacional é então na sua essência uma técnica que acarreta a divulgação de informação sistematizada à pessoa e sua família, acerca da etiologia, dos sintomas, do tratamento e da evolução da doença, com a finalidade de aumentar os conhecimentos de ambos e, dessa forma, promover uma mudança de comportamentos (Figueiredo et.al, 2009). Apresenta um conjunto de intervenções direcionadas para o aumento do conhecimento sobre a doença, o cuidado e a melhoria na prestação de cuidados ao cliente (Cuevas-cancino & Moreno-pérezc, 2017).

Existem bases que delimitam a natureza da intervenção psicoeducacional, nomeadamente: facilitar o esclarecimento e compreensão da doença, potencializar os aspetos positivos do cliente, promover a reabilitação psicossocial, diminuir a sobrecarga na relação familiar, melhorar a adesão ao tratamento farmacológico, ampliar o conhecimento sobre os efeitos colaterais da medicação, contribuir para a redução das recaídas e reinternamentos e promover hábitos e estilos de vida saudáveis (Menezes & Souza, 2012).

As evidências indicam que um maior conhecimento e consciência sobre uma determinada situação de saúde ou doença, e as suas precursões na vida do indivíduo e daqueles que o rodeiam, aumentam a sensação de controlo, conduzindo ao desenvolvimento de estratégias de confronto mais eficaz (Menezes & Souza, 2012).

A psicoeducação é uma intervenção que coloca o seu cerne na educação e aprendizagem (Ponce et al., 2011), já que transmitir conhecimentos sobre as características de uma perturbação mental que é experienciado por cada pessoa de forma peculiar, educa e faz aprender, mas igualmente ajuda a aumentar o autoconhecimento da pessoa que sofre

essa perturbação (Menezes & Souza, 2012). Por outro lado, o autoconhecimento é indispensável, pois possibilita a autonomia e tomada de decisão responsável, em que a pessoa tem a liberdade de escolher o caminho a seguir, apelando à consciência e aos seus limites e potencialidades (Lemo et al., 2013). Por conseguinte, a psicoeducação é um aspeto fundamental para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, capacitando a pessoa e família para gerir situações *stressantes*, que podem conduzir a estados de ansiedade elevados, resultantes do processo de doença e a forma de o vivenciar e interpretar. Esta intervenção inclui técnicas específicas centradas na compreensão e redução do sofrimento mental da pessoa, família e na implementação de cuidados como: gestão de *stress*, relaxamento, técnicas de autocontrolo da ansiedade e modificação de pensamentos e crenças (Maia et al., 2018).

Lemes e Ondere-Neto (2017), numa revisão da literatura, referem que vários autores indicam a psicoeducação como uma estratégia preventiva adicional amplamente utilizada para o tratamento de pessoas com doença mental. Esta intervenção tem sido amplamente difundida, na medida em que proporciona informação sobre a doença, as principais estratégias terapêuticas, discute aspetos relativamente à terapêutica e utilização de terapias coadjuvantes ao processo de cuidado (Pimentel & Siquira, 2017). Já Cuevas-cancino e Moreno-pérezc (2017) mencionam que a psicoeducação é um instrumento essencial para a realização de intervenções, tanto para a pessoas com doença mental, assim como, para os seus cuidadores e familiares.

Casañas et. al. (2014) desenvolveram um estudo randomizado controlado em pessoas com o diagnóstico de depressão major e sintomatologia depressiva pertencentes a doze equipas de reabilitação psicossocial, em que foi implementado um programa psicoeducativo em grupo. Os resultados mostraram que a intervenção psicoeducativa é mais eficaz em clientes com sintomas leves de depressão. Nos clientes com sintomas moderados a intervenção não demonstrou ser eficaz a longo prazo. É uma intervenção recomendada no âmbito da reabilitação psicossocial, podendo ser realizada por enfermeiros com treino prévio. Em contrapartida, no estado da Pensilvânia realizou-se um teste piloto de controlo randomizado, que testou a eficácia de módulos interativos psicoeducacionais *online* e grupos de discussão para o tratamento de pessoas com depressão. Os resultados iniciais deste estudo, embora limitados devido ao tamanho da amostra, são promissores, na medida em que mostram tendência positivas que validam a necessidade de um estudo clínico maior para testar ainda mais a eficácia desta intervenção (Murillo et al., 2020).

Em sustentação às conclusões anteriores, Dolan et al. (2021) realizaram uma revisão sistemática e a sua meta análise para avaliar a eficácia de um programa psicoeducacional de 6 sessões sobre autocontrolo do *stress* e ansiedade, com o intuito de aumentar o acesso ao tratamento para clientes com ansiedade e depressão. Os estudos encontrados indicam que a psicoeducação é uma intervenção em grupo clinicamente eficaz e durável, que facilita o

acesso ao tratamento para um grande número de clientes. No entanto, as conclusões são limitadas pela baixa qualidade metodológica das evidências.

Choe et. al. (2015), num estudo quási experimental com um grupo de clientes com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva num hospital da Coréia do Sul, implementaram intervenção psicoeducacional focada na promoção de conhecimento e atitudes face a medicação antipsicótica avaliando o seu efeito. Os resultados obtidos demonstraram que houve aumento significativo sobre o conhecimento da doença e uma melhoria significativa da atitude dos clientes face à medicação. Já Maffei et. al. (2015), num estudo quasi-experimental desenvolvido com um grupo de 102 clientes com esquizofrenia num hospital da Alemanha, aplicaram um programa psicoeducativo baseado na visualização de filmes e no posterior debate. Os autores verificaram que o programa ajudou ao aumento do conhecimento acerca da medicação e da doença, aumento do *insight*, e à mudança de percepção para a qualidade de vida.

Em contrapartida, Matsuda e Kohno (2016), num estudo quasi-experimental com 43 clientes com esquizofrenia em dois hospitais do Japão, avaliaram a utilidade clínica de um programa de psicoeducação (NPE – *Nursing Psychoeducation Program*) na adesão a medicação e no aumento do conhecimento sobre os efeitos secundários da medicação e sobre a doença, concluindo que o programa de psicoeducação contribuiu para o processo de adesão ao regime terapêutico, mas não contribuiu para o aumento do conhecimento sobre a doença. Nesta sequência, em 2021, os autores aplicaram um programa de treino de competências de psicoeducação *online* num grupo de enfermeiros que trabalhavam em serviços de psiquiatria na área geográfica de Tóquio, comparando as suas atitudes baseadas na evidência e na preparação para a prática psicoeducacional e autoeficácia. Houve melhoria significativas nas atitudes baseadas na evidência da maioria dos participantes do grupo de intervenção e na preparação para a psicoeducação, no final do programa, em comparação com o grupo de controlo. Estes resultados apoiam a utilidade deste programa de treino de competências para nutrir os enfermeiros de competências básicas para a prática de intervenções baseadas na psicoeducação (Matsuda & Kohno, 2021).

Nestes dois estudos anteriores, Matsuda e Kohno (2016, 2021) salientaram a efetividade das técnicas de psicoeducação em pessoas com doença mental na mudança de comportamentos face à adesão terapêutica e percepção sobre a doença. Os autores realçam a importância de formação específica do enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica, em que a relação estabelecida entre o enfermeiro-cliente é um fator importante no sucesso da terapia.

Por conseguinte, o EEESMP apresenta-se como um elemento privilegiado no seio da equipa multidisciplinar e no planeamento de intervenções psicoeducativas, devido ao seu corpo de conhecimentos e competências específicas, tendo um papel de destaque na equipa multidisciplinar (Vilar et. al., 2019). Assim, fundamentada pelo Regulamento das Competências Específicas da Ordem dos Enfermeiros (2018), a intervenção psicoeducativa

em Saúde mental e psiquiátrica, para ser considerada como tal, deve ser realizada por um EEESMP. Assim, este profissional qualificado deve realizar uma avaliação diagnóstica, que irá permitir a identificação e o planeamento adequado dos cuidados psicoeducacionais a implementar. O diagnóstico é desenvolvido com base no reconhecimento da experiência do outro (pessoa e/ou família), na identificação das suas necessidades e potencialidades, recorrendo ao processo de avaliação diagnóstica compreensiva, assim como, na forma como a pessoa experiencia os acontecimentos, as suas vivências, a sua verdade sobre o mundo que se transpõe numa realidade subjetiva, em detrimento da realidade objetiva.

Para isto acontecer, é necessário o enfermeiro tenha uma grande disponibilidade e empatia, para estar concentrado ao que o outro lhe transmite conscientemente ou inconscientemente e poder transformar isso em algo significativo no processo de avaliação diagnóstica, como a linguagem verbal e o seu conteúdo, e linguagem não verbal (expressões faciais, as posturas, os gestos...) (Silveira et. al, 2013). Para a recolha de informação de forma mais consistente e estruturada possível, a avaliação diagnóstica deve orientar-se em elementos diferentes complementares: o que o doente e/ou família sabem e pensam sobre a doença; o que preocupa o doente e/ou família; as estratégias e capacidades que o doente e/ou família podem usar (Lopes, 2006).

A avaliação diagnóstica é a génese de todo o processo psicoeducacional, já que, como ponto de partida, encerra em si finalidades diagnósticas e terapêuticas, possibilitando que os indivíduos verbalizem as suas dúvidas, preocupações, medos perante alguém que se mostra interessado (Lopes, 2006). Por outra perspetiva, possibilita a identificação do conhecimento, das necessidades e potencialidades das pessoas para gerirem a sua situação de saúde/doença, o que possibilitará o planeamento de intervenções psicoeducacionais centradas nos recursos internos da pessoa, de modo a prover a cada um o poder de agir numa situação problemática (Figueiredo, et al., 2009).

A psicoeducação em Enfermagem é um recurso valioso, na medida em que oferece oportunidades de aprendizagem voltadas para a literacia em saúde, levando ao desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzam à saúde individual e comunitária (Maia et al., 2018).

Desta forma, a psicoeducação é uma estratégia viável, económica e eficaz para responder às necessidades das pessoas em relação à sua saúde, propondo integrar uma abordagem educacional-preventiva e psicológica, de modo a reforçar as capacidades para enfrentar a doença de forma mais adaptativa (Cuevas-cancino & Moreno-pérezc, 2017). Esta intervenção apresenta um papel educativo e exploratório (da própria pessoa), orientando o caminho entre o conhecimento e o autoconhecimento, permitindo que a pessoa com doença mental seja um elemento ativo em todo o processo terapêutico, e desenvolva novas estratégias para lidar com a sua doença e com os problemas do quotidiano daí resultantes, o que irá promover o seu bem-estar e a sua reabilitação psicossocial.

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

Tendo em conta a problemática abordada e as intervenções de enfermagem intrínsecas, diversos referenciais teóricos podem apoiar os cuidados de enfermagem prestados, já que não existe nenhuma teoria que abranja de modo absoluto as variadas situações que podem acontecer na prática clínica.

Desta forma, recorreu-se ao modelo conceptual de Betty Neuman, reconhecendo-o como um modelo muito adaptável e útil em vários contextos da prática clínica de enfermagem, nomeadamente na análise da problemática da ansiedade, já que enfatiza a pessoa como um todo e identifica as fontes de fatores *stressores*.

A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman é fundamentada na teoria dos sistemas em que "(...) o homem e o seu ambiente são fenómeno básico, unificante para abordar a pessoa total" (George, 2000). A pessoa é considerada um sistema aberto em constante interação com o ambiente com a finalidade de encontrar equilíbrio funcionante, ou seja, a Homeostasia que é a capacidade que o sistema tem de encontrar um estado de equilíbrio e harmonia em que as suas partes interagem, por forma, a manter as necessidades do sistema satisfeitas (Neuman e Fawcett, 2011). Este estado pode ser influenciado pela existência de *stressores* e pela resposta da pessoa aos mesmos, integrando todas as situações que acontecem no ambiente que envolvem a pessoa, bem como os seus conflitos internos, que poderão representar fatores que colocam em causa o equilíbrio do sistema. Assim, cada pessoa deve ter a capacidade de conseguir desenvolver sinergias no próprio sistema que lhe permitam recuperar o seu equilíbrio. Esta interação constante e dinâmica entre pessoa e ambiente tem como objetivo encontrar um equilíbrio funcional, dando resposta aos diversos *stressores*, de origem interna ou externa, que perturbam a estabilidade deste sistema. O sistema pessoa/ambiente é constituído por três linhas diferentes que constituem a estrutura básica, mantendo a integridade da pessoa enquanto sistema. Estas linhas são definidas como a linha normal de defesa, que representa o estado de estabilidade para a pessoa/sistema ao longo do tempo; a linha flexível de defesa, que é como uma barreira que impede os *stressores* de destabilizar o sistema; a linha de resistência, representa os recursos que ajudam a pessoa a lutar contra um *stressor*, mantendo a sua estrutura básica (Neuman, 1995). Esta última linha depende da capacidade de reconstrução e readaptação do sistema (Almeida, 2011).

Este modelo serviu de guia, apesar de ter conhecimento da multidimensionalidade das relações representadas nele, e de forma a aprofundar a reflexão, optei por me centrar na relação Enfermeiro – Cliente, pois é na pessoa cuidada que se centra a finalidade da ação da enfermagem, perante a realidade vivenciada nos estágios, com aplicabilidade em todos os contextos. Assim, o enfermeiro, ao considerar o cliente um ser holístico, realiza o “estudo sistémico das características abstratas do cliente, da família e da comunidade, através da análise precisa e global, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem” (Neuman, 1995, p. 10). Sendo que a sua intervenção se direciona para a

promoção de intervenções de enfermagem que auxiliem a pessoa a manter, conservar ou atingir a estabilidade, usando a prevenção como intervenção, assistindo o cliente em sua globalidade, ou seja, atuando em diversos tipos de prevenção. Estas intervenções irão fornecer à pessoa recursos que permitam recuperar o seu equilíbrio com a finalidade de atingir o máximo bem-estar.

Para isso, é fundamental a identificação antecipada de fatores *stressores* que provocam alterações significativas no cotidiano dos indivíduos. Assim, este modelo atua a três níveis de prevenção: 1) na prevenção primária existe uma tentativa de fortalecer a linha flexível de defesa da pessoa para diminuir a possibilidade de reação; 2) na prevenção secundária os recursos da pessoa são usados no sentido da estabilização do sistema, fortalecendo as linhas internas de resistência e; 3) na prevenção terciária foca-se no reajustamento tendo em vista a estabilidade do sistema fortalecendo a resistência aos fatores *stressores*, ajudando na prevenção de reaparecimento da reação, por forma a manter o equilíbrio (Neuman, 1995).

A análise deste modelo permitiu-me confirmar a importância de relação entre Enfermeiro/Cliente e o comportamento profissional do enfermeiro perante a pessoa, sendo o ponto crucial desta relação, a manutenção do equilíbrio da pessoa, realizando o diagnóstico da situação, de forma a planear as respetivas intervenções. Conforme refere Rosa (2013), “o enfermeiro é aquele que está presente na prevenção primária, secundária e terciária de forma adequada face à situação vivida pelo cliente” (p. 24). Desta forma, a enfermagem é uma profissão única que intervém em todas as variáveis que afetam a resposta da pessoa aos *stressores* (Neuman & Fawcett, 2011).

O objetivo da atuação do enfermeiro passa por assistir a pessoa de forma a promover e manter a estabilidade do seu sistema, com a finalidade de proporcionar o máximo bem-estar possível. Para isso, é necessário a implementação de intervenções com o objetivo de reduzir os fatores de *stress* e as condições desfavoráveis que podem interferir com a sua funcionalidade plena, independentemente da situação em que o indivíduo se encontre (Almeida, 2011).

O foco de enfermagem consiste em identificar quais os fatores de *stress* ou as condições que colocam em risco o bem-estar e equilíbrio funcional do cliente, tendo em consideração as perceções de ambos. Para a identificação desses fatores, o enfermeiro deve recorrer à recolha de dados através de uma entrevista semiestruturada orientada pelas seguintes questões: 1) O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante; 2) Como é que isto tem afetado os seus hábitos de vida?; 3) Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?; 4) Como prevê o futuro em consequência da presente situação?; 5) O que está a fazer ou que pode fazer para se ajudar a si mesmo; 6) O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si? (George, 2000).

Depois destas questões serem colocadas ao cliente, o enfermeiro deve colocar as mesmas perguntas a ele próprio, por forma a identificar a perceção que tem do cliente, e se necessário deve recorrer a uma terceira pessoa como pessoa de referência do cliente (ex: familiar), ou outro profissional de saúde para obter um olhar complementar do cliente.

Assim, pretende-se adquirir dados significativos de forma a compreender o sistema do cliente, determinar o impacto dos fatores *stressantes* ambientais, como também, compreender a origem dos mesmos. Ao planear resultados esperados de enfermagem definem-se prioridades e objetivos a atingir, tanto a curto como a longo prazo, como também, planeiam-se as estratégias de intervenção que possibilitem manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. A avaliação é realizada através da confirmação se a mudança desejada aconteceu e/ou reformulação de novas estratégias de intervenção (Almeida, 2011).

Neste sentido, é fundamental perceber as características pessoais, vivências, experiências e formas de vida do cliente, para que uma necessidade expressa possa transformar-se numa fonte de informação, que permita ajudar a pessoa a reorganizar as suas experiências coesamente e reparadoramente através da relação terapêutica.

A pessoa com doença mental apresenta muitas vulnerabilidades tanto a nível físico como mental e social, sendo que muitas vezes os mecanismos de proteção estão comprometidos, potencializando o aparecimento de sintomas exacerbados de ansiedade. Segundo este modelo, estes sintomas provocam o desequilíbrio da pessoa, colocando em causa a sua funcionalidade. A intervenção do EEESMP situa-se numa primeira abordagem na intervenção de nível primário e secundário de forma a proporcionar o bem-estar do cliente reforçando as suas linhas de resistência, e, conseqüentemente, tratando os sintomas. Se o resultado for positivo, ocorrerá o reequilíbrio do sistema e a diminuição da gravidade e frequência dos sintomas. Após este reequilíbrio ainda frágil, o EEESMP passa a atuar a nível da prevenção terciária, em que a intervenção tem como objetivo a reconstrução do sistema, através da identificação de fatores desencadadores de ansiedade, e potencialização dos recursos internos da pessoa, evitando o reaparecimento de sintomas exacerbados face a fatores *stressores*. O objetivo passa por capacitar a pessoa a autocontrolar a sua ansiedade, através da identificação e aquisição de estratégias de redução de ansiedade, mantendo a estabilidade e o equilíbrio do sistema. Por conseguinte, a intervenção do EEESMP deve ser ajustada perante as respostas da pessoa aos fatores *stressores*.

Durante todo o percurso de estágio, o modelo foi aplicado em variadas situações, como nas entrevistas efetuadas, nos estudos de caso. No fundo, o modelo foi orientador do meu percurso, por forma a identificar os vários fatores *stressores* que levaram ao aparecimento, desenvolvimento e manutenção da ansiedade, bem como possibilitou a programação das intervenções de enfermagem a nível da prevenção primária, secundária e terciária para redução dos níveis de ansiedade na pessoa com doença mental.

## **2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO**

No presente capítulo pretende-se apresentar os contextos (comunitário e internamento) onde foi realizado o estágio. Serão também descritas as atividades desenvolvidas, indo ao encontro da implementação do projeto de estágio, e apresentado os resultados obtidos em articulação com as competências do EEESMP.

A procura da evidência científica mais recente, para a atualização de conhecimentos, foi uma atividade desenvolvida no decurso de todo o tempo de estágio, refletindo-se na elaboração de trabalhos escritos como: reflexões críticas, diários de interação, estudos de casos, que foram realizados em ambos os contextos de estágio.

Durante todo o estágio foram efetuadas notas de campo através da reflexão diária do que ocorreu, identificando os aspetos pessoais fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional, e validando e partilhando, com as enfermeiras orientadoras, os meus sentimentos, atitudes e comportamentos, por forma, a auxiliar na tomada de consciência de sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados com as situações.

A seleção dos contextos de estágio deve ser ponderada e refletida, já que os mesmos devem apresentar particularidades específicas tendo em consideração as aspirações pessoais do enfermeiro em atingir os objetivos individuais e em desenvolver as competências fundamentais (comuns de EE e específicas de EEESMP). Igualmente, os contextos devem beneficiar o processo de aprendizagem, contribuindo para a consolidação de conhecimentos teórico/práticos. Assim, considero conveniente caracterizar de forma breve os dois contextos de estágio, as suas particularidades e a população envolvida.

### **2.1. Contexto Comunitário**

A primeira fase do estágio decorreu de 11 de outubro a 10 de dezembro de 2021, no Hospital de Dia de uma instituição de saúde na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo.

#### **2.1.1. Caracterização do Serviço e População**

O Hospital de Dia admite pessoas em fase de pós recuperação de episódio agudo que determinou o seu internamento completo, porém ainda a necessitar de acompanhamento diário, sendo particularmente indicado para pessoas em fase de pós recuperação de episódio agudo, mas ainda a necessitar de cuidados diários e supervisão. Também é indicado para a prevenção de agudização da doença em pessoas com fraca adesão terapêutica e com resistência ao tratamento, sendo referenciados pela Consulta Externa, Ambulatório ou Serviço de Urgência. A sua admissão é precedida por uma consulta médica de triagem realizada por um médico psiquiátrica ou interno de especialidade, para determinar se apresentam condições de integrar as atividades/intervenções psico e socio terapêuticas do Hospital de Dia.

Este serviço é uma unidade de internamento parcial com lotação máxima de catorze pessoas divididas em dois grupos terapêuticos distintos. O horário de funcionamento é das 9h às 16h em dias úteis, havendo várias atividades por dia, exceto à quarta-feira em que há apenas atividades da parte da manhã, ficando os clientes com a tarde livre para resolução de problemas pessoais.

Este Hospital de Dia tem duas equipas multidisciplinares, em que cada uma orienta um grupo de clientes. A abordagem terapêutica é realizada em equipa multidisciplinar (dois enfermeiros, vários médicos psiquiatras, dois psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social e uma dancoterapeuta), em que o método de trabalho é baseado no técnico de referência, ou seja, um elemento da equipa multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional) fica como gestor de caso. Este técnico serve de ponto de ligação preferencial entre o cliente e a restante equipa, tendo funções acrescidas, como avaliar as necessidades da cliente por forma a proporcionar uma intervenção mais individualizada, e ser responsável por planear reuniões com a família do cliente.

Existe um plano de semanal de distribuição das atividades diárias, mas quando um elemento da equipa multidisciplinar fica impedido de realizar a sua atividade é substituído pela enfermeira responsável do grupo terapêutico. Todas as semanas é realizada uma reunião multidisciplinar com o intuito de debater as várias problemáticas relacionadas com os clientes e definir um plano terapêutico para cada um.

Na ingressão ao Hospital de Dia, é planeado com o cliente um plano de tratamento individualizado, em que são explicitadas as atividades em grupo e suas finalidades diagnósticas e terapêuticas, é também preparado um plano do pós-alta, de reabilitação socio-ocupacional, e é assinando um contrato terapêutico. Os clientes que participaram nas atividades realizadas (grupo II) tinham em média 30,6 anos (idades que variavam entre os 20 anos e 43 anos), sendo 66,6% do género feminino e 33,3% do género masculino. No que se refere ao nível de escolaridade, 66,6% tinham o ensino básico, 16,6%, o ensino secundário e 16,6%, o ensino superior (licenciatura). Relativamente ao diagnóstico médico psiquiátrico: dois clientes apresentavam esquizofrenia (33,3%), um cliente, perturbação bipolar (16,6%) e três, perturbação depressiva (50%). Relativamente à caracterização de internamentos prévios em serviços de psiquiatria, cerca de 33,5% nunca foram internadas, 33,3% um internamento e 50% teve dois ou mais internamentos, sendo que 1 dos elementos esteve internados compulsivamente. Relativamente a situação de emprego, todos estavam desempregados, dois clientes (33,3%) nunca estiveram empregados e restantes 66,6% já tiveram anteriormente uma atividade laboral.

## 2.1.2. Descrição das atividades realizadas e sua análise

Na procura do desenvolvimento das competências do EEESMP e na concretização dos objetivos traçados de acordo com a implementação do projeto de estágio, participei e dinamizei diversas atividades, que irei descrever seguidamente.

Uma atividade em que participei foi a **Reunião Comunitária**, realizada todas as segundas-feiras, com os clientes (dois grupos terapêuticos) e técnicos de saúde. A mesma proporciona um espaço aberto para os clientes partilharem, com a equipa multidisciplinar, assuntos que lhes interessem, tais como, a dinâmica do serviço e sugestões de melhoria, assim como as rotinas do quotidiano que possam influenciar a sua recuperação. A reunião comunitária proporciona um momento onde as complexas realidades internas e externas da vida de uma unidade, a sua cultura e os seus conflitos podem ser abertamente discutidas. Numa fase inicial, apresentei uma postura mais observadora, mas, gradualmente, fui participando mais ativamente nas reuniões com o parecer positivo da enfermeira orientadora. Esta atividade vai de encontro ao que Mello (2005) indica, quando refere que a reunião comunitária é aquela em que todos os clientes e os membros de pessoal de uma unidade terapêutica se reúnem, sendo o mais complexo dos grupos terapêuticos.

Todas as terças-feiras, realizava-se a atividade designada de **“Preparação Terapêutica”**, efetuada autonomamente pelos clientes, e que consistia na preparação da medicação para a semana inteira (sete dias). A preparação da terapêutica era supervisionada pelo enfermeiro, assim como a toma diária. Todos os dias, antes das atividades, o cliente dirigia-se ao gabinete de enfermagem e cumpria com a toma presencial da medicação da manhã. Sendo aparentemente uma atividade relativamente simples, foi nesta atividade que tive oportunidade de avaliar a adesão terapêutica, em que os clientes relatavam efeitos secundários, assim como colocavam algumas perguntas relativamente à terapêutica que encontravam a realizar. Neste sentido, fui instruindo os clientes sobre a importância de adesão ao regime terapêutico, nomeadamente, acerca de fatores que influenciam o abandono da medicação, a administração correta, os efeitos secundários e as estratégias a utilizar para minimizar esses efeitos secundários. De forma a consolidar esta informação, mais formalmente, realizei uma **sessão de psicoeducação sobre “Adesão ao Regime Terapêutico”**, sendo que irei analisar os seus resultados mais à frente neste mesmo capítulo.

Além das atividades referidas, colaborei em todas as **reuniões multidisciplinares** em que era analisado e refletido o trabalho que havia sido realizado pela equipa multidisciplinar com os clientes, analisando, individualmente, cada caso. Esta discussão sobre os projetos terapêuticos dos clientes, assim como as intercorrências na dinâmica do grupo e problemas/dificuldades que daí surgiam, permitiram-me consolidar o meu processo de aprendizagem. A consolidação do trabalho desenvolvido e a relação que ia desenvolvendo com os elementos da equipa possibilitaram-me o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, pois fui tendo um papel cada vez mais participativo enquanto membro da

equipa, em que foi permitido exprimir os meus juízos clínicos e apresentar estratégias em relação aos clientes. Para isso, foi essencial dar a conhecer o meu projeto de estágio e consentir as intervenções que me propunha executar.

Ao longo do tempo em que decorreu o estágio, foi-se proporcionado a oportunidade de assistir e participar nas **reuniões de grupo pós-alta e grupo de famílias**. Estas reuniões realizavam-se no período da tarde do dia de quarta-feira em semanas alternadas.

No grupo Pós-Alta, dinamizado pela EEESMP, pretende-se realizar o seguimento de antigos clientes do Hospital de Dia pela equipa multidisciplinar, com o objetivo de prevenir recaídas, estimular a perceção e compreensão dos sinais e sintomas da doença, partilhar vivências nas dimensões pessoais, familiares, efetivas, sociais e profissionais e apoiar na resolução/identificação de problemas do quotidiano da pessoa com doença mental. O grupo de famílias, dinamizado pela EEESMP e psicóloga, trata-se de um espaço de partilha de vivências, sentimentos e emoções, angústias e incertezas vividas pelos familiares do cliente ou ex-cliente do Hospital de Dia, envolvendo a família no percurso de tratamento do seu familiar. Durante estas sessões, os familiares iam partilhando as suas dificuldades, frustrações, e sentimentos, o que me permitiu constatar, realmente, as grandes dificuldades e angústias que as pessoas com doença mental e os seus familiares enfrentam.

A importância da família é fundamental na gestão da situação da doença, uma vez que uma família bem informada e atenta tem a capacidade de identificar os primeiros sinais de recaída do doente, possibilitando uma intervenção oportuna e a redução de risco de agravamento de uma crise. Assim, a intervenção familiar efetivada por um profissional de saúde apresenta um efeito extremamente positivo na melhoria do ambiente familiar, na redução de sobrecarga e nos mecanismos de *coping*; tendo como consequência o aumento da perceção social, satisfação com o tratamento e autoeficácia (Caqueo-Urizar, 2014). Porém, durante as reuniões, os familiares manifestaram alguma falta de acompanhamento por parte dos profissionais de saúde e de informação, refletindo-se, nomeadamente, em: dificuldade na compreensão e evolução da doença do seu familiar, dificuldade na compreensão de comportamentos desajustados do seu familiar, dificuldade em fazer com que o seu familiar cumpra o seu regime terapêutico, estigma, falta de apoio e desacreditação nas estruturas de apoio existentes, entre outros. Neste sentido, o EEESMP apresenta um papel de destaque na medida em que compreende os processos de saúde e doença mental e a forma como afetam toda a estrutura familiar, mobilizando-se como instrumento terapêutico, tanto com o cliente como com a sua família. Desta forma, a família sente que a sua experiência como cuidadora é valorizada e incluída na tomada de decisão partilhada (Casaleiro et al., 2017). No decorrer das reuniões constatei que a descrição das várias experiências e a exposição de dúvidas e incertezas comuns aos diversos familiares funcionou como um suporte de apoio importante ao trazer esperança num futuro melhor e mais estável, fazendo toda a diferença neste grupo.

Foi possível realizar uma **visita** guiada ao Museu Bordalo Pinheiro, situado no Campo Grande, em Lisboa, com o objetivo de treinar as competências sociais dos clientes, por forma a atingirem o seu máximo funcionamento pessoal e social (exemplo: saber qual o caminho correto para o museu, saber pedir os bilhetes para entrar no museu apresentar comportamento adequado durante a visita...). Com a colaboração da terapeuta ocupacional foi realizado o planeamento e a organização da viagem até ao museu. Nesta visita foram percecionadas algumas dificuldades que determinados clientes tinham em estar em espaços públicos com outras pessoas, a sua insegurança e dificuldade de concentração durante a visita guiada e de compreensão da informação transmitida. Apesar destes aspetos, a visita decorreu tranquilamente e alguns clientes pediram para se organizarem mais visitas ao exterior. Assim, a reabilitação dos clientes deve ser efetuada em espaços públicos que muito provavelmente poderão fazer parte das suas rotinas. Este passeio favoreceu a identificação e o desbloqueio de fatores *stressores* através da distração, experiência e do contacto com o mundo exterior, impulsionando a modificação de comportamentos e atitudes, o que poderá vir a favorecer a reintegração eficaz destes clientes na sociedade.

Paralelamente a estas atividades, procurei implementar o meu projeto de estágio para consolidar o desenvolvimento de competências. Foi implementado um **programa de relaxamento** (Apêndice II) de cinco sessões com frequência de 1x/semana, e duração aproximada de 40 min, sendo a primeira sessão e última sessão de avaliação (resultados NOC ansiedade e autocontrolo ansiedade). Realizaram-se duas **intervenções psicoeducativas em grupo**, sendo a primeira intitulada “Adesão ao Regime Terapêutico” e a segunda “Higiene do Sono” (Apêndice III e IV), vindo também dar resposta a uma necessidade sentida no serviço. O grupo foi questionado sobre o interesse em participar nestas sessões, foi-lhes explicado o objetivo das sessões numa 1ª entrevista em grupo e foram obtidos, o consentimento informado e a autorização de participação de todos os participantes.

O grupo foi constituído por seis clientes (grupo II), que apresentavam com diagnóstico de ansiedade presente e défice de conhecimento, segundo a taxonomia CIPE, em que a ansiedade interfere nas atividades da vida diária dos clientes.

O objetivo principal deste projeto foi contribuir para a diminuição da ansiedade através da identificação de estratégias terapêuticas com os clientes que lhes permitisse gerir e identificar a sua ansiedade e, por conseguinte, promover o seu autocontrolo, recorrendo a técnicas de relaxamento. Por outro lado, pretendeu-se, também, contribuir para a gestão da doença através do aumento do conhecimento do cliente e da tomada de decisão consciente no processo terapêutico. Este projeto teve uma avaliação muito positiva, uma vez que motivou os participantes a desenvolver novas formas de encarar as dificuldades, aumentando a sua capacidade de adaptação e o seu bem-estar geral. Para corroborar, esta conclusão, seguidamente será realizada uma análise e reflexão detalhada dos **resultados obtidos** com

estas atividades, com recurso aos respetivos resultados NOC (Nível de Ansiedade e Autocontrolo de Ansiedade), avaliação dos sinais vitais (relaxamento), resultados NOC para o conhecimento de gestão da doença, respetivos questionários de avaliação/satisfação. Relativamente aos resultados NOC (Nível de Ansiedade e Autocontrolo de Ansiedade) validados para a população portuguesa foi pedido autorização ao autor para a sua aplicação, consentindo a sua utilização (Apêndice V).

Neste sentido, inicia-se esta próxima avaliação através da apresentação da tabela 1 com a classificação da ansiedade para os quatro clientes que participaram nas sessões, de acordo com os resultados NOC para o “Nível de ansiedade” (Anexo I), antes e depois das sessões de relaxamento, num total de cinco sessões. Foram selecionados estes clientes, dentro do grupo, pois participaram em todas as sessões.

**Tabela 1.** Evolução dos resultados NOC para Nível de Ansiedade (HD)

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

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

Analisando os resultados NOC para o nível de ansiedade, verificou-se uma melhoria relativamente aos sintomas de ansiedade psicomotora (itens 1 a 10) e somática (14 a 16). Já em relação à componente de resolução de problemas (11 a 13), só para os clientes A. e F. é que se verificou uma evolução positiva relativamente ao item 12 (dificuldade de concentração), que passou de substancial a moderada, sendo que para os itens 11 e 13 não se verificou qualquer alteração para todos os clientes. Relativamente as dificuldades de concentração identificadas aos clientes C. e R., podem dever-se a possíveis efeitos secundários de medicação referindo a Cliente C “os novos medicamentos que ando a tomar provocam-me muita sonolência e tenho muita dificuldade em concentrar-me no que estou a fazer” (sic), já o cliente R. refere que “estas últimas alterações de medicação que me fizeram,

não sei. Sinto-me cada vez mais dificuldade em concentrar-me. Eu bem tento concentra-me, mas passado alguns minutos deixo de ter foco no que estou a fazer” (sic). Após estes comentários, a situação foi comunicada aos respetivos médicos psiquiatras assistentes para possível ajuste terapêutico. No que respeita a não alteração dos itens 11 e 13, dificuldade de aprendizagem e dificuldades para resolver problemas, deduz-se que este facto deve-se a complexidade destas componentes em que as intervenções implementadas deviam ser mais prolongadas no tempo para se verificar alterações positivas nestes itens. Por outro lado, os clientes durante as sessões, de forma indireta, referiram apresentar alguns pensamentos e crenças de autoestigma que dificulta as suas capacidades de aprendizagem e de resolução de problemas. Nomeadamente o Cliente A. referiu “as pessoas quando fazem que temos uma doença mental e andamos no Hospital de Dia pensam que não conseguimos tomar conta de nós e resolver os nossos problemas. Quando penso melhor até acho que têm certa razão” (sic). Já a cliente C. “Não estou habituada a pensar em aprender coisas novas ou resolver problemas. Os outros acabam por resolvê-los por mim”. A cliente F. “Ouvi tantas coisas más sobre mim enquanto crescia que acho que acreditei que era mesmo assim. Uma pessoa que não sabe orientar a sua vida” (sic). O cliente R. “Tenho medo de não conseguir vencer esta doença e tomar um rumo na minha vida. Sinto que dependo cada vez mais da minha mãe. O que é verdade e acabo por me acomodar a situação” (sic).

Analisando cada cliente individualmente, verificou-se que para o cliente A., a ansiedade é manifestada por sintomas psicomotores e somáticos, relacionados com receios e humor ansiosos, mas, depois das sessões, observou-se uma melhoria muito relevante e gratificante, sendo que o cliente além de conseguir identificar os sinais e sintomas da ansiedade, passou a ser capaz de executar os exercícios sempre que tem necessidade sem ajuda e com eficácia. Nas sessões de relaxamento verbalizou ter conseguido relaxar. Após o término do estágio e das sessões de relaxamento, a equipa técnica ponderava dar alta clínica, começando o cliente a procura ativa de emprego.

A cliente C. manteve ansiedade com características de ansiedade psíquica e somática, níveis de ansiedade grave, no entanto, as sessões permitiram uma aproximação aos profissionais, uma vez que passou a solicitar ajuda quando se sente mais ansiosa e consegue executar as técnicas de relaxamento eficazmente. Os conflitos com o pai continuam a ser o seu maior problema a nível de ansiedade (sic) e a própria patologia/doença não é um fator que ajude no processo de gestão da ansiedade.

A cliente F. apresentou melhorias ao nível da ansiedade após a realização das sessões, no entanto, manteve alguns níveis de ansiedade manifestada essencialmente por ligeiros sintomas somáticos, relacionados ao nível do humor ansioso, tensões, medos, humor depressivo, que associa aos problemas familiares (sic).

O cliente R. mostrou uma ligeira melhoria da ansiedade, mas manteve uma ansiedade patológica. A mesma é manifestada através de sintomas psicomotores e somáticos, quando

analisados os resultados NOC para o nível de ansiedade, embora se verifique uma melhoria no que diz respeito à procura dos profissionais quando se sente mais ansioso, à identificação de alguns sinais e sintomas da ansiedade e execução dos exercícios de relaxamento com eficácia.

Para completar a avaliação dos clientes, recorreu-se à apreciação dos resultados NOC para o “Autocontrolo da Ansiedade” (Anexo II) analisados na tabela 2. Após a implementação das intervenções, apurou-se que os clientes A. e F. demonstram frequentemente capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, identificando as causas que lhes originam ansiedade. Os clientes C. e R. demonstram algumas vezes esta capacidade, pois nem sempre conseguem reduzir ou eliminar sentimentos de apreensão e tensão, necessitando de ajuda.

**Tabela 2.** Evolução dos resultados NOC para o Autocontrolo da Ansiedade (HD)

Indicadores	Clientes							
	A.		C.		F.		R.	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1. Monitorização dos episódios	3	4	2	3	3	4	2	3
2. Monitorização da duração do tempo entre episódios	3	4	2	3	3	4	2	3
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	2	3
6. Manutenção das relações sociais	3	4	2	3	3	4	2	3
7. Controlo da reação à ansiedade	3	4	2	3	3	4	2	3
8. Eliminação dos precursores da ansiedade	3	4	2	3	3	4	2	3
9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	3	4	2	3	3	4	2	3

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

Estes resultados reforçam as conclusões obtidas pelos resultados NOC de nível de ansiedade, após realizadas as intervenções de enfermagem.

Com o objetivo de corroborar os resultados obtidos anteriormente, relativamente à eficácia das sessões de relaxamento nos níveis de ansiedade, foram avaliados os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória) de cada cliente, antes e após cada sessão de relaxamento.

Em suma, todos os clientes (100%) indicaram que o relaxamento e o ensino sobre o autocontrolo da ansiedade efetuados no final das sessões de relaxamento contribuíram, para que, em situações futuras de crise, consigam gerir a sua ansiedade sem recorrer imediatamente à terapêutica ansiolítica. O grau de satisfação foi de 100% - “Bastante satisfeito”, sendo o seu contributo “muito útil” Quando questionados sobre o que sentiram durante as sessões de relaxamento, foram referenciadas palavras como: tranquilidade (2), relaxado (1), calmo (4), descontraído (1) e leveza (2) (Apêndice VI).

## Análise e discussão dos resultados – sinais vitais

Em cada sessão de relaxamento foram avaliados os sinais vitais (PAD, PAS, FC e FR) e comparados os seus valores, antes e depois das sessões. Para complementar esta avaliação, recorreu-se à análise estatística que envolveu medidas de estatística descritiva (médias, respetivos desvios-padrão e taxa variação -  $\Delta V$ ) e estatística inferencial, em que se comparou os valores médios antes e depois das sessões. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq 0,05$ . Utilizou-se o teste *t de Student* para amostras emparelhadas, pois estão a comparar-se os valores dos mesmos sujeitos entre duas observações.

### Avaliação dos sinais vitais do Cliente A.

Em todas as sessões de relaxamento verificou-se uma diminuição de todos os sinais vitais antes e após cada sessão de relaxamento (Tabela 3), sendo essa tendência corroborada pelo valor da taxa de variação que indica uma tendência geral de redução dos mesmos. As diferenças dos valores dos sinais vitais (Tabela 4) antes e depois das sessões de relaxamento são estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $p \leq 0,001$ ) para a **PAD**, **FC** e **FR**, observando-se valores mais baixos no final das sessões. A não diferença estatisticamente significativa nos valores de **PAS** poderá estar relacionada com o facto do cliente A. se ter sentido incomodado com os barulhos exteriores (passagem de aviões) na 2ª e 3ª sessões.

**Tabela 3.** Valores dos sinais vitais do cliente A. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD)

	PAS			PAD			FC			FR		
	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)
1ª sessão	121	110	30,1	73	69	5,5	97	72	34,7	19	17	10,5
2ª sessão	112	109	14,7	77	66	14,3	83	70	18,6	18	16	11,1
3ª sessão	103	106	0,1	64	62	3,1	84	69	21,7	18	16	11,1
4ª sessão	103	105	1,1	61	59	3,3	90	69	30,4	18	18	0,0
5ª sessão	102	100	4,0	58	57	1,7	89	65	36,9	18	17	5,6

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão Arterial Diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória;  $\Delta V$  (%) – Taxa Variação = (Valor inicial – Valor final) / Valor inicial x 100.

**Tabela 4.** Evolução dos sinais vitais do cliente A., antes e depois das sessões de relaxamento (HD)

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
PAS	108,2	8,23	106	3,94	0,212393
PAD	66,6	8,08	62,6	4,93	<b>0,046227*</b>
FC	88,6	5,59	69	2,55	<b>0,000612***</b>
FR	18,2	0,45	16,8	0,84	<b>0,012448*</b>

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; M – Média; DP – Desvio-padrão.

### Avaliação dos sinais vitais da Cliente C.

Em todas as sessões de relaxamento verificou-se uma diminuição de todos os sinais vitais (Tabela 5), sendo essa tendência corroborada pelos valores das taxas de variação, especialmente na **FC** em que a taxa de variação aumentou entre a primeira e última sessões. As diferenças dos sinais vitais (Tabela 6) antes e depois das sessões de relaxamento são todas estatisticamente significativas ( $p \leq 0,01$  e  $p \leq 0,001$ ), com a cliente C. a registrar valores de **PAS**, **PAD**, **FC**, **FR** mais baixos no final das sessões.

**Tabela 5.** Valores dos sinais vitais da cliente C. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD)

	PAS			PAD			FC			FR		
	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)
<b>1ª sessão</b>	137	123	10,2	87	75	13,8	118	111	5,9	20	18	10,0
<b>2ª sessão</b>	134	122	9,0	84	71	15,5	117	100	14,5	20	17	15,0
<b>3ª sessão</b>	132	121	8,3	79	70	11,4	112	100	10,7	20	17	15,0
<b>4ª sessão</b>	131	121	7,6	74	69	6,8	100	94	6,0	19	18	5,3
<b>5ª sessão</b>	129	122	5,4	71	65	8,5	100	85	15,0	19	18	5,3

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão Arterial Diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória;  $\Delta V$  (%) – Taxa de Variação = (Valor inicial – Valor final) / Valor inicial x 10

**Tabela 6.** Evolução dos sinais vitais da cliente C., antes e depois das sessões de relaxamento (HD)

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b>PAS</b>	132,6	3,05	121,8	0,84	<b>0,000367***</b>
<b>PAD</b>	79	6,67	70	3,61	<b>0,002353**</b>
<b>FC</b>	109,4	8,88	98	9,51	<b>0,003083**</b>
<b>FR</b>	19,6	0,55	17,6	0,55	<b>0,005528**</b>

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; M – Média; DP – Desvio-padrão

### Avaliação dos sinais vitais da Cliente F.

Em todas as sessões de relaxamento verificou-se uma diminuição de todos os sinais vitais (Tabela 7), sendo essa tendência corroborada pelos valores da taxa de variação especialmente na **PAD** e **FR** em que a taxa de variação aumentou entre a primeira e última sessões. As diferenças dos sinais vitais (Tabela 8) antes e depois das sessões de relaxamento são todas estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,001$ ), com a cliente F. a registrar valores mais baixos no final das sessões.

**Tabela 7.** Valores dos sinais vitais da cliente F. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD)

	PAS			PAD			FC			FR		
	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)
<b>1ª sessão</b>	140	130	7,1	74	67	9,5	100	98	2,0	19	18	5,3
<b>2ª sessão</b>	140	125	10,7	79	67	15,2	108	96	11,1	19	16	15,8
<b>3ª sessão</b>	139	123	11,5	83	61	26,5	105	95	9,5	19	16	15,8
<b>4ª sessão</b>	129	121	6,2	81	62	23,5	83	83	0,0	18	17	5,6
<b>5ª sessão</b>	125	121	3,2	78	61	21,8	81	78	3,7	18	16	11,1

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica PAD – Pressão Arterial Diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória;  $\Delta V$  (%) – Taxa Variação. = (Valor inicial – Valor final) / Valor inicial x 100

**Tabela 8.** Evolução dos sinais vitais da cliente F., antes e depois das sessões de relaxamento (HD)

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b>PAS</b>	134,6	7,09	124	3,74	<b>0,004454**</b>
<b>PAD</b>	79	3,39	63,6	3,13	<b>0,002203**</b>
<b>FC</b>	95,4	12,58	90	8,92	<b>0,041923*</b>
<b>FR</b>	18,6	0,55	16,6	0,89	<b>0,005528**</b>

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; M – Média; DP – Desvio-padrão

### Avaliação dos sinais vitais do Cliente R.

Em todas as sessões de relaxamento verificou-se uma diminuição de todos os sinais vitais (Tabela 9), sendo essa tendência corroborada pela taxa de variação especialmente na **FC** em que a taxa de variação foi aumentando continuamente entre a 2ª e última sessão. Com exceção da **PAD**, as diferenças dos sinais vitais (**PAS**, **FC**, **FR**) (Tabela 10) antes e depois das sessões de relaxamento são todas estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$  e  $p \leq 0,001$ ), com a cliente C. a registar valores mais baixos no final das sessões. A não diferença estatisticamente significativa na PAD poderá estar relacionada com o facto do cliente R. ter referido que na 1ª e 2ª sessões ao fazer a contração do pé esquerdo sentir uma dor súbita, o que pode ter influenciado a descontração.

**Tabela 9.** Valores dos sinais vitais do cliente R. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (HD)

	PAS			PAD			FC			FR		
	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)
<b>1ª sessão</b>	122	110	9,8	81	67	17,3	82	79	3,7	20	19	5,0
<b>2ª sessão</b>	105	102	2,9	69	67	2,9	83	81	2,4	18	16	11,1
<b>3ª sessão</b>	105	101	3,8	60	63	4,8	83	70	15,7	18	16	11,1
<b>4ª sessão</b>	129	121	6,2	59	57	3,4	83	69	16,9	17	16	5,9
<b>5ª sessão</b>	100	99	1,0	58	56	3,4	80	65	18,8	17	16	5,9

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica PAD – Pressão Arterial Diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória;  $\Delta V$  (%) – Taxa Variação. = (Valor inicial – Valor final) / Valor inicial x 100

**Tabela 10.** Evolução dos sinais vitais do cliente R., antes e depois das sessões de relaxamento (HD)

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b>PAS</b>	112,2	12,56	106,6	9,07	<b>0,0231903*</b>
<b>PAD</b>	66,0	9,43	61,4	5,32	0,0614197
<b>FC</b>	82,2	1,30	72,8	6,87	<b>0,0148132**</b>
<b>FR</b>	18	1,22	16,6	1,34	<b>0,0023179**</b>

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; M – Média; DP – Desvio-padrão

### Avaliação dos resultados NOC - conhecimento de gestão da doença

Tendo por base alguns indicadores adaptados de Moorhead et al. (2018) - Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Anexo III), foram avaliados os conhecimentos iniciais e finais sobre a gestão da doença mais concretamente aspetos relacionados com a importância da adesão terapêutica, medicação e os seus efeitos terapêuticos e possíveis secundários, as estratégias de não esquecimento da toma de medicação, a importância do sono e sua função e as estratégias para uma boa Higiene do Sono. Após a aplicação destes indicadores constatei que os conhecimentos dos clientes se alteraram de forma positiva, para os níveis imediatamente superiores, em todos os indicadores (Tabela 11).

**Tabela 11.** Avaliação dos Resultados NOC “Conhecimento de Gestão da Doença” (HD)

Indicadores (Conhecimento Gestão Doença- 1844)	Clientes							
	A.		C.		F.		R.	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1. Benefícios da gestão da doença (184403)	3	4	2	3	2	3	1	2
2. Sinais e sintomas da doença (184404)	3	4	2	3	3	4	1	2
3. Uso correto da medicação (184411)	4	4	2	3	3	4	2	3
4. Efeitos terapêuticos da medicação (184412)	3	4	2	3	2	3	1	2
5. Efeitos adversos medicação (184414)	2	3	2	3	2	3	1	2
6. Importância de adesão ao regime terapêutico (184418)	3	4	2	4	3	4	1	2
7. Importância do descanso adequado (184420)	3	4	2	3	3	4	2	3

**Legenda:** 1- Nenhum, 2- Limitado, 3- Substancial, 4- Significativo, 5- Aprofundado.

No que respeita à avaliação da intervenção grupal, os quatro clientes (Apêndice VII):

- Não apresentaram alterações nos itens “Comportamento” e “Atenção”;
- Apresentaram uma diminuição dos itens “Participação” e “Interação” (flutuações discretas);
- Apresentaram um aumento do nível de satisfação.

Em termos de balanço global das sessões (Adesão ao Regime Terapêutico e Higiene do Sono), os clientes verbalizaram o agrado e mostraram satisfação através dos indicadores de resultados. Destacam-se a medicação e os seus efeitos terapêuticos, as possíveis causas de não adesão e os efeitos nefastos de não dormir. No final, foi feita uma entrevista informal individual a cada cliente e foi aplicado um questionário de avaliação, para esclarecimento de dúvidas e reforço da informação transmitida em outras sessões. Relativamente à sessão de psicoeducação sobre adesão terapêutica, só o cliente A. tinha conhecimento sobre este termo, sabendo a sua definição e o que envolve. Os restantes clientes após a explicação demonstraram conhecerem o conceito, mas não, especificamente, com esse nome. As clientes F. e C. referiram “sei que a toma da medicação é importante. Mas este termo em si nunca tinha ouvido” (sic), já o cliente R. referiu que “agora que explicou, já sabia o que era” (sic). Em relação à medicação, o cliente A. soube identificar a medicação que toma e o seu efeito; já as clientes C. e F. sabiam o nome dos medicamentos que tomam, mas os seus efeitos terapêuticos não sabiam esclarecer; e o cliente R. tinha noção do efeito terapêutico da medicação que toma, mas um pouco confuso em relação à sua designação (nomes).

Em relação aos possíveis efeitos secundários, os identificados por todos os clientes foram: aumento de peso, obstipação e tremores, e sobre as causas de não adesão durante a sessão de psicoeducação, o grupo permaneceu em silêncio. No entanto, no exercício final de uma descrição de situação de não adesão souberam identificar quais as causas de não adesão. Nomeadamente, o cliente A. referiu “tomar muitos comprimidos, várias vezes ao dia”, “medo dos colegas de trabalho verem” e “deixar de tomar quando se sente melhor” e “efeitos secundários” (sic); a cliente C. acrescentou as dificuldades financeiras da D. Alzira, “falta de dinheiro para comprar os medicamentos pois existem outras despesas mais urgentes com os filhos” (sic); a cliente F. referiu “a falta de apoio do marido, pois ele diz que ela não precisa deles” (sic); e o cliente R. não acrescentou mais nenhum motivo de não adesão. No âmbito das estratégias de não esquecimento da toma de medicação, todos os clientes associam a toma às refeições.

Analisando os questionários de avaliação final das respetivas sessões de psicoeducação (Apêndice VIII), de uma forma geral, constatou-se que os clientes apresentaram um aumento de conhecimentos.

Relativamente ao questionário de avaliação da sessão de psicoeducação “Adesão ao Regime Terapêutico”, os clientes identificaram a resposta correta nas seguintes questões identificadas na tabela 12.

**Tabela 12.** Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos dos Clientes para a sessão de psicoeducação “Adesão ao Regime Terapêutico” (HD)

Questões	Respostas dos Clientes
1. A adesão ao regime terapêutico inclui a toma correta da medicação, ir às consultas e fazer os tratamentos. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.
2. A adesão ao regime terapêutico não reduz os sintomas da doença. <b>(Falso)</b>	Todos os clientes acertaram, exceto cliente R.
3. Os medicamentos antipsicóticos servem para diminuir as alucinações e delírios. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.
4. Os medicamentos antidepressivos servem para deixar as pessoas tristes. <b>(Falso)</b>	Todos os clientes acertaram, exceto o cliente R.
5. Os efeitos secundários da medicação não desaparecem. <b>(Falso)</b>	Todos os clientes acertaram.
6. Um dos efeitos secundários da medicação é aumento de apetite/peso. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.
7. Algumas pessoas deixam de tomar a medicação porque “não querem ser controlados pelos medicamentos”. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.
8. Guardar a medicação num local visível e habitual ajuda a não esquecer a toma da medicação. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.

Quando questionados sobre o contributo desta sessão para o aumento dos conhecimentos sobre a adesão ao regime terapêutico, o cliente A. referiu que “todos os assuntos mencionados na respetiva apresentação foram benéficos para entender a adesão ao regime terapêutico” (sic); a cliente C. respondeu “os fármacos e seus propósitos. Faço uso de alguns e achei mais interessante pois obtive maior conhecimento e então passei a estar mais ciente do meu quadro clínico” (sic); a cliente F. referiu “descobrir novos conceitos, mais vantagens e desvantagens” (sic); e o cliente R. salientou “fiquei a saber para o que serve a medicação que tomo” (sic).

Relativamente à sessão de psicoeducação sobre a “Higiene do Sono”, quando questionados sobre o que é o sono, os clientes não souberam especificar, mas identificaram a sua principal função de recuperação de energia. Os clientes A. e F. referiram “serve para descansar o organismo” (sic); já a cliente C. acrescentou “ajuda ao desenvolvimento cerebral” (sic); e o cliente R indicou “serve para repor energias” (sic). Relativamente às outras funções do sono, os clientes referiram que desconheciam e ficaram admirados, principalmente, com a melhoria das defesas do sistema imunitário.

Os fatores identificados pelos clientes como consequências de não dormir, de forma uniforme, foram: cansaço, sonolência e irritabilidade. Já em relação aos fatores que interferem com o sono, foram identificados fatores ambientais: o cliente A. referiu “ter o quarto escuro e nem muito frio, nem muito quente. Não comer muito ao jantar. Não estar ao telemóvel ou computador na cama” (sic); a cliente C. acrescentou o facto “as emoções interferem, pois se estiver muito ansiosa não consigo dormir. Fico a noite toda acordada. Deitar e levantar sempre à mesma hora” (sic); e os clientes F. e R. referiram o “não beber muita água na hora de ir dormir, para não se ir à casa-de-banho” (sic).

Analisando o questionário de avaliação final da respetiva sessão, constatou-se que os clientes, de uma forma geral, apresentaram um aumento de conhecimentos, identificando a resposta correta nas seguintes questões (Tabela 13).

**Tabela 13.** Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos dos Clientes para a sessão de psicoeducação “Higiene do Sono” (HD)

<b>Questões</b>	<b>Respostas dos Clientes</b>
1. O exercício físico realizado à noite facilita o sono. <b>(Falso)</b>	Todos os clientes acertaram.
2. Não faz mal dormir pouco durante toda a semana desde que se compense ao fim-de-semana. <b>(Falso)</b>	Todos os clientes acertaram.
3. A qualidade do sono é importante para a memória e atenção. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram
4. É durante o sono o cérebro diminui a sua atividade para descansar. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram
5. É durante o sono o cérebro diminui a sua atividade para descansar. <b>(Verdadeiro)</b>	Só os clientes A. e F. acertaram.
6. As alterações do sono aumentam a probabilidade de aparecimento de certas doenças como diabetes e HTA (tensão arterial alta). <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.
7. Estabelecer um horário de sono consiste em deitar todos os dias à mesma hora e levantar-se à mesma hora. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.
8. Há relação entre doença mental e alterações do sono. <b>(Verdadeiro)</b>	Todos os clientes acertaram.

Quando questionados sobre o contributo desta sessão para o aumento dos conhecimentos sobre a importância de uma boa higiene do sono: o cliente A. respondeu “a relação das doenças mentais com o sono. Porque me afeta” (sic); a cliente C. referiu “a influência de uma boa Higiene do sono na nossa memória e como ela pode melhorar” (sic); a cliente F. indicou “o assunto da relação entre exercício físico realizado à noite e o sono” (sic); e o cliente R. acrescentou “o cérebro precisar de estímulos para não atrofiar, ou seja, exercitar o cérebro, durante o dia, e descansar à noite para recuperar. A alteração do sono impede o descansar que o cérebro precisa” (sic).

Em termos psicoeducacionais, constataram-se alterações positivas ao nível dos conhecimentos, relativamente aos conteúdos apreendidos, por isso, considera-se que, no global, o balanço da intervenção foi positivo. Foram trabalhados vários aspetos cognitivos, emocionais que visaram a promoção da saúde e prevenção da doença com a manutenção de um ambiente seguro, promovendo o bem-estar e o aumento da literacia.

Em todas as sessões realizadas, teve-se sempre em consideração as características das pessoas presentes, adaptando a informação transmitida às suas capacidades de compreensão e respeitando os seus níveis de literacia. Desta forma, pretendia-se que fosse compreendido o que estava a ser transmitido, para que o cliente apreendesse o seu propósito e pudesse, posteriormente, aplicá-lo no seu dia a dia.

## **2.2. Contexto Internamento**

A segunda fase do estágio decorreu entre 13 de dezembro 2021 e 25 de fevereiro de 2022, num serviço de internamento de uma instituição de saúde na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo.

### 2.2.1. Caracterização do Serviço e População

Esta instituição está integrada num dos doze centros pertencentes ao instituto de origem. Atualmente, apresenta capacidade para 190 clientes, dando resposta a nível de internamento de clientes psiquiátricos agudos e clientes psiquiátricos de evolução prolongada e/ou com deficiência mental. Possui ainda outra tipologia de serviços tais como: consultas externas de psiquiatria e psicologia clínica, tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental numa visão integral da pessoa.

O segundo momento de estágio decorreu num serviço de psiquiatria agudos, uma unidade destinada a pessoas com doença mental em situação de crise ou agravamento da sua situação clínica, de curto internamento, não existindo internamentos compulsivos. Contudo, devido a questões de gestão interna verifica-se a presença de clientes com doença mental prolongada (exemplo: casos sociais que aguardam resposta e situação de doença mental prolongada que aguardam vaga nos serviços da instituição de longo internamento). A unidade de internamento apresenta 30 vagas, sendo uma unidade mista (pessoas dos géneros feminino e masculino). As pessoas são encaminhadas para este serviço através de referenciação pelos médicos psiquiatras assistentes que poderão ou não exercer funções na instituição, em caso de não exercerem funções na instituição é atribuído à pessoa um médico psiquiátrico responsável a exercer funções no serviço. Previamente, é realizada uma consulta de triagem clínica por um médico psiquiatra que será o médico de referência da pessoa internada.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros e assistentes operacionais em permanência no serviço 24 horas por dia. Para além disso, existe apoio por parte do serviço de psicologia, assistência médica com vários médicos psiquiatras que dão apoio à unidade, sendo cada um responsável por um grupo de clientes previamente estipulado à entrada da pessoa no serviço, e apoio por parte do médico assistente de clínica geral. Para estes serviços anteriores existe previamente um horário estipulado de visitas, mas em caso de necessidade poderá ser alterado. Existem outros serviços de apoio às pessoas internadas comuns a toda a instituição, como: terapia ocupacional, psicomotricidade, expressão plástica, artesanato, acompanhamento espiritual e projeto de psicologia, sendo a frequência da atividade de terapia ocupacional e psicomotricidade sujeita a prescrição médica ou pelo enfermeiro com o seu parecer positivo. Para as restantes atividades os clientes são questionados se querem ou não participar. A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros generalistas e uma EEESMP. No estágio aproveitei estes momentos estipulados para realizar algumas sessões em grupo que irei descrever forma sucinta no subcapítulo seguinte.

Relativamente à caracterização do serviço, inicialmente deparei-me com um serviço com menos de metade da lotação máxima ocupada. Encontravam-se internados 12 clientes, maioritariamente do género feminino, só um do género masculino, todos com idades superiores a 65 anos e com diagnóstico médico de demência. Gradualmente, as vagas foram

ocupadas, verificando-se que nas últimas três semanas de estágio a população do serviço era constituída 23 clientes com média de idade de 60 anos (idades que variavam entre 22 anos e 74 anos), em que 90,90% eram do género feminino e 9,09% do género masculino. No que se refere ao nível de escolaridade, 45,45% completou o ensino básico, 27,72%, o ensino secundário e 31,81%, o ensino superior (licenciatura). Relativamente ao diagnóstico médico psiquiátrico: 27,27% sofria de perturbação depressiva; 22,72%, de quadro demencial; 22,72%, de perturbação bipolar; 18,18%, de esquizofrenia; e 9,09%, de perturbação da ansiedade. Relativamente à caracterização de internamentos prévios em serviços de psiquiatria: cerca de 13,63% nunca tiveram um internamento; 36,36%, um internamento; e 50%, dois ou mais internamento, sendo que um dos elementos esteve internado compulsivamente. Relativamente à situação de emprego, 49,90% estão desempregados, sendo que desta percentagem: 22,22% tiveram atividade laboral anteriormente; 9,09% estão empregados, sendo que um cliente se encontra a gozar férias laborais e outro em regime de baixa médica, 40,90% está reformada.

### 2.2.2. Descrição das atividades realizadas e sua análise

Com a finalidade de atingir os objetivos definidos para o estágio no contexto de internamento e desenvolver as competências do EEESMP, orientei e colaborei em várias atividades.

Nas primeiras semanas, gradualmente fui identificando as necessidades do serviço e dos clientes internados, procurando entender qual poderia ser o meu contributo para o mesmo enquanto Estudante Especialista em ESMP. Para isso, contei com o contributo e apoio da enfermeira orientadora e dos restantes elementos da equipa. Após esta discussão, foram definidas intervenções passíveis de serem aplicadas tendo em conta a duração do estágio e o percurso pessoal, e acima de tudo as intervenções mais benéficas a ser desenvolvidas para os clientes. Estas intervenções do campo de atuação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tiveram por base os pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman.

Neste sentido, desenvolveram-se várias **intervenções de âmbito psicoterapêutico**, sob orientação e supervisão da enfermeira orientadora. Foram realizadas várias dinâmicas de grupo (Apêndice IX), designadas “As emoções”, “Como eu sou”, “Comentários de Provérbios”, “Identificação através dos objetos” e “Dia dos Afetos”, com o intuito de, em primeiro lugar, promover a interação social e a comunicação entre clientes, a expressão de sentimentos e emoções, a compreensão e aceitação de si próprio e dos outros e fortalecimento de relações terapêuticas. Após a análise destas dinâmicas em grupo, constatei que os clientes obtiveram ganhos em saúde na forma de partilha de sentimentos, preocupações e emoções, refletiram acerca dos obstáculos da vida, assim como sobre as estratégias de mudança a implementar, desenvolveram o processo de interação e socialização e de capacidades de atenção e concentração, assim como promoveram a compreensão e aceitação de si próprios como

seres únicos e individuais. Os objetivos terapêuticos definidos para a realização das dinâmicas de grupo foram atingidos com sucesso, na medida em que os clientes escolhidos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, mas também pelo facto de estabelecerem com o enfermeiro uma sólida relação terapêutica.

Verifiquei ainda, que os clientes se consciencializam acerca das suas características pessoais, ou seja, “busca-se que o sujeito se veja, e se reveja através de outras formas de expressão, que veja a si e aos outros usando formas de diálogo que não o falado” (Ferraz, 2009, p.24).

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar o “**passeio terapêutico**” com os clientes internados, com a autorização prévia da equipa de enfermagem. Com esta atividade pretendi prevenir o isolamento dos clientes ao incentivar a interação social, promover o exercício físico e incentivar a comunicação e expressão de emoções e sentimentos. Esta atividade proporcionou um momento mais descontraído que favorece a relação de confiança entre cliente/enfermeiro, promovendo a escuta das suas dificuldades expressadas, a observação do comportamento em grupo e a compreensão da linguagem verbal e não verbal e os seus significados.

Com o intuito de desenvolver as minhas capacidades/competências de avaliação sistemática da pessoa, recorri ao **estudo de caso**. O estudo de caso é uma forma de organizar informações detalhadamente, mantendo o carácter único do objeto em estudo, ou seja, o caso. Este último poderá ser um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação (Yin, 1994 citado por Coutinho & Chaves, 2002).

Neste sentido, pode considerar-se o estudo de caso como uma escolha metodológica que inclui o estudo pormenorizado de um caso, no seu contexto natural, com recurso a diversos métodos de recolha, análise e interpretação de informação com base em métodos qualitativos, tais como, observação participante, pesquisa etnográfica, práticas interpretativas, entre outras. Assim, o estudo de caso que irei descrever resumidamente visa compreender a pessoa em estudo em toda a sua unicidade, através da visão holística da mesma. Aborda a situação clínica da cliente E., género feminino, de 68 anos de idade, casada e com um filho adulto. Trabalhou toda a vida como empregada doméstica, estando atualmente reformada. Esta cliente deu entrada no serviço devido a uma recaída depressiva com ansiedade, que apresentava há vários meses.

A intervenção teve por base a avaliação global do estado de saúde da cliente, com recurso à realização de entrevistas, observação da sua dinâmica no serviço, ao contato com os outros clientes e profissionais de saúde, à consulta de informação no processo clínico hospitalar, avaliação do estado mental, ao exame físico e à avaliação psicossocial. Os diagnósticos identificados foram: humor depressivo, autoestima comprometida, ansiedade moderada, comportamento interativo comprometido. Os resultados das intervenções foram

avaliados com base nos indicadores NOC, destacando-se que: a Sr.<sup>a</sup> E. verbalizou que “sintome melhor comigo própria. Sou uma pessoa com as outras, não menos, nem mais” (sic); referiu que começa a sentir-se cada vez menos triste, nomeadamente “as atividades que faço aqui, ocupam-me a cabeça e não penso em coisas tristes” (sic); disse que sentiu redução da ansiedade no decurso do internamento; verificando-se um gradual aumento da interação social, demonstrando na participação da Sr.<sup>a</sup> E. nas atividades desenvolvidas na unidade e na interação com as pessoas internadas.

Ao longo do internamento a Sr.<sup>a</sup> E. participou autonomamente nas atividades programadas da clínica e moderadas pela estudante especialista em ESMP. Para além disso, foram realizados vários momentos de entrevista de ajuda informal. Durante o internamento da Sr.<sup>a</sup> E verifiquei uma evolução gradual positiva no seu estado de saúde, na medida em que foi visível a sua esperança na recuperação, reconhecendo as suas qualidades pessoais e os seus obstáculos, e estabelecendo objetivos para o seu futuro.

A identificação de um dos diagnósticos (Ansiedade moderada) foi de encontro ao planeamento do meu projeto de estágio, com a qual realizei um conjunto de cinco sessões individuais de relaxamento progressivo segundo método de Jakobson. Em seguida, será apresentada a análise da sua eficácia através dos respetivos resultados NOC e avaliação de satisfação. Neste sentido, apresenta-se na tabela 14 a categorização da ansiedade para a cliente, de acordo com os resultados NOC para o “Nível de ansiedade”, antes e depois das sessões de relaxamento.

**Tabela 14.** Evolução dos resultados NOC para o Nível de Ansiedade (Internamento)

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

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

Analisando os resultados NOC para o nível de ansiedade, verifica-se uma melhoria generalizada relativamente a todos os componentes da escala: sintomas de ansiedade psicomotora (itens 1 a 10), somática (14 a 16) e componente de resolução de problemas (14 a 16). A cliente E. referiu melhorias significativas ao nível da ansiedade após a realização das

sessões, no entanto, mantém alguns níveis de ansiedade moderada, relacionada, essencialmente, com a componente de introspeção, preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida, indecisão, desconforto e dificuldades de aprendizagem, conforme refere, a preocupação em “ter alta e depois voltar a piorar” (sic).

Para completar a avaliação da cliente, recorreu-se à apreciação dos resultados NOC para o autocontrolo da ansiedade (Tabela 15). Após a implementação das intervenções, apurou-se que a cliente E. demonstra frequentemente capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, identificando as causas que lhe causem ansiedade.

**Tabela 15.** Evolução dos resultados NOC para o Autocontrolo da Ansiedade (Internamento)

Indicador	Cliente E.	
	Antes das sessões de relaxamento	Depois das cinco sessões de relaxamento
1. Monitorização dos episódios	3	4
2. Monitorização da duração do tempo entre episódios	3	4
3. Monitorização das manifestações comportamentais	3	4
4. Monitorização das manifestações físicas	3	4
5. Monitorização da intensidade da ansiedade	3	4
6. Manutenção das relações sociais	3	4
7. Controlo da reação à ansiedade	3	4
8. Eliminação dos precursores da ansiedade	3	4
9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	3	4

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

Estes resultados reforçam as conclusões obtidas pelos resultados NOC de nível de ansiedade, após realizadas as intervenções de enfermagem.

Com o objetivo de corroborar os resultados obtidos anteriormente, relativamente à eficácia das sessões de relaxamento nos níveis de ansiedade, foram avaliados os sinais vitais da cliente (PAS, PAD, FC e FR), antes e após cada sessão de relaxamento (Tabela 16), e posteriormente realizada a seguinte análise estatística dos sinais vitais da cliente E., antes e depois das cinco sessões de relaxamento, que envolveu medidas de estatística descritiva (médias, respetivos desvios-padrão e taxa de variação) e estatística inferencial (Tabela 17).

**Tabela 16.** Valores dos sinais vitais da cliente E. e taxa de variação antes e após cada sessão de relaxamento (Internamento)

	PAS			PAD			FC			FR		
	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)	Antes	Depois	$\Delta V$ (%)
<b>1ª sessão</b>	123	115	6,5	76	63	17,1	93	81	12,9	18	16	11,1
<b>2ª sessão</b>	122	112	8,2	76	60	21,1	85	75	11,8	17	15	11,8
<b>3ª sessão</b>	120	111	7,5	58	55	5,2	76	65	14,5	16	14	12,5
<b>4ª sessão</b>	120	109	9,2	54	53	1,9	63	62	1,6	15	13	13,3
<b>5ª sessão</b>	119	101	15,1	53	52	1,9	60	59	1,7	15	13	13,3

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica PAD – Pressão Arterial Diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória;  $\Delta V$  (%) – Taxa Variação. = (Valor inicial – Valor final) / Valor inicial x 100

**Tabela 17.** Evolução dos sinais vitais da cliente E., antes e depois das sessões de relaxamento (Internamento)

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b>PAS</b>	120,8	1,64	109,6	5,27	<b>0,001600**</b>
<b>PAD</b>	62,8	11,65	57,2	4,72	<b>0,050387*</b>
<b>FC</b>	75,4	14,08	68,4	9,26	<b>0,023600*</b>
<b>FR</b>	16,2	1,30	14,2	1,30	<b>0,020800*</b>

**Legenda:** PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$ ; M – Média; DP – Desvio-padrão.

Pode-se constatar em todos os sinais vitais (**PAS, PAD, FC e FR**) uma diminuição dos valores (Tabela 16), corroborando que as sessões de relaxamento tiveram um efeito efetivo na diminuição da ansiedade da cliente. Este facto é atestado pelos valores das taxas de variação, sendo que as diferenças dos valores dos sinais vitais foram mais visíveis à medida que as sessões decorreram. As diferenças entre os valores antes e depois das sessões de relaxamento são estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ), com a cliente E. a registar valores de sinais vitais mais baixos no final das sessões (Tabela 17).

Indo de encontro ao projeto de estágio, foi identificada a necessidade de elaboração de um **folheto informativo** como forma de promoção da saúde mental, subordinado ao tema “**Higiene do sono**”, que foi validado pela Enfermeira orientadora e entregue aos clientes (Apêndice X).

Outra necessidade identificada foi a promoção da adesão ao regime terapêutico. Desta forma, foi realizada na oitava semana de estágio, uma **sessão psicoeducativa** sobre a “Adesão ao Regime Terapêutico”, com a finalidade de transmitir conhecimentos acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, dos fatores que influenciam o abandono da medicação e da forma correta como a medicação deve ser administrada.

No contexto comunitário, foram aplicados os resultados NOC para o nível de conhecimento e aplicação de questionários formais de avaliação/ satisfação. Mas devido ao grande número de participantes (17 elementos), à especificidade do grupo que incluía pessoas com idade cronológica avançada (média de idade de 60 anos) e à percentagem que apresentam quadro demenciais em desenvolvimento decidi elaborar uma pequena apreciação global informal sobre a sessão. Na sua globalidade o grupo de participantes mostraram-se interessados, participativos, cooperantes e com comportamento adequado. No decorrer da sessão denotaram-se sentimentos ambivalentes nos clientes, sendo que uns referiam que “não necessito de medicação porque não estou doente” (sic) e outros mencionavam que “a medicação faz-me viver cada dia com maior qualidade de vida e bem-estar, sentindo-me estável dentro das minhas próprias limitações” (sic). Outros clientes afirmam que não tomam a medicação por “esquecimento” e outro cliente referiu não tomar a medicação por causa dos efeitos secundários “sinto-me lento e com muito sono”. Um cliente em específico, partilhou com os restantes elementos do grupo a sua experiência pessoal

relativamente à gestão do regime terapêutico que sensibilizou a maior parte dos restantes participantes. Este testemunho permitiu promover a partilha de experiências pessoais e sensibilizar para a adesão ao regime terapêutico.

No final foram disponibilizados aos clientes um folheto informativo acerca da temática abordada, de modo que os clientes tivessem sempre disponível informação adequada às suas necessidades e ao esclarecimento das suas dúvidas (Apêndice X).

## **2.3. Análise Reflexiva sobre as Competências Desenvolvidas**

Numa sociedade em permanente processo de mudança, em que as pessoas são cada vez mais bem formadas e mais exigentes para com os diversos setores da sociedade, torna-se essencial que os cuidados de enfermagem “assumam hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (OE, 2019, p. 4744).

Acompanhando esta exigência, a enfermagem tem evoluído no sentido de formar enfermeiros cada vez mais especializados, surgindo o profissional Enfermeiro Especialista, com qualificações profissionais distintas do Enfermeiro. Os Enfermeiros Especialistas detêm um combinado de competências especializadas que “decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns (...) e em competências específicas” (OE, 2019, p. 4745). Cumulativamente, a estes profissionais pode ser atribuído o grau de mestre, já que de acordo com o artigo 15º, ponto 2, do Decreto-Lei n.º 65/2018, “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Ministério da Educação e Ciência [MEC], 2018, p. 4162).

Neste capítulo, pretende-se demonstrar a forma como as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEESMP, assim como as competências de mestre foram adquiridas neste percurso iniciado desde a admissão no curso, passando pelos estágios nos diferentes contextos e continuando pelo percurso enquanto profissional de enfermagem.

### **2.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Considera-se como competências comuns de Enfermeiro Especialista aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, como também, “através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745). Essas competências traduzem-se em quatro domínios distintos: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens.

As competências do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** obrigam por parte do enfermeiro ao desenvolvimento de uma prática profissional responsável, ética e legal, na área da especialidade, recorrendo a aptidões de tomada de decisão ética e deontológica na avaliação sistemática das melhores práticas, e de acordo com preferências da pessoa cuidada. Neste sentido, no âmbito do estágio de especialização em ESMP, em ambos os contextos (comunitário e internamento), procurei desenvolver uma prática profissional responsável, efetuando o processo de tomada de decisão, tendo em consideração a responsabilidade ética, deontológica e legal em diversas situações que foram surgindo, implementando intervenções suportadas em valores, princípios e normas deontológicas e promovendo a proteção dos direitos humanos e a gestão de práticas de cuidados que visaram o respeito pela privacidade, segurança e dignidade das pessoas acompanhadas. Tive o cuidado de obter o consentimento informado em todas as intervenções que implementei (exemplo: psicoterapêuticas, psicoeducativas...), tendo em conta os princípios éticos, deontológicos e legais, e informando e esclarecendo as dúvidas dos clientes em relação às mesmas. Neste sentido, esforcei-me por estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, de modo a esclarecer aos clientes as intervenções que pretendia realizar, os seus riscos e benefícios. Por conseguinte, neste percurso nunca houve desrespeito pelas crenças, valores, práticas ou costumes individuais da pessoa com doença mental, tendo sido reconhecidos e aceites os seus direitos, com base na sensibilidade, na consciência e no respeito pela mesma. As intervenções terapêuticas realizadas tiveram como objetivo a promoção da saúde e prevenção da doença com a manutenção de um ambiente seguro, diligenciando o bem-estar da pessoa e o aumento da literacia. Todas as atividades desenvolvidas tiveram sempre em consideração o grupo de pessoas ou a pessoa individual presente, adaptando-se as mesmas às suas capacidades de compreensão. Procurarei sempre “advogar” pelo melhor interesse do cliente e da sua família, pela sua autonomia, autodeterminação, dignidade e privacidade, procurando colaborar no seu tratamento, promovendo a reabilitação e reinserção na comunidade, refletindo ao longo de todo este percurso na minha intervenção e de como a poderia melhorar.

Relativamente ao domínio da **melhoria contínua da qualidade** e conseqüentemente à procura pela qualidade dos cuidados prestados, em contexto de saúde mental e psiquiátrica, considero que tem um papel de destaque, uma vez que a prática profissional deve incorporar continuamente as mais recentes evidências de investigação, tendo em consideração os manuais de boas práticas (se existentes), os resultados de investigação, a perícia clínica, o cliente e as suas escolhas, sempre que possível. A fidedignidade dos registos de enfermagem foi assegurada efetuando os mesmos no processo individual de cada pessoa, com o intuito da manutenção da confidencialidade da informação e continuidade de cuidados. A participação nas reuniões de equipa e na passagem de turno proporcionou a discussão das rotinas dos serviços, debatendo os diferentes casos assim como o recurso frequente às

enfermeiras orientadoras, enfermeiros do serviço e diversos técnicos presentes para validação das intervenções delineadas e executadas, e o esclarecimento de dúvidas, facilitaram o planeamento de intervenções adequadas e adaptadas às necessidades identificadas. Estas funcionalidades permitiram-me participar ativamente no processo de tomada de decisão dentro da equipa multidisciplinar. Para mais, os juízos clínicos tomados foram sempre fundamentados no conhecimento científico da área de intervenção e na experiência da equipa multidisciplinar. Resumindo, a melhoria da qualidade foi sobretudo desenvolvida com a implementação de intervenções que asseguram um ambiente terapêutico seguro para a pessoa cuidada, manifestando disponibilidade para ajudá-la no seu processo de recuperação e reabilitação.

No domínio da **gestão dos cuidados**, integrei-me na equipa multidisciplinar, no papel de estudante especialista em ESMP, colaborando dentro das limitações desta função, não ultrapassando a área de competência, identificando e respeitando a relevância das diferentes especificidades das outras categorias profissionais, e promovendo um bom ambiente de trabalho na equipa multidisciplinar. Colaborei com ideias de melhoria quer dos serviços, como das necessidades dos clientes, respeitando a opinião dos outros, aceitando críticas construtivas e adequando os meus comportamentos. Neste domínio, o trabalho de equipa é essencial, pela tipologia de continuidade de cuidados, em que a partilha de informação relevante e pertinente com o resto da equipa, isenta de juízos de valor, surge como uma responsabilidade na gestão dos cuidados ao cliente e/ou grupo.

O domínio do **desenvolvimento das aprendizagens**, que salienta o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, assim como uma praxis especializada em evidência científica, foi o que mais promoveu o meu crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal. Relativamente a este domínio, irei aprofundá-lo nas competências específicas, porém importa referir que o autoconhecimento possibilitou a identificação de características pessoais que poderiam influenciar a relação terapêutica, assim como a consciencialização de limites individuais e a influência desses acontecimentos na relação com os clientes e a equipa multidisciplinar. A pressão sentida em algumas situações foi gerida por forma a não influenciar desfavoravelmente a execução dos cuidados e intervenções, nem a relação terapêutica, respondendo assertivamente a quem prestei cuidados. Desta forma, compreende-se a importância que o autoconhecimento tem como ferramenta que promove a relação de ajuda, permitindo identificar as vulnerabilidades pessoais e os próprios limites, sendo que o seu desenvolvimento exige maturidade e disponibilidade, e, como tal, será um aspeto a ser trabalhado continuamente. A avaliação das necessidades efetuadas fundamentou-se no conhecimento oriundo da evidência mais atual, recorrendo a instrumentos de colheita de dados oportunos, como os resultados NOC na determinação dos diagnósticos, linguagem CIPE na definição dos mesmos e na elaboração dos registos.

### 2.3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A ESMP centra-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p. 21427). Assim, o EEESMP é um profissional capaz de mobilizar um grupo de conhecimentos científicos, técnicos e humanos específicos, que se demonstram no seu julgamento clínico e na tomada de decisão singular, e que se traduz num conjunto de competências especializadas: psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018). Assim, o processo de especialização pretende-se potenciador do desenvolvimento destas competências, embora a experiência profissional posterior seja naturalmente necessária para o seu aprofundamento e aperfeiçoamento contínuo. Seguidamente, são apresentadas cada uma dessas competências e a forma como foram desenvolvidas e alcançadas ao longo deste percurso:

A **1ª competência** - “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428), considero tê-la desenvolvido ao longo do percurso de estágio e em ambos os contextos, aprofundadamente e incluindo vários domínios de conhecimento sobre mim enquanto pessoa e profissional. De acordo com Peplau (1990), cada enfermeiro tem a obrigação de procurar conhecer-se pois é esse estado de conhecimento que demarca a compreensão que o mesmo pode atingir do outro e dos problemas que influenciam o seu funcionamento. Do mesmo modo Chalifour (2008) refere que as pessoas, quer sejam clientes ou profissionais de saúde, possuem processos psicológicos que afetam os seus comportamentos, acrescentando que a reflexão, como forma de autoquestionamento, é fundamental para tornar estes processos mentais mais conscientes, e conseqüentemente mais controláveis.

Esta competência foi desenvolvida através da partilha e validação com as enfermeiras orientadoras, a equipa de enfermagem e equipas multidisciplinares, dos meus sentimentos, atitudes e comportamentos, e da elaboração de reflexões diárias do que ocorreu durante os dias de estágio, e de trabalhos escritos, como reflexões críticas e registos de interação em ambos os contextos. Com isto, pretendi analisar as situações vivenciadas mais particularmente, procurando nomear sentimentos e pensamentos implicados, identificando o seu impacto no outro de quem cuido. Já Benner (2001) refere que a reflexão sobre as situações vividas e a sua interpretação conduzem à descoberta de novas competências e conhecimentos, assim como à identificação de barreiras na implementação de boas práticas.

Permitir-me realizar reflexões aprofundadas não foi um processo fácil, porém potencializador de mudanças internas, com reconhecimento de novas características sobre

mim, até desconhecidas, e realçando algumas antigas (timidez e dificuldade de adaptação) sobre as quais tinha noção, mas que foram mais evidenciadas nesta aprendizagem. Contudo, reconheço que, por me ter predisposto a este processo, hoje em dia sou uma enfermeira com mais capacidades e competências para cuidar, ao reconhecer/ aceitar com mais transparência a pessoa que sou.

Foi possível identificar alguns processos de transferência e contratransferência, sobretudo em contexto de internamento em que o meu discernimento foi toldado por pensamentos sobre a forma como os clientes expressavam o seu sofrimento (“outra vez”, “que quer desta vez”, “o que quer que responda a isto”), havendo necessidade constante de trabalhar as minhas atitudes, comportamentos e comunicação verbal e não verbal.

Ao longo deste percurso questioneei-me várias vezes sobre a forma como me posiciono no cuidado ao outro, sobre as minhas crenças e preconceitos, as minhas características positivas e negativas e as minhas dificuldades; olhando mais atentamente para o meu interior. Esta competência está em permanente construção, mas foi essencial para o meu percurso como futura EEESMP, já que me permitiu aprofundar a autoconsciência, o autoconhecimento, identificando constantemente aspetos pessoais, sentimentos, pensamentos, atitudes e comportamentos envolvidos nas diversas situações de cuidado.

Já a **2ª competência** – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018, p. 21428), foi desenvolvida através da consulta do processo clínico de cada cliente, e de entrevistas de acolhimento e seguimento, realizadas com o objetivo de conhecer a pessoa de forma mais completa: a sua patologia, a situação individual e familiar, assim como, as suas necessidades particulares. A participação no grupo de famílias no contexto comunitário e em reuniões familiares em ambos os contextos, foi proveitosa por possibilitar conhecer em pormenor, o contexto familiar e social onde a pessoa está integrada. A família está inerentemente envolvida no processo saúde/doença e conseqüentemente na estabilização e desenvolvimento da pessoa, representando uma importante fonte de suporte à pessoa doente, pelo que foi fundamental integrá-la no processo de cuidados, tanto em contexto de internamento como de ambulatório.

Neste processo, foram desenvolvidas capacidades de observação e análise pertinentes para a compreensão do estado de saúde mental dos clientes. Em ambos os contextos foram elaborados estudos de caso, que permitiram a análise e avaliação mais detalhada dos seus problemas, identificando as suas necessidades de cuidados, por forma a elaborar e implementar um plano de cuidados mais personalizado e individualizado. Também, teve como intuito a continuidade de cuidados e a potencialização das intervenções individuais, através da inclusão dos clientes no programa psicoterapêutico e psicoeducativo de intervenção na diminuição da ansiedade na pessoa com doença mental. O acompanhamento individual destes clientes permitiu compreender de que forma a ansiedade influencia as pessoas com doença mental e as suas famílias, em todas as suas componentes, conduzindo

ao desenvolvimento de competências de campo de ação de planejamento de cuidados centrados na pessoa. Neste sentido, considero que simultaneamente foram desenvolvidas as componentes da **3ª competência** - “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), identificando as necessidades de intervenção especializada, de forma a planejar, implementar e avaliar os cuidados personalizados e individualizados, em concordância com as necessidades identificadas, preferências, vontades de cada cliente e da sua família, na gestão da ansiedade e outros diagnósticos identificados. Procurei com a minha intervenção preservar a dignidade da pessoa com doença mental, e promover a sua funcionalidade com vista a uma melhoria da qualidade de vida de cada cliente e da sua família.

A **4ª competência**, “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p. 21430), foi desenvolvida através da implementação do projeto de estágio. Foram efetuadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais, com o intuito de visar a consciencialização em relação aos sinais e sintomas de ansiedade, identificar fatores potencializadores de ansiedade, e desenvolver estratégias de autocontrolo da mesma. Isto decorreu do investimento teórico no aprofundamento de conhecimentos nessa área, através de pesquisas bibliográficas em bases de dados, com informação baseada na evidência científica mais recente, permitindo o planeamento de atividades e a implementação de cuidados especializados. As atividades também foram planeadas tendo em conta as necessidades das pessoas, do grupo e dos serviços, sendo adaptadas a estas três realidades. Foram, ainda, identificadas oportunidades e estratégias de melhoria, bem como estabelecidas prioridades para o desenvolvimento de outras dinâmicas, quer a nível individual como em grupo.

O reconhecimento e validação pela equipa e pelo cliente foi fundamental e gratificante, tanto na valorização do meu trabalho e desempenho, assim como no reconhecimento das minhas competências, mas sobretudo na melhoria no estado de saúde da pessoa com doença mental.

### 2.3.3. Competências de Mestre

Prevê-se que o estudante ao frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em complementaridade à aquisição do conjunto de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESMP, anteriormente apresentadas, adquira igualmente as competências de Mestre que estão descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, capítulo III e artigo 15º (MEC, 2018, p. 4162), traduzindo-se no domínio da Competências de auto aprendizagem, Conhecimento e capacidade de compreensão, Realização de Julgamento/tomada de decisões, Aplicação de conhecimentos e compreensão e Comunicação.

Os conhecimentos adquiridos no âmbito das Unidades Curriculares (Enfermagem Avançada, Investigação, Supervisão) desempenharam um papel essencial no desenvolvimento destas competências, uma vez que os conteúdos programáticos abordados são parte integrante de um vasto leque de ciências e disciplinas de interesse de caráter teórico e teórico-prático, que me capacitou para a prestação de cuidados de qualidade em ESMP. Neste sentido, foi aquando da realização do estágio supracitado, que ocorreu a mobilização dos conhecimentos adquiridos até então, que suportaram a aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e igualmente as competências de Mestre em análise. Contudo, no sentido de aprofundar conhecimentos, esclarecer dúvidas, planear as intervenções e realizar uma prática baseada na evidência, houve uma necessidade permanente de pesquisar artigos e autores de referência na área de saúde mental.

Graças à revisão exploratória individual e a uma revisão integrativa da literatura em grupo, foram desenvolvidas competências de investigação para responder à questão de partida: Quais as intervenções especializadas para redução da ansiedade na pessoa com doença mental?. As mesmas decorreram em bases de dados credenciadas na área e seguindo as *guidelines* PRISMA, de forma a assegurar o rigor da sua realização.

Ao longo do estágio, o desenvolvimento de aprendizagens pessoais também foi efetuado através da frequência de congressos e formações, que possibilitaram adquirir e aprofundar conhecimentos na área da saúde mental e psiquiátrica (Anexo IV).

Este percurso de estágio que conduziu ao desenvolvimento das competências acima identificadas, foi um desafio constante, riquíssimo e vivenciado com grande intensidade, completando-me como pessoa e como profissional, mantendo em mim uma grande satisfação por ter chegado até esta etapa.

Considerando a análise global do percurso de estágio e a avaliação das competências preconizadas para o EEESMP (comuns, específicas e de mestre), considero que desenvolvi um percurso positivo, ainda que este constitua apenas um bom ponto de partida para um futuro aprofundamento contínuo das competências analisadas.

### **3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS/ DEONTOLÓGICAS E LIMITAÇÕES DO TRABALHO**

O avanço científico e tecnológico em determinadas áreas, como as ciências da saúde, ciências da vida e tecnologias associadas, proporcionou o aparecimento de questões no campo da bioética. Assim, princípios éticos se levantam no contexto de cuidados de saúde, como a vulnerabilidade, autonomia, beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Desta forma, a enfermagem é autorregulada pelo Decreto-lei 161/1996 (1996) e pelo Código deontológico (OE, 2015b) estipulado pela Lei nº 156/2015, que obriga o enfermeiro à responsabilidade profissional de agir no respeito pelos princípios orientadores da sua prática, e na defesa dos direitos fundamentais da pessoa humana tendo em conta os princípios éticos descritos anteriormente.

Por conseguinte, durante a implementação do projeto de estágio e prestação de cuidados especializados tive em consideração esses mesmos princípios éticos. Como tal, o projeto de estágio foi apresentado e discutido em ambos os contextos de estágio, com as enfermeiras orientadoras e respetiva equipa de enfermagem e equipas multidisciplinares. Foi dada a liberdade a cada cliente de consentir ou não, participar nas atividades/intervenções propostas, em que o pedido de consentimento foi sempre precedido de esclarecimentos sobre os objetivos das mesmas e de diálogo suficiente, com a finalidade de se sentir livre para aceitar ou recusar participar nas atividades e compreender que a decisão era sua. Respeitando a confidencialidade e privacidade de todos os clientes, foi garantido o sigilo da informação sobre os mesmos, partilhando informação pertinente só com os profissionais implícitos no processo terapêutico, e as suas identidades protegidas em todos os trabalhos académicos realizados. Ao longo deste relatório, os nomes e iniciais apresentadas são meramente fictícios, por forma a proteger a identidade das pessoas com doença mental a quem foram prestados cuidados. Estes princípios orientaram a minha prestação no estágio, com o intuito de garantir que os direitos e desejos dos clientes eram respeitados e atendidos, e, conseqüentemente, assegurar o seu bem-estar, aumentar a sua autonomia de forma a desenvolver o seu potencial máximo.

Não obstante, os programas de intervenção para a redução da ansiedade na pessoa com doença mental apresentarem benefícios comprovados pela evidência, e a aplicação do projeto ter sido bem-sucedida, foram encontradas algumas limitações no trabalho desenvolvido: a limitação temporal, delimitou o número de sessões realizadas a apenas cinco; e a falta de assiduidade de alguns clientes, pode também ter influenciado, de alguma forma, os resultados obtidos. O facto de no presente projeto ter sido possível avaliar os resultados após intervenção e não a longo prazo, limitou também os resultados alcançados, no sentido em apenas se avaliou os benefícios imediatos e a curto prazo.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalva-se que a elaboração deste relatório possibilitou a demonstração de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, nomeadamente a forma como as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em ESMP e as competências de mestre foram adquiridas.

Por conseguinte, a reflexão sobre as competências acima descritas foi um momento de aprendizagem e de autoavaliação, onde foi possível concretizar uma síntese das semanas que decorreram em ambos os contextos de estágio, de todas as atividades desenvolvidas e do modo como estas foram fundamentadas e experienciadas. Neste sentido, foi construindo a minha própria identidade como futura enfermeira especialista, com o apoio de quem esteve ao meu lado neste percurso e partilhou comigo o seu conhecimento, nomeadamente as enfermeiras orientadoras, o professor orientador e outros elementos. Senti algumas dificuldades na elaboração deste relatório, devido à complexidade em resumir todo o trabalho desenvolvido e as temáticas que direta e indiretamente foram abordadas.

A ansiedade foi um aspeto trabalhado durante todo este percurso, constatando que o enfermeiro especialista é um profissional capaz e munido de competências, devendo ter um papel ativo na assistência à pessoa com doença mental e ansiedade presente, no sentido de identificar, planear, implementar e avaliar os resultados e assim contribuir para uma diminuição dos seus níveis.

Desta forma, atendendo à questão dada a conhecer na introdução deste relatório “Quais as intervenções especializadas para redução da ansiedade na pessoa com doença mental?”, pode-se constatar que a implementação do projeto durante o estágio teve um impacto comprovado na diminuição dos níveis de ansiedade e gestão da mesma nos participantes. Indício disso, foram os resultados obtidos pela avaliação dos respetivos resultados NOC (nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade) e análise estatísticas da variação dos sinais vitais (PAS, PAD, FC, FR). Esta análise estatística foi um exercício de treino à procura de indicadores de avaliação, tendo consciência que a amostra é tão pequena que temos conhecimento que tem pouco valor estatístico.

Além da temática da ansiedade presente como diagnóstico principal nesta caminhada, outros diagnósticos foram identificados e trabalhados com os clientes, através de intervenções individualizadas e em grupo, as primeiras, mais em contexto de internamento, e as últimas, em contexto comunitário e internamento.

O facto da minha área de prática não ser a área da saúde mental e psiquiátrica foi um desafio desde o início do meu percurso, mas com o decorrer do tempo fui aprendendo a gostar de trabalhar nesta área de cuidados, principalmente no segundo contexto de estágio (internamento), já que trabalhar em contexto comunitário proporcionou-me o desenvolvimento de capacidades e competências comunicacionais e de trabalho em grupo, que facilmente consegui transpor para o contexto de internamento. Estes são aspetos a que não estou

habituada no meu local de trabalho, uma vez que trabalho como enfermeira numa área longínqua da psiquiatria e num contexto tão específico de atendimento ao dador de sangue, onde dedicamos pouco tempo aos mesmos, e impera a pressa e correria em atender o máximo número possível de pessoas num curto espaço de tempo. Tenho que agradecer aos clientes por me darem uma grande lição de vida ao demonstrarem a importância da pessoa ao invés de qualquer rótulo, preconceito ou medo; estando, agora, mais sensível e consciente às alterações de quem passa por nós diariamente, enfermeiros.

Procurei apropriar-me de conhecimentos obtidos no decurso da minha vida profissional, em contexto académico e na evidência científica mais recente disponível. Além da prestação de cuidados, esteve sempre presente a prática reflexiva, através da realização de reflexões e preparação de diários de interação escritos sobre situações mais significantes de cuidados. Portanto, a minha capacidade de adaptação foi melhorando com o passar do tempo e a confiança aumentou, proporcionalmente a minha prestação foi crescente no que respeita às intervenções ao cliente, nas minhas competências científicas, técnicas e relacionais.

Considero que correspondo às expectativas por mim delineadas, dos clientes com quem estabeleci uma relação terapêutica, e dos profissionais, e apesar de ter sentido algumas dificuldades em gerir os papéis e tempo de estudante e pessoal, com a compreensão e ajuda de todos, foi alcançado o objetivo principal deste processo de aprendizagem, traduzindo-se em competências com apreciação pessoal e maior capacitação para prestar melhores cuidados em saúde. Para além disso, ao longo do desenvolvimento das minhas intervenções, mantive uma postura profissional intrínseca ao papel de estudante, com humildade e abertura a novos desafios, estratégias, críticas e sugestões.

Em retrospectiva, sobre o percurso realizado até momento, posso afirmar que constitui o maior desafio experienciado ao longo do meu percurso pessoal e profissional até então. Motivada pelo desejo de aumentar a aquisição de novos conhecimentos e competências numa área de Enfermagem diferenciada daquela em que exerço funções atualmente, mas simultaneamente essencial em todos os contextos de prática profissional e prestação de cuidados, ingressei neste desafio, que se revelou ainda mais impressionante do que o expectável. A vivência de experiências significativas ao longo deste percurso foi determinante na promoção do autoconhecimento e da capacidade de resiliência, em direção ascendente ao crescimento profissional e à definição de objetivos futuros, no âmbito da minha formação e dos desafios profissionais a abraçar.

Enquanto futura enfermeira especialista pretendo continuar a impulsionar a prática de uma especialidade de excelência no seio da enfermagem, estimulando a capacidade reflexiva dos pares, enquanto elemento de referência tanto para a equipa de enfermagem como multidisciplinar, contribuindo para a saúde mental de todos.

Em suma, as intervenções realizadas ao longo do estágio, permitiram-me adquirir e desenvolver competências para reduzir o nível de ansiedade na pessoa com doença mental, através da dinamização de sessões em grupo e individuais: de relaxamento, psicoeducativas e de âmbito psicoterapêutico, possibilitando compreender melhor a forma como estas intervenções favoreceram o estabelecimento de uma relação terapêutica, atingindo os objetivos inicialmente traçados. As mesmas proporcionaram, aos participantes/clientes, o aumento de bem-estar e redução do nível de ansiedade, assim como, a aquisição de informação sobre a sua doença, munindo-os de habilidades para lidar com situações geradoras de ansiedade, e por vezes, geraram momentos de tomada de consciência e reflexão sobre suas emoções/sentimentos. Assim, os resultados obtidos através das intervenções realizadas vão de encontro ao que a evidencia científica indica, sendo um indicador e um instrumento relevante para a efetividade das mesmas na prática clínica do EEESMP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. (2011). *Relatório de Mestrado para obtenção do Grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- 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.). Climepsi Editores.
- 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://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>.
- Batista, M. A., & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 6(2), 43-50. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167673142005000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142005000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 81–91. <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/67/49>.
- Brown, J. L. C., Eubanks, C., & Keating, A. (2016). Yoga, quality of life, anxiety, and trauma in low-income adults with mental illness: A mixed-methods study. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 308–330. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1220441>.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Maturana, S. L., Ramírez Pérez, M., & Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 2, 235-243.
- Casaleiro, T., Seabra, P., & Caladeira, S. (2017). Eficácia das intervenções de enfermagem na sobrecarga da família da pessoa com esquizofrenia: Revisão da Literatura. *Cuidarte Enfermagem*, 11(2), 287–292. <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017/2017v2/287.pdf>.

- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 145–146. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000100009>.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Lusodidacta.
- Chen, Y., Huang, X., Chien, C., & Cheng, J. (2016). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53, 329-336. <https://doi.org/10.1111/ppc.12184>.
- Choe, K., Sung, B. J., Kang Y., & Yoo S. Y. (2016). Impact of Psychoeducation on Knowledge of and Attitude Toward Medications in Clients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(2), 113-119. <https://doi.org/10.1111/ppc.12106>.
- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243.
- Cuevas-cancino, J. J., & Moreno-pérez, N. E. (2017). Psicoeducação: intervenção de enfermagem para o cuidado da família em seu papel de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>.
- Cutcliffe, J. R., & Santos, J. C. (2018). *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century A Person-Centred Evidence-Based Approach*. Springer.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental. DGS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. DGS.
- Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série, Anexo I (Nº 205 de 04-09-1996), 2959-2962.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (4ª ed.). Artmed.

- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 375–399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Tuttirév Editorial, Lda.
- 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*, XI (1), 15-24.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed.). Artmed Editora.
- Heitor, M. J. (2020). O Ano da Pandemia ou o Ano de Todas as Crises. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 96–97. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.178>.
- Herdman, T. H. (Ed.) (2012). *Diagnosticos de Enfermagem da Nanda: Definições & Classificação, 2012-2014*. Artmed.
- Ingleby, D. (1982). A Construção Social da Doença Mental. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 9, 89-113.
- International Council of Nurse.[ICN] (2019). *International Classification for Nursing Practice: ICNP*. Versão 2019/2020.
- Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2016). *Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia*. [https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/RelatorioNOVA\\_PT20160406150225.pdf](https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT20160406150225.pdf).
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Artmed.
- Kim, H., & Kim, E. J. (2018). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>.
- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Yew, P. Y. S., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1043-1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.997191>.

- Kyrios, M., Ahern, C., Fassnacht, D. B., Nedeljkovic, M., Moulding, R., & Meyer, D. (2018). Therapist-assisted internet-based cognitive behavioral therapy versus progressive relaxation in obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(8), 1–18. <https://doi.org/10.2196/jmir.9566>.
- Lemes, C. B., & Ondere-Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Lemo, S. L., Brito, R. N., Serafim, S. C., Freitas, G. L. S., Lo, M. S. G., & Oliveira, M. L. B. (2013). *Psicoeducação relacionada ao transtorno bipolar como adjuvante à adesão ao tratamento farmacológico: Revisão de literatura*. V Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte, Brasil. <http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-vsemana/trabalhos/oral/EN0000000422.pdf>.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Formasau.
- Lu, S. M., Lin, M. F., & Chang, H. J. (2019). Progressive muscle relaxation for patients with chronic schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/ppc.12384>.
- Maffei, C., Gorges, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C. (2015). Using a film as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasiexperimental pre-post design. *BMC Psychiatry*, 15, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0481-2>.
- Maia, R. da S., Araújo, T. C. S. de, & Maia, E. M. C. (2018). Aplicação Da Psicoeducação Na Saúde: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(3). 53-63 <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20180020>.
- Matsuda, M., & Kohno, A. (2016). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition – Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008>.
- Matsuda, M., & Kohno, A. (2021). Development of a blended learning system for nurses to learn the basics of psychoeducation for patients with mental disorders. *BMC Nursing*, 20 (1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00677-1>.
- Melo, J. C. (2005). *As Faces do inconsciente – Perspectivas da psicanálise e da Grupanálise* (1ª ed.). Climepsi editores.

- 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.
- Moorhead, S., Maas, M., & Johnson, M. (2018). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (6ª ed.). Elsevier Health Sciences.
- Murillo, L. A., Follo, E., Smith, A., Balestrier, J., & Bevino, D. L. (2020). Evaluating the Effectiveness of Online Educational Modules and Interactive Workshops in Alleviating Symptoms of Mild to Moderate Depression: A Pilot Trial. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1177/2150132720971158>.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3ª ed.) Appleton & Lange.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Pearson.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2019). Saúde: Um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019. <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento nº 356/2015. Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*. II Serie (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] (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 da Saúde [OMS] (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion. Fact sheet nº 220*. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014). *Mental health: A state of well-being*. OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017) *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. OMS. [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021). *WHO MH atlas 2020*. OMS.
- Pastor, M. A., Tomás, M. A. C., & García, I. D. (2017). How can the application of the nursing process help to women with anxiety nursing diagnosis? *Enfermería Global*, 46, 398-405. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.259881>.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª ed.). Lusociência.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat Editores.
- Pimentel, M. E. P., & Siquara, G. M. (2017). A utilização da psicoeducação no tratamento de pacientes com transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(1), 43-54. [http://rbp.celq.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=220](http://rbp.celq.org.br/detalhe_artigo.asp?id=220).
- Ponce, C. C., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Santos, G. D. dos, Viola, L. F., Nunes, P. V., Forlenza, O. V., & Cachioni, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(3), 226-237.
- Punch, K. (1998). *Introduction to Social Research: Quantitative & Qualitative Approaches*. SAGE Publications.
- Read, H. (2001). *A educação pela arte*. Martins Fontes.
- Rebelo, S., & Carvalho, J. C. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Revista Presencia*, 10(20), 1-7. <http://www.index?f.com/presencia/n20/p10060.php>.
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros: Os Enfermeiros como beneficiários de cuidados*. Relatório não publicado. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Rother, T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

- 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>.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silveira, A. S., Siqueira, A. C., Oliveira, F. M., Nishio, E. A., & Nóbrega, M. P. S. S. (2013). Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática de enfermeira. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 29-32.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em Medicina – Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/1/089-098.pdf>.
- Vilar, T., Nogueira, M. J., Valentim, O., & Seabra, P. (2020). A psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 190-201. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0254>.

**ANEXOS**

**Anexo I - Resultados NOC para Nível de Ansiedade**

<b>Ansiedade</b>	<b>Definição:</b> 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.					
<b>Indicadores</b>	<b>Grave</b> <b>1</b>	<b>Substancial</b> <b>2</b>	<b>Moderado</b> <b>3</b>	<b>Leve</b> <b>4</b>	<b>Nenhum</b> <b>5</b>	
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. Ansiedade 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

**Ansiedade Psicomotora-** Itens de 1-10

**Ansiedade Patológica** se Score total  $\leq$  47

**Resolução de problemas-** Itens 11-13

**Ansiedade Somática-** Itens 14-16

## 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**

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

**Anexo III - Resultados NOC para Conhecimento da Gestão da Doença**

<b>Conhecimento Gestão da Doença (1844)</b>	<b>Definição:</b> Processo de aumento da compreensão sobre a gestão da doença, seu tratamento e prevenção de complicações.					
<b>Indicadores</b>	<b>Nenhum 1</b>	<b>Limitado 2</b>	<b>Substancial 3</b>	<b>Significativo 4</b>	<b>Aprofundado 5</b>	
<b>Benefícios da gestão da doença (184403)</b>	1	2	3	4	5	NA
<b>Sinais e sintomas da doença (184404)</b>	1	2	3	4	5	NA
<b>Uso correto da medicação prescrita (184411)</b>	1	2	3	4	5	NA
<b>Efeitos terapêuticos da medicação (184412)</b>	1	2	3	4	5	NA
<b>Efeitos adversos da medicação (184414)</b>	1	2	3	4	5	NA
<b>Importância de adesão ao regime terapêutico (184418)</b>	1	2	3	4	5	NA
<b>Importância do descanso adequado (184420)</b>	1	2	3	4	5	NA

Adaptação de alguns indicadores de Moorhead et al. (2018).

## **Referência Bibliográfica**

Moorhead, S., Maas, M., & Johnson, M. (2018). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (6ª ed.). Elsevier Health Sciences.

## **Anexo IV – Atividades Extracurriculares**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

**C**ertifica-se que

**KATIA SIMÃO DOS SANTOS**

membro nº **67502** desta Ordem, participou no **Webinar – Saúde Mental: O que é normal?**, no dia **02 de Dezembro de 2021**, com duração total de **2 horas**, realizado através da **Plataforma ZOOM**.

**Lisboa, 02 de Dezembro de 2021.**

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

# CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Kátia Simão dos Santos participou nas II Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, que decorreram no dia 20 e 21 de janeiro de 2022 no Auditório Municipal Augusto Cabrita.

Comissão Organizadora



(Gláucia Lima, Presidente das Jornadas)

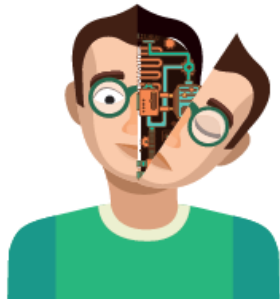
Contactos: [jornadaspsiqsm\\_barreiro2022@gmail.com](mailto:jornadaspsiqsm_barreiro2022@gmail.com)

CICLO DE ENCONTROS DO  
NÚCLEO/GRUPO DE SAÚDE MENTAL

ONLINE  
(VIA ZOOM)

ENCONTRAR  
RESPOSTAS

“LABIRINTOS  
DA VIOLÊNCIA”



CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE

Katia Simão dos Santos

PARTICIPOU NO ENCONTRO “LABIRINTO DA VIOLÊNCIA”, ORGANIZADO PELO GRUPO DE SAÚDE MENTAL DA COMISSÃO SOCIAL DE FREGUESIA DE BENFICA, QUE DECORREU NO DIA 16 DE MARÇO DE 2022, ENTRE AS 18H00 E AS 20H00, ONLINE (VIA ZOOM).

LISBOA, 16 DE MARÇO DE 2022

O PRESIDENTE DA COMISSÃO SOCIAL DE FREGUESIA



BAIRRO  
DE  
BENFICA  
LISBOA.ORIGINAL.

JUNTA  
DE  
FREGUESIA

## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

CERTIFICA-SE QUE

**Katia Simão dos Santos**

Participou na sessão de formação online

**“CINAHL (EBSCOhost): Enfermagem e disciplinas relacionadas com a Saúde”**

com a duração de 1h30, no dia 18 de abril de 2022.



---

**Nuno Henriques**  
Training Specialist

18/04/2022

---

**DATA**



**APÊNDICES**

## **Apêndice I – Revisão Integrativa da Literatura**

## **O RELAXAMENTO COMO TÉCNICA DE REDUÇÃO DA ANSIEDADE DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

### **RELAXATION AS A TECHNIQUE TO REDUCE THE ANXIETY LEVEL IN PEOPLE WITH MENTAL DISEASE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW**

#### **Unidade Curricular: Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2020/2021**

Ana Ribeiro<sup>1</sup>, Cátia Vicente<sup>2</sup>, Katia Santos<sup>3</sup>, Luísa Ribeiro<sup>4</sup>, Mariana Carvalho<sup>5</sup>, Sónia Mendes<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. nº aluno 10501. E-mail: [ana.ribeiro1@campus.esel.pt](mailto:ana.ribeiro1@campus.esel.pt);

<sup>2</sup> Aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. nº aluno 10514. E-mail: [catia.vicente@campus.esel.pt](mailto:catia.vicente@campus.esel.pt);

<sup>3</sup> Aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. nº aluno 10511. E-mail: [katiasantos@campus.esel.pt](mailto:katiasantos@campus.esel.pt);

<sup>4</sup> Aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. nº aluno 10500. E-mail: [lribeiro@campus.esel.pt](mailto:lribeiro@campus.esel.pt)

<sup>5</sup> Aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. nº aluno 10517. E-mail: [marianaicarvalho@campus.esel.pt](mailto:marianaicarvalho@campus.esel.pt);

<sup>6</sup> Aluna do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. nº aluno 10513. E-mail: [soniammendes@campus.esel.pt](mailto:soniammendes@campus.esel.pt).

## RESUMO

**Contexto:** As perturbações da ansiedade estão entre as perturbações mentais mais prevalentes caracterizando-se por uma resposta exagerada e desadequada a um estímulo, em que a probabilidade do seu aparecimento na pessoa com doença mental aumenta consideravelmente. Assim, torna-se perentório a implementação de intervenções de âmbito psicoterapêutico que incluem a técnica de relaxamento. **Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre os resultados obtidos com a utilização da técnica de relaxamento, na redução da ansiedade na pessoa com doença mental. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas (CINAHL e MEDLINE) realizada em junho de 2021. Sendo aplicado um conjunto de descritores e critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de 3 estudos, publicados entre 2015-2021. **Resultados:** A evidência científica analisada demonstra resultados benéficos na utilização da técnica de relaxamento na redução da ansiedade na pessoa com doença mental, independentemente do método, devendo ser implementada como intervenção de âmbito psicoterapêutico para tratamento da ansiedade. **Conclusões:** Os resultados obtidos revelam que a implementação de diversos métodos de técnica de relaxamento apresentam um potencial terapêutico benéfico na redução da ansiedade, sendo potencializado através de exposição contínua à intervenção.

**Palavras-Chave:** ansiedade, perturbações da ansiedade, saúde mental, relaxamento, técnicas de relaxamento.

## ABSTRAT

**Context:** Anxiety disorders are among the most prevalent mental disorders being characterized by an exaggerated and inadequate response to a stimulus, in which the probability of its appearance in people with mental illness increases considerably. Thus, it is imperative to implement psychotherapeutic interventions that include the relaxation technique. **Objective:** To map the scientific evidence on the results obtained with the use of the relaxation technique in reducing the level of anxiety in people with mental illness. **Methods:** Integrative literature review, through a search in electronic databases (CINAHL and MEDLINE) carried out in June 2020. A set of descriptors and inclusion and exclusion criteria were applied obtaining a final sample of 3 studies, published between 2015-2021. **Results:** The scientific evidence analysed shows beneficial results in the use of the relaxation technique in reducing anxiety levels in people with mental illness, regardless of the method, and should be implemented as a psychotherapeutic intervention for the treatment of anxiety. **Conclusions:** The results obtained show that the implementation of several relaxation technique methods have a high therapeutic potential in reducing levels of anxiety, being enhanced through continuous exposure to the intervention.

**Keywords:** anxiety, anxiety disorders, mental health, relaxation, relaxation techniques.

## INTRODUÇÃO

As perturbações mentais apresentam cada vez maior prevalência a nível mundial. Em Portugal, segundo dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, as perturbações mentais afetam mais de um quinto da população portuguesa, sendo das taxas de prevalência mais elevadas da Europa (Almeida & Xavier, 2013). De dentro das perturbações mentais as perturbações da ansiedade são as que apresentam maior prevalência. Mundialmente, cerca de 264 milhões de pessoas vivem com perturbações da ansiedade, correspondendo a 3,6% da população mundial. Em 2015, as mesmas representam um total de 24,6 milhões de anos vividos com incapacidade, classificada como a 6ª causa global para a perda de qualidade de vida, sendo uma das dez principais causas de anos vividos com incapacidade. A nível nacional cerca de 16,5% da população sofre de algum tipo de perturbação da ansiedade (Carvalho, 2018).

No ano de 2020 esta situação intensificou-se, provocada pelo vírus SARS-COV-2 levando a uma nova realidade. As pessoas foram forçadas a ficar em casa em isolamento, implementando-se novas rotinas. Em Portugal, foi realizado um estudo observacional transversal concluindo que existiu um aumento de perturbação de saúde mental nas pessoas que tiveram em isolamento profilático ou infetadas pelo vírus SARS-COV-2, em que 92% das pessoas infetadas que ficaram internadas apresentavam sintomas de ansiedade moderada a grave (Heitor, 2020).

Sendo a ansiedade uma emoção que interfere na realização de qualquer tipo de atividade de vida, quando em níveis elevados, a probabilidade de se manifestar e poder ser considerada uma perturbação aumenta. A mesma consiste num sinal de alerta, perante uma ameaça iminente, fazendo a pessoa agir de acordo com o perigo percecionado. Segundo o ICN (2017) é “uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (Sampaio, Gonçalves & Sequeira In Sequeira & Sampaio, 2020, p.128). Já Herdman & Kamitsuru (2014) define-a como um sentimento de desconforto vago, acompanhado por uma reação automática, ou seja, um sentimento de reserva originado pela antecipação de um risco. Em níveis elevados, a ansiedade pode desencadear respostas desajustadas, tornando-se um problema de saúde mental.

Os sintomas/ sinais podem oscilar entre estágios iniciais desde leve até moderado a grave, podendo os mesmos persistirem durante meses a anos. Provocam na pessoa palpitações, taquicardia, palidez, dispneia, tensão muscular, tremor, alterações gastrointestinais, entre outros (World Health Organization [WHO, 2017).

Segundo os autores Sequeira & Sampaio (2020) a doença mental é definida como “um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais” impossibilitando a pessoa de exercer os seus papéis sociais” (p.4). Neste sentido, a

probabilidade destas pessoas apresentarem elevados níveis de ansiedade aumenta consideravelmente.

A pessoa com doença mental e ansiedade presente deixa antever uma abordagem clínica para melhorar o seu bem-estar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tem um papel fundamental: avalia a situação, identifica os respetivos diagnósticos de Enfermagem (nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade), e investe na implementação de intervenções que diminuam o seu sofrimento mental.

Uma dessas intervenções passa pela aplicação da técnica de relaxamento, que segundo a evidência científica apresenta resultados eficazes e duradouros na diminuição dos sinais e sintomas de ansiedade. Estudos demonstram que esta técnica em associação com a terapia farmacológica tem resultados mais favoráveis no tratamento da ansiedade, do que em separado (Stein, 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015), o 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” (p. 17040); neste sentido entende-se que a técnica de relaxamento pode envolver vários métodos como: relaxamento físico, exercícios de respiração, meditação, imagens mentais, *biofeedback*, massagens, música entre outras (Townsend, 2011). Trata-se de uma intervenção com grande potencial terapêutico na medida que induz um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta do tónus muscular (Coelho & Sousa In Sequeira & Sampaio, 2020). Permitindo a pessoa desenvolver capacidades de gerir os sintomas a nível físico associados à ansiedade eficazmente, diminuindo os estímulos das perceções associadas ao sistema sensorial do organismo (Elias, 2014).

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com as suas competências específicas apresenta um papel essencial para a saúde mental, que através de intervenções no âmbito psicoterapêutico, como também na utilização de técnicas não farmacológicas para a manutenção e/ou recuperação da saúde, como o caso da técnica de relaxamento, que visa a diminuição dos sinais e sintomas de ansiedade (Barbui et al., 2020).

Devido a esta problemática em pessoas com doença mental, decidimos realizar uma revisão integrativa da literatura elaborando a seguinte questão de investigação: Quais os resultados obtidos com a utilização da técnica de relaxamento, na redução da ansiedade na pessoa com doença mental?

Tendo como objetivos:

- Mapear a evidência científica sobre os resultados obtidos com a utilização da técnica de relaxamento, na redução da ansiedade na pessoa com doença mental;

- Descrever a técnica de relaxamento em cada estudo selecionado (técnica de relaxamento, número de sessões, duração das sessões, faixas etárias, resultados obtidos).

## METODOLOGIA

O método utilizado foi a revisão integrativa da literatura, com o objetivo de responder à questão de investigação: “Quais os resultados obtidos com a utilização das técnicas de relaxamento na redução da ansiedade na pessoa com doença mental?”. Após validação no DeCS, foram definidos como termos de pesquisa *anxiety, anxiety disorders, mental health, relaxation, relaxation techniques, relaxation therapy*.

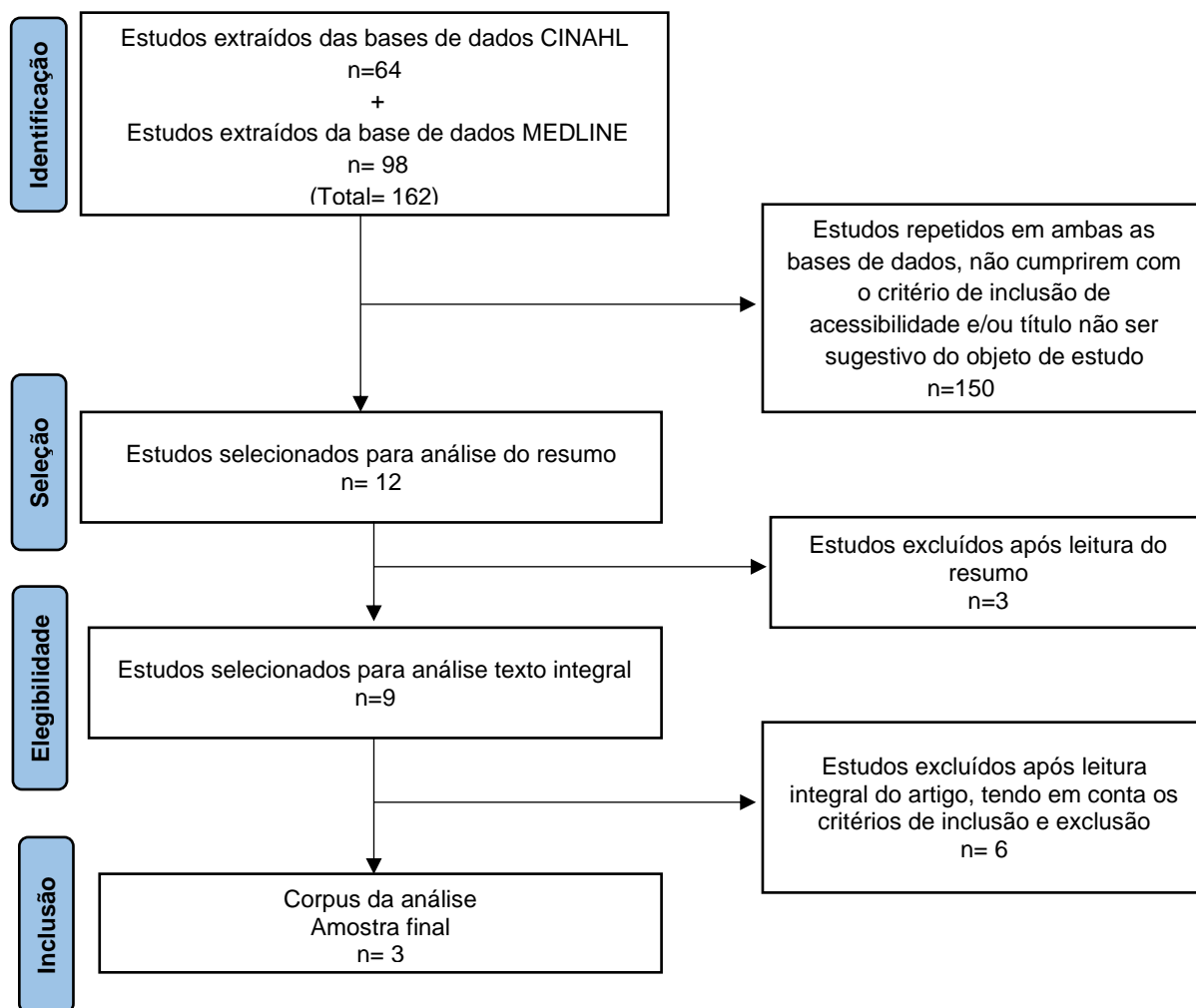
De seguida definimos os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos com data de publicação entre 2015 e 2021, (2) artigos em língua portuguesa e inglesa, (3) artigos com texto integral disponível e acesso gratuito, (4) estudo cujas amostras incluam pessoas com doença mental estável/crónica ou aguda e com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do sexo, (6) estudos que avaliam a eficácia e efetividade da utilização das técnicas de relaxamento em ambiente hospitalar ou comunitário.

Como critérios de exclusão, definiram-se: (1) estudo cujas amostras não incluíam pessoas com doença mental, (2) estudos cujas amostras incluam pessoas com idades inferiores a 18 anos.

Após estas etapas, a pesquisa foi realizada na Plataforma EBSCOhost (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text) com a seguinte combinação booleana: CINAHL (“anxiety” [MeSH Terms] [All Fields] OR “anxiety disorders” [MeSH Terms] [All Fields]) AND (“mental health” [MeSH Terms] [All Fields]) AND (“relaxation” [MeSH Terms] [All Fields] OR “relaxation techniques” [MeSH Terms] [All Fields] OR “relaxation therapy” [All Fields]) e MEDLINE (“anxiety” [MeSH Terms] [All Fields] OR “anxiety disorders” [MeSH Terms] [All Fields]) AND (“mental health” [MeSH Terms] [All Fields]) AND (“relaxation” [MeSH Terms] [All Fields] OR “relaxation therapy” [MeSH Terms] [All Fields] OR “relaxation techniques” [All Fields]).

Posteriormente com a definição das restrições/limitações temporais e de linguagem, identificou-se um total de 162 artigos. Para a seleção dos estudos orientamo-nos pelas *guidelines* PRISMA para a identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos na RIL (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Group, 2009). Cada artigo foi analisado pelas seis estudantes, de forma independente, averiguando a concordância na seleção. Em caso de não concordância foi solicitado opinião ao Professor Doutor Paulo Seabra e discutido em grupo para se tomar uma decisão. Dos 162 artigos identificados inicialmente, obteve-se uma

amostra final de 3 artigos que foram analisados (**Fluxograma 1**- Processo de seleção dos artigos analisados).



**Fluxograma 1** – Processo de seleção dos artigos analisados

## RESULTADOS

A amostra final dos estudos selecionados para a revisão é diversificada no que respeita ao desenho dos mesmos e aos métodos utilizados: dos 3 artigos selecionados, incluem-se 1 estudo qualitativo e quantitativo quasi-experimental, 2 estudos randomizados controlados, desenvolvidos em vários países. Apesar da reduzida quantidade de artigos, todas as investigações analisadas são consensuais quanto ao benefício da técnica de relaxamento na redução da ansiedade, independentemente do método.

Para organização dos dados recolhidos elaborou-se uma tabela para discriminar os elementos mais relevantes de cada artigo, ou seja, uma síntese narrativa: identificação estudo, tipo de estudo, objetivos, população (tamanho e amostra), tipo de método da técnica de relaxamento (tipo, número de sessões, duração e faixas etárias), metodologia, resultados

e principais conclusões. (Tabela I, II e III- Resultados da caracterização dos estudos selecionados).

**Tabela I - Resultados da caracterização do estudo 1**

Identificação Estudo							
<b>Autor</b>	Jodi Brown; Caitlin Eubanks; Amber Keating	<b>Título</b>	Yoga, quality of life, anxiety, and trauma in low-income adults with mental health illness: a mixed- methods study				
<b>Ano</b>	2016	<b>Fonte</b>	Social Work in Mental Health	<b>País</b>	EUA	<b>Língua</b>	Inglês
<b>Tipo de Estudo</b>	Qualitativo e Quantitativo Estudo Quase Experimental (Nível IV)						
<b>Objetivos</b>	Explorar o impacto de uma intervenção de 6 semanas de yoga na qualidade de vida e sintomas de ansiedade e stress pós-traumático de mães com baixo rendimento, e com doença mental através de questionários quantitativos de opinião; Explorar a experiência dos participantes utilizando entrevistas qualitativas de grupo focal.						
<b>População/Amostra</b>	Amostra de 18 participantes (N=18); Mulheres com diagnóstico de depressão, ansiedade ou stress pós-traumático; Mães de famílias com baixo rendimento; Dois participantes foram excluídos após aplicação do questionário para participação em atividades físicas (PAR-Q).						
Tipo de Método da Técnica de Relaxamento							
<b>Tipo</b>				<b>Nº Sessões</b>	<b>Duração</b>	<b>Faixas etárias</b>	
Semana 1 e 2: Respiração e Bodyawareness; Semana 3 e 4: Continuar a construir competências utilizando a respiração para regular o humor e nível de energia; Semana 5 e 6: Dedicada à prática, revisão e consolidar a conexão entre a mente e o corpo.				6 sessões	6 semanas	19-60 anos	
<b>Metodologia</b>	Previamente às sessões, na parte quantitativa do estudo, foram aplicados três instrumentos de recolha de dados, acerca da qualidade de vida, ansiedade e sintomas de stress pós-traumático: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flanagan's Quality of life Scale (QQLS)</li> <li>• UCLA PTSD Index for DSM IV (UPID) – Short Form – Adult</li> <li>• The state-trait anxiety inventory (STAI)</li> </ul> Seguidamente às conclusões e recolha de dados quantitativos foram conduzidos grupos para explorar a experiência com o yoga como intervenção, através de um programa de 6 semanas denominado “Intro to Yoga”; Foram exploradas as experiências dos participantes utilizando entrevistas qualitativas de grupo focal.						

<b>Resultados</b>	<p>O estudo comporta resultados que suportam a eficácia do yoga para o bem-estar da população que enfrenta múltiplos riscos, com baixo estatuto socioeconómico e doença mental;</p> <p>Dados quantitativos demonstram significativa melhoria dos sintomas ansiosos de stress pós-traumático nos participantes;</p> <p>Os dados qualitativos corroboram estes resultados e sugerem melhoria em termos de respiração, relaxamento e controlo emocional (raiva);</p> <p>A doença mental tem um grande impacto na qualidade de vida, maior que a doença física. A redução dos sintomas de ansiedade e stress pós-traumático podem melhorar a qualidade de vida.</p> <p><b>Limitações:</b> Curta duração da atividade e amostra reduzida.</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Foi comprovado o efeito do yoga na qualidade de vida e sintomas de ansiedade e trauma na população adulta, com baixo rendimento e doença mental numa clínica da comunidade;</p> <p>Foi importante dar a conhecer a prática do yoga para população que habitualmente não teria hipótese de o experienciar;</p> <p>O yoga utilizado na população vulnerável pode ter resultados promissores, segundo o <i>feedback</i> dos participantes;</p> <p>Este estudo pode ser considerado como ponto de partida, para estudos futuros de intervenção corpo/mente e investigação em populações vulneráveis.</p>

**Tabela II - Resultados da caracterização do estudo 2**

Identificação Estudo							
<b>Autor</b>	Shu-Min Lu; Mei-Feng Lin; Hsiu-Ju Chang	<b>Título</b>	Progressive muscle relaxation for patients with chronic schizophrenia: A randomized controlled study				
<b>Ano</b>	2019	<b>Fonte</b>	Wiley periodicals – perspectives in psychiatric care	<b>País</b>	Taiwan	<b>Língua</b>	Inglês
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo Randomizado Controlado						
<b>Objetivos</b>	Examinar os efeitos do relaxamento muscular progressivo (RMP) sobre a ansiedade, os sintomas psicóticos e a qualidade de vida nos clientes com esquizofrenia.						
<b>População/Amostra</b>	<p>Clientes com diagnóstico primário de esquizofrenia internados no serviço de internamento de Reabilitação Psiquiátrica do Departamento de Psiquiatria no Centro Médico em Taiwan;</p> <p>Foram selecionados 80 participantes e subdivididos em 2 grupos homogéneos: intervenção e controlo, sendo que desistiram 5 participantes. Ficando um total 75 participantes que assinaram o consentimento informado;</p> <p>Critérios de inclusão: diagnóstico de esquizofrenia por mais de 1 ano com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - IV), sem risco de automutilação e violência, sem abuso de álcool ou drogas, e capazes de comunicar em mandarim ou taiwanês.</p>						

<b>Tipo de Método da Técnica de Relaxamento</b>			
<b>Tipo</b>	<b>Nº Sessões</b>	<b>Duração</b>	<b>Faixas etárias</b>
Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) – Relaxamento de Jacobson	12 sessões (1x/semana)	50 minutos	20 aos 65 anos
<b>Metodologia</b>	<p>Escala de Ansiedade (Inventário de Ansiedade Traço-Estado, STAI) é usada para medir os níveis de ansiedade;</p> <p>Escala de qualidade de vida (WHOQOL – BREF);</p> <p>Escala de Sintomas Positivos e Negativos de Esquizofrenia (PANSS);</p> <p>Uso de DVD demonstrativo da intervenção.</p>		
<b>Resultados</b>	<p>Medidos resultados, através do SAI, PANSS e WHOQOL-BREF, sendo que os participantes foram avaliados antes do estudo, imediatamente após a intervenção, e após 3 meses.</p> <p>Os resultados deste estudo indicaram que o RMP pode ter um efeito, a curto prazo, na redução da ansiedade, melhorando os sintomas psicóticos e aumentando a satisfação com a qualidade de vida nos clientes com esquizofrenia; no entanto, a eficácia no acompanhamento de 3 meses não foi evidente.</p>		
<b>Conclusões</b>	<p>O RMP pode ser considerado uma estratégia para a promoção da saúde. Este estudo fornece percepções sobre os efeitos das mudanças durante a intervenção de relaxamento.</p> <p>Os resultados deste estudo sugerem que a prevenção de sintomas mentais graves em cliente com esquizofrenia requer intervenção RMP.</p>		

**Tabela III - Resultados da caracterização do estudo 3**

<b>Identificação Estudo</b>							
<b>Autor</b>	Michael Kyrios; Claire Ahern; Daniel B. Fassnacht; Maja Nedeljkovic; Richard Moulding; Denny Meyer	<b>Título</b>	Therapist-Assisted Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Versus Progressive Relaxation in Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized Controlled Trial				
<b>Ano</b>	2018	<b>Fonte</b>	Journal of Medical Internet Research	<b>País</b>	Austrália	<b>Língua</b>	Inglesa
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo Randomizado Controlado						

<b>Objetivos</b>	<p>Comparação da eficácia de um programa <i>online</i> estruturado de terapia cognitiva-comportamental em relação a um programa <i>online</i> estruturado de relaxamento muscular progressivo em adultos com Perturbação Obsessivo Compulsivo (POC). Este artigo avalia a eficácia das intervenções para a diminuição da gravidade dos sintomas de POC (que inclui a ansiedade).</p>			
<b>População/Amostra</b>	<p>Utentes encaminhados pela consulta de saúde primária ou especialidade, sendo que 238 participantes deram consentimento e completaram a entrevista de pré-tratamento por telefone. Após critérios de inclusão ficou-se com uma amostra total de 179 participantes. Critérios de Inclusão: residente australiano; com diagnóstico primário de POC; sem psicose atual, sem abuso de substâncias, sem traumatismo craniano ou distúrbio neurológico; sem ideação suicida estruturada ou de alto risco (por exemplo, história de comportamento suicida); e acesso a um computador.</p>			
<b>Tipo de Método da Técnica de Relaxamento</b>				
<b>Tipo</b>		<b>Nº Sessões</b>	<b>Duração</b>	<b>Faixas etárias</b>
Relaxamento Muscular Progressivo (RMP)		12 módulos <i>online</i>	12 semanas	18 anos ou mais
<b>Metodologia</b>	<p>Após a entrevista inicial os participantes foram divididos em dois grupos: RMP <i>online</i> e Terapia Cognitiva-Comportamental <i>online</i>. Sendo o tratamento <i>online</i> disponibilizado através de recurso a conteúdo audiovisual e/ou áudio de relatos de casos clínicos, demonstração das técnicas de intervenção e acompanhamento por um terapeuta. Todas as semanas os participantes receberam um <i>e-mail</i> com objetivo de monitorizar a sua evolução e dar apoio à continuação do tratamento, de forma individualizada. Aplicação telefonicamente da Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown antes e após programa de tratamento e de outras medidas de avaliação de eficácia dos programas de tratamento.</p>			
<b>Resultados</b>	<p>Este estudo conclui que o programa de relaxamento <i>online</i> foi eficaz, embora menos do que o programa de terapia cognitiva-comportamental <i>online</i>. Enquanto a introdução do programa de terapia cognitiva-comportamental <i>online</i> de forma gradual após o programa de relaxamento muscular <i>online</i> resultou numa melhoria significativa dos sintomas de ansiedade provocada pela POC. A combinação dos dois programas de tratamento não foi mais eficaz do que o programa de terapia cognitiva-comportamental isoladamente. Os resultados obtidos sugerem que ambos os tratamentos são mais eficazes para indivíduos com uma POC mais exacerbada.</p>			

<b>Conclusões</b>	<p>O acesso ao tratamento baseado em evidências para perturbações mentais pode ser facilitado pela revolução digital que é visto como um componente importante a ser integrado nas políticas de saúde mental. Esse acesso é particularmente importante para uma condição de saúde mental, como a POC, que requer tratamento especializado e está sujeito a efeitos da baixa procura de ajuda devido à vergonha e estigma associados.</p> <p>As evidências deste estudo demonstraram que o programa de relaxamento muscular <i>online</i> é moderadamente eficaz na redução da ansiedade das pessoas com POC. Embora o seu efeito moderado apresenta ganhos para a saúde significativos na redução da ansiedade em pessoas com POC.</p> <p>Relativamente a programas anteriores, as taxas de recuperação não foram tão altas quanto as relatadas na literatura anterior, embora as características dos participantes e as estratégias de recrutamento possam ser parcialmente responsáveis por esses resultados.</p>
-------------------	---

## DISCUSSÃO

Os estudos foram realizados nos EUA, China e Austrália, um de natureza qualitativa e quantitativa (estudo quase-experimental) e dois randomizados controlados. Quanto aos participantes, as amostras são díspares, desde 18 a 179 participantes. Todos os estudos incluem população com diagnóstico de perturbação mental: ansiedade, stress pós-traumático, depressão, esquizofrenia e perturbação obsessivo compulsivo (POC).

Relativamente ao género e idade, no estudo de Brown et al. (2016), todos os participantes são mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 60 anos; no estudo de Lu et al. (2019), 38 dos participantes são mulheres e 37 homens, com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos e no estudo de Kyrios et al. (2018), 117 participantes são mulheres e restantes homens, com média de idades de 33,4%, sendo que todos os participantes têm idade superior a 18 anos. Pelo que se conclui que a amostra inclui população adulta, maioritariamente do género feminino.

O estudo de Lu *et al.* (2019), avalia a eficácia do relaxamento muscular progressivo no controlo da ansiedade e sintomas psicóticos em utentes com esquizofrenia, enquanto o estudo de Brown et al. (2016) avalia a eficácia da utilização do yoga para controlo dos sintomas de ansiedade e stress pós-traumático. Já o estudo de Kyrios et al. (2018), avalia a eficácia do relaxamento progressivo e terapia cognitivo-comportamental no tratamento da perturbação obsessivo compulsivo, tendo sido incluído pelos resultados da utilização do relaxamento progressivo terem demonstrado eficácia no controlo dos sintomas ansiosos associados à patologia.

Foram identificadas barreiras dos estudos: estar presente na aula e em participar em atividades de yoga em casa, por sua conta, ambas relacionadas com o cuidado das crianças

(Brown et al., 2016); a utilização de relatos próprios para avaliar os sintomas ansiosos, não considerando uma entrevista para avaliar esses mesmos sintomas (Lu, et al., 2019); a presença e intensidade de sintomas negativos, não foram medidas, nem avaliadas; repetido o mesmo questionário, pode ocorrer a existência de viés nos resultados obtidos (Lu, et al., 2019). O estudo de Brown (2016), considerou a opinião dos participantes para anular as barreiras que identificaram: as aulas em período escolar, eliminando assim as preocupações relacionadas com os cuidados à criança e supervisão da mesma no domicílio. Sugeriram ainda que a duração das sessões fosse aumentada e realçaram a importância do grupo para a criação de um espírito positivo e de camaradagem.

O estudo de Kyrios et al. (2018), realça a eficácia da utilização da tecnologia no acesso à informação e tratamento dos distúrbios mentais e enfatiza a importância de a incorporar nas políticas de saúde mental. Para além de demonstrar uma redução da severidade dos sintomas de ansiedade em utentes com POC.

Segundo Lu et al. (2019), o RMP conduz a um relaxamento sistémico, que conduz à inibição da ativação simpática e ativação dos efeitos parassimpáticos. Desta forma, de entre os benefícios encontrados, estes podem ser agrupados em físicos: relaxamento corporal (Brown et al., 2016; Lu et al., 2019); melhoria das cefaleias e enxaqueca (Brown et al., 2016); controlo da dor ciática (Brown, et al., 2016) e psicológicos: os participantes referem melhoria do controlo da raiva (Brown et al., 2016); redução do desconforto mental (Lu et al., 2019; Kyrios et al., 2018). Como estratégias de melhoria do controlo dos sintomas ansiosos, os participantes referem o relaxamento e respiração (Brown, et al., 2016; Lu et al., 2019; Kyrios et al., 2018).

Quando comparados, os resultados qualitativos dos grupos focais corroboram os resultados e descobertas quantitativas, que demonstram estatisticamente a diminuição significativa dos sintomas ansiosos, comprovado pelos comentários dos participantes durante a parte qualitativa do estudo (Brown et al., 2016).

De acordo com Brown et al. (2016), o yoga quando utilizado em população vulnerável e portadora de doença mental pode ter resultados positivos no controlo dos sintomas ansiosos e conseqüente impacto na qualidade de vida desta população. A respiração, relaxamento e controlo emocional são fatores apontados como positivos da prática do yoga utilizada para controlo da ansiedade. Relativamente à utilização do relaxamento progressivo, Lu et al. (2019) e Kyrios et al. (2018) corroboram que a sua utilização pode traduzir-se em efeitos a curto prazo na redução dos sintomas ansiosos, melhorando a ocorrência de sintomas psicóticos e a qualidade de vida. Contudo a eficácia após três meses, não foi comprovada, podendo ser considerada como uma estratégia eficaz, quando aplicada de forma contínua para a redução de ansiedade.

## **CONCLUSÃO**

Dentro das doenças mentais as perturbações da ansiedade são as mais comuns e prevalentes. Os diversos métodos da técnica de relaxamento que podem ser desenvolvidos são simples, de fácil aplicação, económicos e socialmente bem aceites. Demonstrando eficácia e efetividade na diminuição dos níveis de ansiedade em particular na pessoa que sofre de doença mental, já que contribuem para aumentar o seu bem-estar e promovem a diminuição do consumo de terapêutica farmacológica.

Neste sentido, a presente revisão inclui a análise de 3 estudos com o objetivo de aumentar a compreensão dos resultados obtido com a utilização desta técnica na redução da ansiedade; avaliando a sua eficácia e eficiência. A partir da análise dos artigos foi possível obter informações e dados que respondessem à questão de investigação previamente formulada, surgindo resultados positivos relativamente à utilização dos métodos da técnica de relaxamento na redução da ansiedade.

Os contributos da investigação desenvolvida e os resultados encontrados neste âmbito indicam que existem diversos métodos que podem ser qualificados como técnicas de relaxamento, tendo como objetivo comum a diminuição dos sinais, sintomas de ansiedade e consequentemente dos seus níveis. Devido a ausência de efeitos secundários desta técnica deve-se dar ênfase à mesma em detrimento da terapêutica farmacológica isolada, ou em associação com a mesma nos casos mais graves de perturbação da ansiedade.

## **LIMITAÇÕES**

A primeira limitação desta revisão prende-se com o fato da pesquisa ter sido restringida a duas bases de dados (CINAHL e MEDLINE), apesar de se ter acesso a outro tipo de recursos. Outra limitação está relacionada com os critérios de inclusão/exclusão que foram aplicados. A seleção de artigos apenas em língua inglesa e portuguesa com texto integral disponível e acesso gratuito; e o fato de se ter considerado estudos apenas relativos a ansiedade na pessoa com doença mental, excluindo a ansiedade como sintoma, também presente em outras doenças como por exemplo: doença oncológica, coronária, no pré-operatório poderá ter condicionado a seleção de outras investigações relevantes para esta temática.

A comparação dos resultados dos vários estudos ficou limitada e comprometida pela diversidade dos instrumentos para medir a eficácia e efetividade das intervenções aplicadas. O facto de estudos serem de outros países com culturas diferentes da portuguesa pode limitar que as suas conclusões sejam validadas para a população portuguesa.

## IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA

Esta pesquisa desafia os técnicos de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a mobilizar as técnicas de relaxamento para responder às necessidades de saúde das pessoas que sofram de níveis elevados de ansiedade.

Demonstrada a evidência da eficácia e efetividade desta técnica em ganhos para a saúde, é essencial inculcar responsabilidade nos enfermeiros, sobre a necessidade de intervir com estas técnicas de âmbito psicoterapêutico (relaxamento) para potencializar a redução dos sintomas e sinais de ansiedade da pessoa com doença mental; e consequentemente reduzir o consumo de psicofármacos (ansiolíticos). Indo de encontro a uma das metas do Plano Nacional de Saúde Mental de inverter a tendência da prescrição de ansiolíticos na população através da sua estabilização. Reduzindo custos financeiros que se traduzem na diminuição do consumo de psicofármacos pela população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J.M.C., Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Barbui, C.; Purgato, M.; Abdulmalik, J.; Acarturk, C.; Eaton, J.; Gastaldon, C.; Gureje, O.; Hanlon, C.; Jordans, M.; Lund, C.; Nosè, M.; Ostuzzi, G.; Papola, D.; Tedeschi, F.; Tol, W.; Turrini, G.; Patel, V.; Thornicroft, G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 7(2), 162–172.
- Brown, J. L. C., Eubanks, C., & Keating, A. (2016). Yoga, quality of life, anxiety, and trauma in low-income adults with mental illness: A mixed-methods study. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 308–330. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1220441>.
- Carvalho, Á. (2018). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Direção-Geral Da Saúde (DGS), 3–15. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020) Relaxamento. In Sampaio, F. & Sequeira, C. (coord) (Ed) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções* (p. 202-210). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Elias, M. (2014). *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental*. Relatório de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://doi.comum.rcaap.pt/10400.26/16277/1/Relat%20c3%Brio3rio> Erro! A referência da hiperligação não é válida..
- Heitor, M. J. (2020). O Ano da Pandemia ou o Ano de Todas as Crises. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 96–97. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.178>.
- Herdman, T.H. (Ed.) (2012). *Diagnosticos de Enfermagem da Nanda: Definições & Classificação, 2012-2014*. Artmed.
- Kyrios, M., Ahern, C., Fassnacht, D. B., Nedeljkovic, M., Moulding, R., & Meyer, D. (2018). Therapist-assisted internet-based cognitive behavioral therapy versus progressive relaxation in obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(8), 1–18. <https://doi.org/10.2196/jmir.9566>.
- Lu, S. M., Lin, M. F., & Chang, H. J. (2019). Progressive muscle relaxation for patients with chronic schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/ppc.12384>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, T. P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7). <https://doi.10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 356/2015. Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, *Diário da Republica*. II Série (Nº 122 de 25-06-2015). 17034- 17041.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira., C. (2020) Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In Sampaio, F. & Sequeira, C. (coord) (Ed) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções* (p. 128-130). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sampaio, F. & Sequeira, C.(coord) (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Stein, D. (2010). *Manual de perturbações da ansiedade*. Cartaxo: Press Care – Edições Médicas, Lda.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidência* (6ª ed.). Lusociência.
- WHO – World Health Organization. (2017) *Depression and Other Common Mental Disorders:Global Health Estimates*. World Health Organizatio

**Apêndice II - Planejamento das Sessões de Relaxamento**

<b>Plano das sessões de Relaxamento</b>				
<b>Número total de sessões: 5</b>				
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos		<b>Local:</b> HD e internamento		
<b>Co-Moderador:</b> Enfermeiras orientadores				
<b>Data e Hora:</b> 4,11,18 e 25/11/2021 e 9/12/2021 das 13h.30min às 14h.15 (HD). 26/01, 1, 2,3,8,16/02 às 10h.30min (Internamento).		<b>Grupo-alvo:</b> Clientes do HD e internamento		
<b>Duração da sessão:</b> 45 minutos				
<b>Critérios de Inclusão:</b> Clientes com níveis ansiedade elevados.		<b>Critérios de Exclusão:</b> Défice cognitivo acentuado, Atividade alucinatória e/ou delirante acentuada, Agitação psicomotora, Estado confusional, Comportamento desorganizado, desadequado e não colaborante, Acuidade auditiva reduzida.		
<b>1. Objetivo da intervenção</b>		<b>2. Objetivos específicos</b>		
1.1. Aumentar o bem-estar e relaxamento muscular dos clientes.		2.1. Promover o bem-estar, 2.2. Estimular a capacidade de concentração; 2.3. Reduzir os níveis de ansiedade, 2.4. Diminuir a insónia e cansaço, 2.5. Motivar para a importância do relaxamento.		
		<b>Resultados Esperados</b> Aumento do bem-estar geral através da diminuição dos sintomas e sinais de ansiedade (diminuição dos valores P.A e F.C), por meio do autocontrolo do tónus muscular e da respiração.		
	<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos objetivos;</li> <li>• Avaliação do nível de ansiedade dos participantes através dos resultados NOC;</li> <li>• Avaliação da P.A, F.C e F.R.</li> </ul>	Método interativo e interrogativo	
1.1	2.1. 2.2. 2.3. 2.4 2.5 20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir o ambiente: Estimular a capacidade de interação entre os elementos do grupo;</li> <li>• Reunir o material necessário;</li> <li>• Explicar o procedimento e como decorrerá a atividade;</li> <li>• Instruir os elementos do grupo;</li> <li>• Assistir os elementos do grupo no posicionamento;</li> <li>• Iniciar a técnica com recurso guia.</li> </ul>	Método interativo, demonstrativo e ativo	Colchões, Almofadas, Lençóis Rádio/Computador CD c/musicas de relaxamento Esfigmomanómetro Folha de registo, Caneta, Relógio.
	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>	Método interrogativo e interativo	

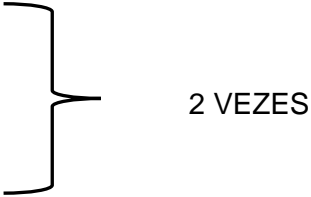
## Guião Técnica de Relaxamento Muscular

**DESCANSEM O CORPO... COLOQUEM-SE O MAIS CONFORTÁVEL POSSIVEL...**  
COLOQUEM OS BRAÇOS AO LONGO DO CORPO... DESCANSEM AS PERNAS...  
PODEM MANTER OS OLHOS ABERTOS OU FECHÁ-LOS SE O DESEJAREM...

**DIRIGAM A VOSSA ATENÇÃO PARA A RESPIRAÇÃO...** RESPIREM LENTAMENTE,  
DEIXANDO O AR ENTRAR PELO NARIZ... CHEGAR AOS PULMÕES... E SAIR PELA  
BOCA SUAVEMENTE... DEIXEM QUE A RESPIRAÇÃO SIGA O SEU RITMO NATURAL:  
SUAVE E LENTA... TORNANDO-A AINDA MAIS SUAVE E MAIS LENTA...

**VÃO AGORA RESPIRAR LENTAMENTE, FAZENDO UMA**

INSPIRAÇÃO PROFUNDA (3'')  
PAUSA (2'')  
E UMA EXPIRAÇÃO PROFUNDA (3'')



2 VEZES

**RETOMEM O RITMO DE RESPIRAÇÃO NATURAL: CALMO, LENTO, DESCONTRAÍDO.**

**DIRIGAM AGORA A VOSSA ATENÇÃO PARA OS MUSCULOS DA FACE...** LEVANTEM  
AS SOBRANCELHAS, FRANZINDO A TESTA COM FORÇA (10'') DESCONTRAIAM E  
SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE... AGORA VÃO FECHAR OS OLHOS COM  
FORÇA, VÃO FRANZIR O NARIZ COM FORÇA (10'') DESCONTRAIM E SINTAM O  
RELAXAMENTO ESPALHAR-SE... CONTRAIAM AGORA OS MAXILARES COM FORÇA...  
CERREM OS DENTES COM FORÇA (10'') DESCONTRAIAM... DESCERREM OS  
DENTES... SINTAM A LÍNGUA NA BOCA, SINTAM A SALIVA... SINTAM O RELAXAMENTO  
ESPALHAR-SE PELOS MÚSCULOS DA FACE.

### **RESPIRAÇÃO (2min)**

**VÃO AGORA CONTRAIR OS MUSCULOS DO PESCOÇO**, EMPURRANDO O QUEIXO PARA BAIXO COM FORÇA, SINTAM A TENSÃO NO PESCOÇO (10'') ... DESCONTARIAM E SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE... AGORA VÃO ENCOLHER OS **OMBROS** COM FORÇA (10'') ... DESCONTRAIAM, DEIXEM CAIR OS OMBROS... SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE.

### **RESPIRAÇÃO (2min)**

**CONTRAIM OS MÚSCULOS DAS COSTAS**... COMPRIMAM OS MÚSCULOS CONTRA O CHÃO COM FORÇA (10''), RELAXEM... SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE...

### **RESPIRAÇÃO (2min)**

**AGORA VÃO CONTRAIR OS MUSCULOS DOS BRAÇOS**... ESTIQUEM OS BRAÇOS... FECHEM AS MÃOS EM PUNHO E CONTRAIAM AS MÃOS COM FORÇA... CONTRAIAM OS BRAÇOS COM FORÇA... (10'') RELAXEM, DEIXEM CAIR OS BRAÇOS...ABRAM AS MÃOS...AFASTEM OS DEDOS UM A UM... DESCONTRAIAM...SINTAM AS MÃOS...SINTAM OS BRAÇOS A RELAXAR.

### **RESPIRAÇÃO (2min)**

**DIRIJAM A VOSSA ATENÇÃO PARA OS MÚSCULOS DO ABDÓMEN, VÃO CONTRAIR OS MÚSCULOS, ENCOLHENDO A BARRIGA COM FORÇA (10'') RELAXEM... SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE...**

### **RESPIRAÇÃO (2min)**

**AGORA DIRIJAM A VOSSA ATENÇÃO PARA OS MÚSCULOS DAS PERNAS, CONTRAIAM OS MÚSCULOS DAS PERNAS EMPURRANDO OS DEDOS DO PÉ PARA CIMA COM FORÇA (10'') ... DESCONTRAIAM... SINTAM AS PERNAS... SINTAM OS PÉS A DESCONTRAIR.**

### **RESPIRAÇÃO NATURAL (5min)**

**... (PAUSA sentindo a música) ...**

### **RESPIRAÇÃO CALMA**

INSPIREM }  
EXPIREM } 2 VEZES

**AO EXPIRAMREM É COMO SE DEITASSEM PARA FORA TODAS AS TENSÕES E PROBLEMAS...**

**SENTE-SE CALMO, RELAXADO** E DIZ PARA SI PRÓPRIO “É TÃO BOM SENTIR-ME ASSIM” ... CONVIDE-SE A FAZER ESTE EXERCÍCIO FREQUENTEMENTE... TIRE ALGUM TEMPO PARA SI, PARA PARAR E RELAXAR...

SUAVEMENTE PREPARE-SE PARA ABANDONAR ESTE EXERCÍCIO...

AGORA VOU CONTAR DE TRÁS PARA A FRENTE DE “3” ATÉ “0” ...

**3.** COMECE A MEXER AS SUAS PERNAS E PÉS, LENTAMENTE...

**2.** PODE MEXER OS BRAÇOS E AS MÃOS, DEVAGAR, SEM ESFORÇO...

**1.** DEVAGAR PODE MEXER A FACE E O PESCOÇO, ABRINDO LENTAMENTE OS OLHOS, COMO SE ACABASSE DE ACORDAR...

**0.** SUAVEMENTE TRANSPORTE CONSIGO ESSA SENSAÇÃO DE CALMA... LEVANTE-SE O MAIS SUAVEMENTE POSSÍVEL, SEM PRESSAS.

**Apêndice III - Planejamento das Sessões de Psicoeducação**

Plano das sessões de psicoeducação (Adesão Terapêutica)					
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos			<b>Local:</b> HD e internamento		
<b>Co-Moderador:</b> Enfermeiras orientadoras					
<b>Data e Hora:</b> 16/11/2021 das 11h.30min às 12h.15min (HD)			<b>Grupo-alvo:</b> Clientes que frequentavam HD e internamento.		
16/02/2022 das 10h às 10h.40min (Internamento)					
<b>Número da sessão:</b> 1					
<b>Duração da sessão:</b> 45 minutos					
<b>Critérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram e manifestem vontade em participar nas sessões, diagnóstico de enfermagem de défice de conhecimento, agravamento de sintomas da patologia de base e sintomas de não adesão terapêutica.			<b>Critérios de Exclusão:</b> Défice cognitivo acentuado, Atividade alucinatória e/ou delirante acentuada, agitação psicomotora, estado confusional, comportamento desorganizado, desadequado e não colaborante.		
<b>1. Objetivo da intervenção</b>		<b>2. Objetivos específicos</b>			
1.1. Contribuir para a tomada de decisão no processo terapêutico.		2.1. Promover escolhas que levam a mudanças positivas e estilos de vida saudáveis;			
		2.2. Informar sobre fatores promotores e protetores do bem-estar e da saúde mental;			
		2.3. Promover a adesão no processo terapêutico.			
		<b>Resultados Esperados</b>			
		Aumento do conhecimento e aquisição de competências para reduzir as recaídas e gerir regime terapêutico.			
		<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
		10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos objetivos.</li> </ul>	Método expositivo e interativo	Cadeiras Computador
1.1	2.1. 2.2. 2.3.	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de regime terapêutico.</li> <li>• Qual a razão para não tomar a medicação?</li> <li>• Estratégias de adesão à terapêutica.</li> <li>• Importância do exercício físico.</li> <li>• Importância de uma alimentação saudável.</li> <li>• Descrição de uma situação de não adesão e posterior identificação dos fatores de adesão e não adesão.</li> </ul>	Método expositivo interrogativo e interativo	Cadeiras Computador
		10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>	Método expositivo, interrogativo e interativo	Cadeiras Computador

Plano das sessões de Psicoeducação (Higiene do Sono)					
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos			<b>Local:</b> HD		
<b>Co-Moderador:</b> Enfermeira orientadora					
<b>Data e Hora:</b> 30/11/2021 das 11h.30min às 12h.15min			<b>Grupo-alvo:</b> Clientes que frequentam o HD.		
<b>Número da sessão:</b> 1					
<b>Duração da sessão:</b> 45 minutos					
<b>Critérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram e manifestem vontade em participar nas sessões, diagnóstico de enfermagem de défice de conhecimento, agravamento de sintomas da patologia de base e sintomas de não adesão terapêutica.			<b>Critérios de Exclusão:</b> Défice cognitivo acentuado, Atividade alucinatória e/ou delirante acentuada, agitação psicomotora, estado confusional, comportamento desorganizado, desadequado e não colaborante.		
<b>1. Objetivo da intervenção</b>		<b>2. Objetivos específicos</b>			
1.1. Capacitar os doentes de conhecimentos acerca de uma boa Higiene de Sono.		<p>2.1. Realçar a importância de uma boa Higiene de Sono para bem-estar geral;</p> <p>2.2. Identificar fatores que facilitem e inibem o sono;</p> <p>2.3. Identificar alterações no padrão de sono;</p> <p>2.4. Enumerar estratégias para a manutenção de hábitos saudáveis de sono e repouso;</p>			
		<b>Resultados Esperados</b>			
		Identificação de fatores que promovam uma boa higiene do sono.			
		<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
		10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos objetivos</li> </ul>	Método expositivo/interativo	Cadeiras Computador
1.1	2.1. 2.2. 2.3. 2.4	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de Sono.</li> <li>• Como caracterizam o vosso sono?</li> <li>• Fatores que facilitem o sono?</li> <li>• Fatores que inibem o sono?</li> <li>• Presença de insónia inicial/intermédia/terminal?</li> <li>• Quais funções do sono?</li> <li>• Qual a importância do dormir?</li> <li>• Quais efeitos de não dormir?</li> </ul>	Método expositivo	Cadeiras Computador
		10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da sessão</li> </ul>	Método interrogativo/interativo	Cadeiras Computador

**Apêndice IV – Apresentações em PowerPoint das Sessões de Psicoeducação**

## Adesão ao Regime Terapêutico

Formadora: Kátia Simão dos Santos (MSSAP)

1

### Objetivo Geral da Sessão

Contribuir para a tomada de decisão na adesão ao regime terapêutico.

2

### Objetivos Específicos da Sessão

- Reconhecer os benefícios do cumprimento do esquema/regime terapêutico;
- Identificar fatores/motivos de não adesão;
- Enxergar estratégias e atitudes que facilitem o cumprimento da medicação;
- Aumentar a autonomia na gestão do regime terapêutico.

3

## Adesão ao Regime Terapêutico

- TOMAR A MEDICAÇÃO;
- IR ÀS CONSULTAS E TRATAMENTOS;
- EXERCÍCIO FÍSICO;
- ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL;
- ABANDONAR COMPORTAMENTOS DE RISCO;

(Catalá & Amendoim, 2010)

4

## Regime Terapêutico

► Inclui o cumprimento da medicação de acordo com a prescrição (não falha a toma, cumpre os horários, cumpre a dose), bem como a adoção de comportamentos de saúde (hábitos de vida saudáveis).

(Catalá & Amendoim, 2010)

5

Adesão ao Regime Terapêutico

↓

Reduz os sintomas da doença

↓

Reduz risco de recaída

↓

Melhora a Qualidade de Vida

6

### Grupos Farmacológicos

Estabilizadores de Humor	Antidepressivos	Antipsicóticos	Benzodiazepinas (Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos)
Lítio; Ácido Valpróico; Aripiprazol; Gabapentina; Topiramato.	Risperidol; Escitalopram; Fluoxetina; Mirtazapina; Paroxetina; Sertralina; Trazodona; Venlafaxina	Clozapina; Flupentolol; Haloperidol; Olanzapina; Paliperidona; Quetiapina; Risperidona; Zuclopentixol	Alprazolam; Clonazepam; Diazepam; Lorazepam; Oxazepam

7



8

### Recomendações (Efeitos Secundários da Medicação)



Importante registar efeitos secundários e comunicar aos profissionais;



Existem medicamentos que reduzem ou controlam esses mesmos efeitos;



Os benefícios dos medicamentos são superiores aos efeitos secundários.

(Wright, J., Turkington, D., Kingston, D., & Bisco, M., 2009)

9

### Porquê da Adesão



10

### Porquê da Adesão? (cont.)



**Mais eficácia**  
A eficácia da medicação depende de toma, correta, sem falhas.



**Maior segurança**  
A toma de medicação correta reduz o risco de ocorrência de efeitos secundários, bem como o desenvolvimento de resistência aos medicamentos, com falhas de sua eficácia.




**Sentir-se melhor**  
A toma de medicação de acordo com as indicações do médico reduz a progressão de doença e/ou os seus sintomas.

(Wright, J., Turkington, D., Kingston, D., & Bisco, M., 2009)

11

### Qual a razão para não tomar a medicação? (Não Adesão)



12

**Qual a razão para não tomar a medicação? (Não Adesão)**

- ▶ Não aceita a doença;
- ▶ Os sintomas não são entendidos como graves, logo não é preciso tomar;
- ▶ “Não quero ser controlado por medicamentos”;

(Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D., & Basco, M., 2009)

13

**Qual a razão para não tomar a medicação? (Não Adesão) (cont.)**

- ▶ Não acredita na medicação ou nos profissionais de saúde;
- ▶ Não gosta ou não tolera os efeitos secundários da medicação;
- ▶ “A medicação parece não ajudar”;

(Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D., & Basco, M., 2009)

14

**Qual a razão para não tomar a medicação? (Não Adesão) (cont.)**

- ▶ “Viu pessoas próximas a ter experiências negativas”;
- ▶ “Esquece-se de tomar a medicação”;
- ▶ Dificuldade na organização;
- ▶ Estigma das outras pessoas em relação à doença mental.

(Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D., & Basco, M., 2009)

15

**Estratégias para Evitar Esquecimentos de Toma da Medicação**

Tome todos os dias à mesma hora	Lembretes no telemóvel	“Porta-comprimidos” Portátil/ Organizador de Comprimidos
Guardar a medicação num local visível e habitual	Alarme Portátil	Associar a toma de medicação a uma atividade do dia-a-dia
	Peça ajuda de familiares ou amigos para o lembrar de tomar a medicação	

16

**EXERCÍCIO: DESCRIÇÃO SITUAÇÃO DE NÃO ADESÃO (2ª PARTE)**

17

D. Alzira: “Sabe Sr.ª Enfermeira aborrece-me tomar tantos comprimidos. Tenho de os tomar várias vezes ao dia. Se fosse só uma vez por dia era mais fácil... às vezes até me esqueço... Se fosse outra pessoa a darmos, se calhar era mais fácil... mas em casa não me dão apoio...quando estou no trabalho, não me dá jeito tomá-los e também não quero que os meus colegas vejam. Às vezes só tomo à noite os de dormir, porque sem eles não durmo... e depois, tenho que os tomar durante meses seguidos”.

1. Identifique qual a razão da D. Alzira não tomar a medicação.

18

No seguimento desta conversa a enfermeira questiona como se sente com a medicação. A mesma responde que "Às vezes não me sinto nada bem. Alguns medicamentos acho que me fazem mal. São muito fortes, o médico tem que os trocar e dar-me outros. Nunca faço um tratamento completo, geralmente. A coisa que mais me angustia é engordar muito... sinto-me triste, não gosto de mim... ainda fico pior... também dão muito sono, só me apetece dormir". Quando me sinto melhor só tomo alguns, os de dormir é que é raro deixar de tomar, os da depressão, principalmente quando me sinto bem, deixo-os de tomar".

1. Identifique qual a razão da D. Alzira não tomar a medicação.

19

Neste sentido a Enfermeira questiona: "O que a leva a deixar de tomar os medicamentos da depressão. É por se sentir melhor?". A utente refere "é um dos motivos. Sabe, lá em casa o meu marido acha que eu não preciso deles, que me fazem mal, que sou é manhosa e que não quero trabalhar, mas não é verdade. Eu não me sinto bem. Depois quando regresso ao trabalho, os meus colegas não me apoiam muito, eles acham que sou maluca por estar internada num hospital". Por outro lado, como passo muito tempo de baixa, o dinheiro não dá para tudo, tenho dois filhos a estudar, o meu marido, o que ganha não dá para tudo, então prefiro comprar coisas para comer e para o dia-a-dia e então só vou tomando os que tenho em casa, porque também não quero comprar fiado e alguns medicamentos são caros.

1. Identifique qual a razão da D. Alzira não tomar a medicação.

20

Mas agora gostava de saber como faz para não se esquecer de tomar os medicamentos?".

A D. Alzira responde, "quando estive internada os enfermeiros fizeram reuniões onde se falava sobre muitas coisas como por exemplo a importância dos medicamentos, o que é a depressão, a importância do exercício físico e da alimentação, sobre o tabaco, etc.. Fizeram tipo um filme e no final deram uns papéis escritos sobre aquilo que vimos. Achei isso útil e quando tive alta, tive vontade de cumprir com tudo. Quando fui para casa, tive o cuidado de deixar os medicamentos em cima da mesa da cozinha para não me esquecer quando estava a comer, ou quando estava no trabalho, tinha uma caixinha para os preparar com os horários das refeições, mas comecei a sentir-me melhor e nem isso faço agora. Como me sinto melhor, já não preciso deles.

1. Identifique quais as estratégias que a D. Alzira utilizou para não se esquecer de tomar a medicação.

2. Identifique factores que podem auxiliar na adesão ao regime terapêutico.

21

### Bibliografia:

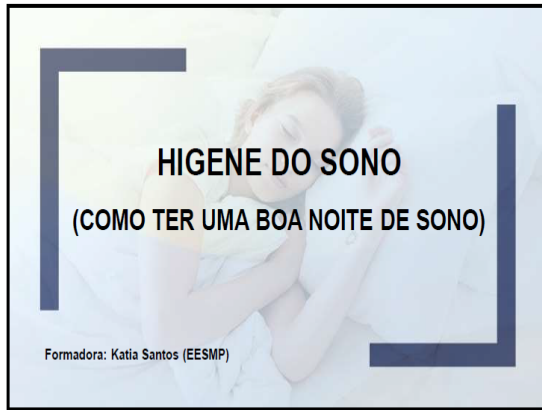
- ▶ Catela, A., & Amendoeira J.(2010).Viver a Adesão ao Regime Terapêutico: Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*,14(2),9-54;
- ▶ Wright, J.; Turkington, D.; Kingdon, D. & Basco, M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Doenças Mentais Graves*. São Paulo: Artmed.
- ▶ World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies:Evidence for action. Acedido em 1/11/2021, disponível em <http://www.who.int/chronic.conditions/adherence/en/>;
- ▶ World Health Organization (2011). Acedido em 1/11/2021,disponível em [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).

22

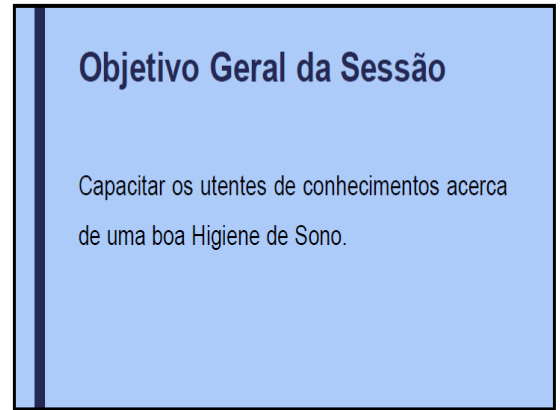


MUITO  
OBRIGADO  
PELA VOSSA  
ATENÇÃO E  
PARTICIPAÇÃO

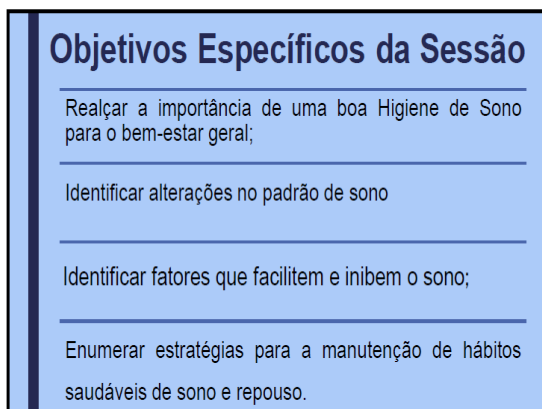
23



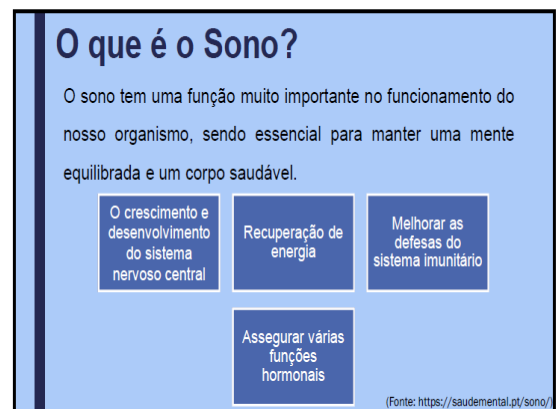
1



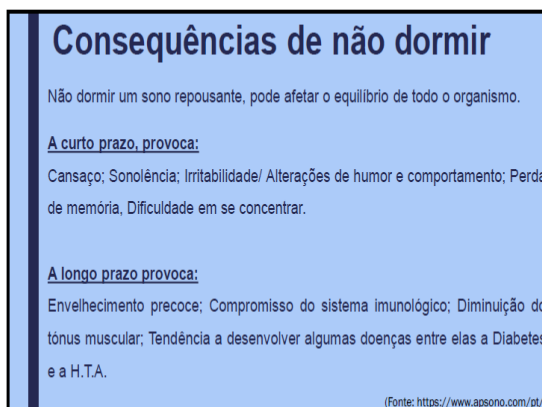
2



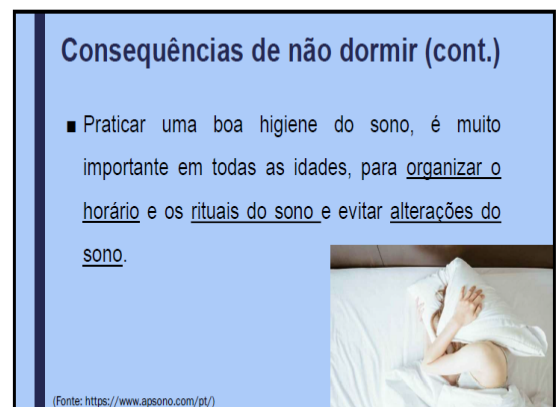
3




4



5



6



### A Insónia


É o problema mais frequente.

Pode surgir de diferentes formas:

- Dificuldade em adormecer;
- Adormecer facilmente mas acordar muitas vezes durante a noite;
- Acordar antes de ter dormido o suficiente e não conseguir voltar a dormir.

(Fonte: <https://saudemental.pt/sono/>)

7



### A Insónia (cont.)


Pode ser considerada:

- Transitória (apenas algumas noites);
- De curto prazo (duas a quatro semanas);
- Crónica (durante a maior parte das noites durante pelo menos um mês).

(Fonte: <https://saudemental.pt/sono/>)

8

### Dados estatísticos:



A investigação sugere que, por cada hora perdida de sono, exista um aumento:

- 14% no risco de emoções negativas que afetam a nossa capacidade de funcionar no dia-a-dia;
- um aumento de 38% da probabilidade de nos sentirmos tristes;
- um aumento de 23% na probabilidade de usarmos tabaco ou álcool.

(Fonte: <https://www.apsono.com/pt/>)

9


### Fatores que interferem no sono



- Ambientais
- Emocionais
- Alimentação
- Hábitos ou vícios
- Problemas Saúde

(Fonte: <https://www.apsono.com/pt/>)

10




### 10 Mandamentos do Sono

1. Estabelecer um horário de dormir e acordar regular.
2. Se tem o hábito de fazer sestas, não exceda os 45 minutos de sono durante o dia. Mas se tem problemas em dormir, evite as sestas durante o dia.
3. Evite a ingestão excessiva de álcool quatro horas antes da hora de dormir, e evite fumar.

(Fonte: World Association of Sleep Medicine)

11

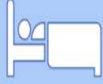


### 10 Mandamentos do Sono

4. Evite o consumo de cafeína seis horas antes da hora de dormir. Isto inclui café, chá e vários refrigerantes, e também o chocolate.
5. Evite comidas pesadas, picantes ou doces em excesso, quatro horas antes da hora de dormir. Uma refeição pequena e ligeira antes de se ir deitar é aceitável.
6. Faça exercício físico regular, mas não imediatamente antes de se ir deitar..

(Fonte: World Association of Sleep Medicine)

12



10  
Mandamentos  
do Sono

7. Utilize roupa de cama confortável e agradável.
8. Encontre um nível de temperatura agradável e mantenha o quarto bem arejado.
9. Bloqueie todo o ruído que cause distração e elimine a luminosidade ao máximo (dentro da sua preferência).
10. Reserve o seu quarto para dormir. Evite utilizá-lo para trabalho ou recreação geral.

(Fonte: World Association of Sleep Medicine)

13

**DURMA BEM,  
DESFRUTE A VIDA!**



14

**Bibliografia:**

[https://apsono.com/pt/;](https://apsono.com/pt/)

[https://saudental.pt/sono/;](https://saudental.pt/sono/)

World Association of Sleep Medicine. 10 Commandments of Sleep Hygiene for Adults. Disponível em: [http://worldsleepday.org/274/.](http://worldsleepday.org/274/)

15



MUITO OBRIGADO  
PELA VOSSA  
ATENÇÃO E  
PARTICIPAÇÃO

16

**Apêndice V – Autorização para Aplicação do Instrumento de Avaliação**

27/03/22, 23:17

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio - Pedido autorização resultados NOC ansiedade



KATIA SIMÃO DOS SANTOS <katiasantos@campus.esel.pt>

---

## Pedido autorização resultados NOC ansiedade

---

Francisco Sampaio <fsampaio@ufp.edu.pt>

5 de novembro de 2021 às 18:01

Para: KATIA SIMÃO DOS SANTOS <katiasantos@campus.esel.pt>

Estimada Sra. Enf. Kátia Simão dos Santos,

Antes de mais, gostaria de parabenizá-la pelo tema que pretende trabalhar já que este é, efetivamente, um dos problemas de saúde mental mais significativos que existem na população portuguesa. Assim, autorizo o uso dos resultados NOC "Nível de Ansiedade" e "Autocontrolo da Ansiedade" para fins clínicos e de investigação no contexto do seu percurso de Mestrado.

Indo de encontro ao solicitado, envio em anexo os instrumentos em formato pdf, e aproveito para lhe desejar as maiores felicidades para o seu percurso académico e profissional.

Com os melhores cumprimentos, e ao dispor,

**Francisco Sampaio**, RMN, MSc, PhD, Postdoc  
(Professor Adjunto)  
E-mail: [fsampaio@ufp.edu.pt](mailto:fsampaio@ufp.edu.pt)


---


Fundação Fernando Pessoa - Escola Superior de Saúde  
Rua Delfim Maia, 334 | 4200-253 Porto  
Tel: + 351 225 096 371  
URL: [www.ufp.pt](http://www.ufp.pt) | E-mail [geral@fundacaofernandopessoa.pt](mailto:geral@fundacaofernandopessoa.pt)

[Citação ocultada]

---

### 2 anexos

 **NOC Autocontrolo da Ansiedade.pdf**  
49K

 **NOC Nível de Ansiedade.pdf**  
56K

**Apêndice VI - Questionário de Avaliação das Sessões de Relaxamento**

## **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE RELAXAMENTO**

O presente questionário, pelo qual agradeço a sua disponibilidade é realizado no âmbito da avaliação das Sessões de Relaxamento. O seu preenchimento não lhe tomara mais de 10 min. Previamente agradeço a veracidade das suas respostas e comprometo-me a guardar confidencialidade das suas opiniões.

Assinale com uma cruz a sua resposta se faz favor

### **1. Qual o seu nível de satisfação com as sessões de relaxamento?**

- Muito pouco satisfeito\_\_\_
- Pouco satisfeito\_\_\_
- Nem muito, nem pouco satisfeito\_\_\_
- Satisfeito\_\_\_
- Bastante satisfeito\_\_\_

### **2. Qual o contributo das sessões de relaxamento para promover a sua capacidade de gerir a ansiedade sem recorrer a medicação ansiolítica (ex.: Diazepam...)?**

- Nada uteis\_\_\_
- Pouco uteis\_\_\_
- Nem muito, nem pouco útil\_\_\_
- Uteis\_\_\_
- Muitos uteis\_\_\_

### **3. Qual a influencia das sessões de relaxamento tiveram na:**

#### **3.1- Na sua relação com os outros**

- Nada positiva\_\_\_
- Pouco positiva\_\_\_
- Nem muito, nem pouco positiva\_\_\_
- Positiva\_\_\_
- Muito positiva\_\_\_

#### **3.2- Na sua vida familiar**

- Nada positiva\_\_\_
- Pouco positiva\_\_\_
- Nem muito, nem pouco positiva\_\_\_
- Positiva\_\_\_
- Muito positiva\_\_\_

#### **3.3- Na relação com os colegas do grupo terapêutico**

- Nada positiva\_\_\_
- Pouco positiva\_\_\_
- Nem muito, nem pouco positiva\_\_\_
- Positiva\_\_\_
- Muito positiva\_\_\_

**4. Refira em duas palavras o que gostou mais desta atividade?**

---

---

---

---

---

---

**5. Diga em que medida estas atividades contribuíram para o controle da sua ansiedade.**

---

---

---

---

---

---

Muito Obrigado

**Apêndice VII - Grelha de Avaliação da Participação dos Clientes**

## FICHA DE OBSERVAÇÃO

<b>Nome da Sessão:</b> _____				
<b>Nº sessão:</b> _____			<b>Data:</b> ____/____/____	
<b>Aspetos a observar:</b>	<b>Participantes</b>			
Comportamento				
Participação				
Interação				
Atenção				
Satisfação				
Outras observações:				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				

**Legenda:**

**Comportamento** (1-Inquieto; 2-Agitado; 3-Desorganizado; 4-Adequado); **Participação** (1-Recusou integrar o grupo, sem justificação; 2-Recusou integrar o grupo, justificando-se; 3-Necessitou de estimulação; 4-Participou espontaneamente); **Interação** (1-Não interagiu; 2-Interagiu só quando solicitado; 3-Interagiu de forma espontânea); **Atenção** (1-Ausente; 2-Flutuante; 3-Presente); **Satisfação** (1-Ausente; 2-Presente ocasionalmente; 3-Presente).

Assinatura do Dinamizador

\_\_\_\_\_

**Apêndice VIII - Questionário de Avaliação das Sessões de Psicoeducação**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO SOBRE**  
**ADESÃO TERAPÊUTICA**

O presente questionário, pelo qual agradeço a sua disponibilidade é realizado no âmbito da avaliação das Sessões de Psicoeducação. O seu preenchimento não lhe tomara mais de 10 min. Previamente agradeço a veracidade das suas respostas e comprometo-me a guardar confidencialidade das suas opiniões.

Assinale com uma cruz a sua resposta se faz favor

**1. A adesão ao regime terapêutico inclui a toma correta da medicação, ir às consultas e fazer os tratamentos.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**2. A adesão ao regime terapêutico não reduz os sintomas da doença.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**3. Os medicamentos antipsicóticos servem para diminuir as alucinações e delírios.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**4. Os medicamentos antidepressivos servem para deixar as pessoas tristes.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**5. Os efeitos secundários da medicação não desaparecem.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**6. Um dos efeitos secundários da medicação é aumento de apetite/peso.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**7. Algumas pessoas deixam de tomar a medicação porque “não querem ser controlados pelos medicamentos”.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**8. Guardar a medicação num local visível e habitual ajuda a não esquecer a toma da medicação.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**9.Qual a medicação que faz e para que serve?**

---

---

---

---

---

---

---

**10.Quais as estratégias/formas que usa para não se esquecer de tomar os comprimidos?**

---

---

---

---

---

---

---

Muito Obrigado

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO SOBRE**  
**HIGIENE SONO**

O presente questionário, pelo qual agradeço a sua disponibilidade é realizado no âmbito da avaliação das Sessões de Psicoeducação. O seu preenchimento não lhe tomara mais de 10 min. Previamente agradeço a veracidade das suas respostas e comprometo-me a guardar confidencialidade das suas opiniões.

Assinale com uma cruz a sua resposta se faz favor

**1. O exercício físico realizado à noite facilita o sono.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**2. A presença de luz artificial durante a noite interfere com o sono.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**3. Não faz mal dormir pouco durante toda a semana desde que se compense ao fim-de-semana.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**4. A qualidade do sono é importante para a memória e atenção.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**5. É durante o sono o cérebro diminui a sua atividade para descansar.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**6. As alterações do sono aumentam a probabilidade de aparecimento de certas doenças como diabetes e HTA (tensão arterial alta).**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**7. Estabelecer um horário de sono consiste em deitar todos os dias à mesma hora e levantar-se à mesma hora.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**8. Há relação entre doença mental e alterações do sono.**

Verdadeiro\_\_\_

Falso\_\_\_

**9.Qual o assunto que achou mais interessante? Porquê?**

---

---

---

---

---

---

---

**10.Sobre o que foi falado gostaria de aprofundar mais alguns dos temas?**

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito Obrigado

**Apêndice IX - Planejamento e Reflexão das Dinâmicas Grupo (Internamento)**

<b>Plano da sessão</b> <b>“As emoções”</b>			
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos <b>Co-Moderador:</b> Enfermeira orientadora		<b>Local:</b> Internamento	
<b>Data e Hora:</b> 18/01/2022 das 10h às 10h.40min		<b>Grupo-alvo:</b> Clientes internados	
<b>Número da sessão:</b> 1 <b>Duração da sessão:</b> 40 minutos			
<b>Critérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram participar na atividade e com diagnósticos de Enfermagem de: Autoestima diminuída; Humor deprimido; Comunicação expressiva diminuída; Interação/Relação social diminuída.		<b>Critérios de Exclusão:</b> Clientes com défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades em grupo, conduta agressiva ativa e incapacidade de comunicação em língua portuguesa/presença de défices sensoriais.	
<b>Objetivo da intervenção</b>			
Promover o reconhecimento de sentimentos, facilitar expressão de emoções, proporcionar a reflexão em torno das emoções.			
<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Receber os clientes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.</li> <li>Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.</li> </ul>	Método explicativo	Mesa Cadeiras
20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cada elemento retira um papel do saco que tem uma emoção/sentimento inscrita, não mostra a ninguém.</li> <li>Representa a emoção/ sentimento através do desenho. Após terminar, os desenhos são expostos para todos os elementos do grupo verem.</li> </ul>	Método interativo	Saco Folhas A4 Caneta de cor Lápis de cor
10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cada desenho será alvo de discussão em grupo, tentando os restantes elementos adivinhar qual a emoção representada.</li> <li>Posteriormente o autor da pintura refere qual a emoção representada e o porquê de a pintar dessa forma.</li> </ul>	Método Interativo	Cadeiras
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.</li> </ul>	Método interativo	Cadeiras

## Reflexão

Nesta atividade participaram seis clientes: uma cliente do gênero feminino de 58 anos, com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva, uma cliente do gênero feminino de 55 anos, com diagnóstico perturbação bipolar, uma cliente do gênero feminino de 46 anos, com diagnóstico de depressão, uma cliente do gênero feminino de 68 anos, com diagnóstico de depressão major, uma cliente do gênero feminino de 69 anos, com diagnóstico de depressão e um cliente do gênero masculino de 53 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

O objetivo da intervenção passou por promover o reconhecimento de sentimentos, facilitar a expressão de emoções, de forma a proporcionar um momento de reflexão em torno das emoções, com o objetivo de promover o processo de tomada de consciência de si. A intervenção passou, em primeiro lugar, por cada cliente escolher aleatoriamente um papel que continha o nome de uma emoção/sentimento, e seguidamente representava-os através da pintura (lápis de cor e canetas de filtro). Surgiram comentários de alguns clientes a referir que não sabiam desenhar muito bem, demonstrando alguma renitência inicial em realizar a atividade. Foi esclarecido que não importava o desenho em termos artísticos, mas sim o que este simbolizava para cada um. O desenho poderia ser abstrato, poderiam desenhar apenas cores ou formas que lhes fizessem sentido, ou seja, aquilo que quisessem. Após esta explicação, todos os clientes realizaram os desenhos/pinturas. Quando lhes foi pedido para mostrarem aos restantes elementos do grupo os desenhos sem fazerem comentários sobre o mesmo, assim o fizeram. Ao contrário do que estava à espera, os clientes conseguiram encontrar um equilíbrio entre os momentos de partilha/escuta. No final explicaram o porquê de terem desenhado/pintado a emoção daquela forma.

A terapia através da arte abre espaço para explorar e experienciar emoções e conflitos internos, conseguindo-se aceder ao subconsciente da pessoa. Podem ser utilizados diversos materiais, ferramentas e tarefas que podem ser, ou não, estruturadas, estando implícita a liberdade de expressão, aceitação sem julgamentos e honestidade. Sentimentos, pensamentos ou comportamentos difíceis de lidar ou processar podem ser explorados sem serem expressos em palavras. Isso pode ajudar a pessoa a reconhecer as suas emoções conflituantes e a encontrar uma forma mais construtiva de lidar com as mesmas (Coqueiro et al., 2010; Haeyen, 2018).

Seguidamente, apresento uma pequena descrição dos momentos da interação mais significativos à volta da análise das representações artísticas. A cliente I. que ficou de representar o “**medo**”, explicou o processo de expressar o mesmo utilizando as seguintes palavras: “o medo é como estar fechado dentro de uma caixa e não conseguir sair. “Eu perante pessoas novas tenho medo do que elas vão pensar sobre mim, e fico mais tímida e retraída.” (sic). A cliente S. em retribuição referiu “não será mais vergonha do que medo. Aquilo que sentes quando conheces pessoas novas?” (sic). A cliente I. indicou “não é mesmo medo. Tenho medo do que as pessoas não gostem de mim.” (sic). Já a cliente L. comentou “Acho

que não debes ter medo. Nem todas as pessoas vão gostar de nós. Temos que dar mais valor aquelas que gostam, e não dar importância aquelas que não gostam.” (sic). Relativamente à sua experiência pessoal a cliente A. comentou “Tenho muito medo de não conseguir fazer as coisas. Não sei porquê?” (sic).

O cliente M. ficou de representar a “**tristeza**” comentando que “Desde que a minha mãe morreu sinto uma tristeza. Tenho irmãos que gostam de mim e apoiam. Mas a minha mãe era o meu apoio, orientava as coisas que tinha de fazer, a minha vida. Depois do falecimento dela fiquei com muito medo que ainda atualmente sinto. Sem motivo fico com medo e só quero ficar sozinho.” (sic). A cliente A. acrescentou “Compreendo. Desde muito jovem também sinto muita tristeza, mas com a medicação foi melhorando. Mas com a morte do meu marido essa tristeza voltou.” (sic).

A cliente A. ficou de representar a “**raiva**” descrevendo que “Desenhei assim a raiva. Uma pessoa com as bochechas muito vermelhas e as sobrancelhas franzidas.” (sic). A cliente I. em resposta acrescentou “Agora que fala nisso já consigo identificar melhor. Estou a ver as sobrancelhas franzidas. Eu, quando sinto raiva, no meu interior só me apetece partir coisas. Mas contengo-me, pois, sei que é errado.” (sic).

A cliente B. ficou de representar o “**amor**”. Os restantes elementos identificaram logo a emoção e surgiram vários comentários tais como: a cliente A. disse “Sim é o amor e os diferentes tipos de amor como o amor de uma mãe pelo filho, amor entre uma família, amor entre um casal, entre amigos ...” (sic). A cliente S. acrescentou “O amor pode-se estender além das pessoas. No meu caso, amo a natureza, gosto muito de estar ao ar livre e respirar o ar puro. A natureza traz-me tranquilidade.” (sic). O cliente M. referiu “o amor também pode estender-se a uma entidade superior, como Deus.” (sic).

A cliente N. representou a “**frustração**” referindo “Não sabia muito bem como representara a frustração. Fiz uma cara a chorar de tanta frustração. Quando me sinto frustrada só me apetece chorar.” (sic). A cliente S. comentou “Sim. Este é muito difícil de representar. A frustração muitas vezes pode-se confundir com a raiva. Mas vai mais para além da raiva. Para mim, considero que é um obstáculo que está sempre à nossa frente para conseguirmos aquilo que queremos muito.” (sic).

A cliente S. desenhou a “**alegria**” referindo que “Desenhei assim a alegria pois para mim um dia de sol radioso a fazer um piquenique com os meus filhos é o que me traz alegria. Também o contato com a natureza traz-me muita alegria e satisfação.” (sic). Em contrapartida a cliente A. comentou “Infelizmente cada vez mais tenho poucos momentos de alegria. Estes medos em não conseguir fazer as coisas, tira-me a alegria de viver.” (sic).

Ao longo da atividade senti que a expressão emocional esteve presente, com maior ou menor dificuldade em todos os clientes. Foram trabalhados os comentários dos clientes sobre a forma como representaram a emoção que lhes foi sorteada, e os feedbacks dos restantes elementos a estes comentários; identificando-se emoções básicas e sociais. Uma

vez que o reconhecimento das emoções é o que irá ajudar a compreendê-las, lidar melhor com as situações e o com aquilo que sentimos, solucionar conflitos com mais facilidade e com menos sofrimento.

Na avaliação, os clientes referiram ter gostado de participar, atribuíram importância ao tema e referiram não refletir mais vezes sobre esta temática. Acrescentaram, também, que algumas emoções são muito difíceis de representar em papel e adivinhas sendo muito difícil reconhecer os sentimentos dos outros, já que cada pessoa manifesta as suas emoções de formas diferentes. Surgiram frases tais como: “Eu não teria representado assim essa emoção”, “Esta foi difícil de adivinhar” e “É difícil saber o que os outros estão a sentir” (sic). Dentro dos efeitos terapêuticos da arteterapia, temos o aumento da autoconsciência, o desenvolvimento de habilidades sociais, a resolução de problemas, a diminuição da ansiedade e o aumento da autoestima (Malchiodi, 2005). Quando uma pessoa refere nunca pensar no assunto, nega demonstrar que não está bem, ou não quer encarar as outras pessoas, estes factos devem ser analisados e interpretados, orientando o cliente sobre o seu estado emocional, proporcionando-lhe elementos de autoanálise e servindo de reflexo empático para que a pessoa não fique confusa dentro do seu estado emocional, assumindo-o e manuseando-o. Assim, a comunicação sobre a dimensão emocional, o intercâmbio de informações, assim como a aceitação e evolução através do *feedback* são fundamentais para o bom funcionamento e evolução grupal (Guerra et al., 2013).

## **Referências Bibliográficas**

Coqueiro, F., Vieira, R., & Freitas, M. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 859-862

Guerra, M., Lima, L., & Torres, S. (2013). *Intervir em grupos na saúde* (2ª ed.). Climepsi editores.

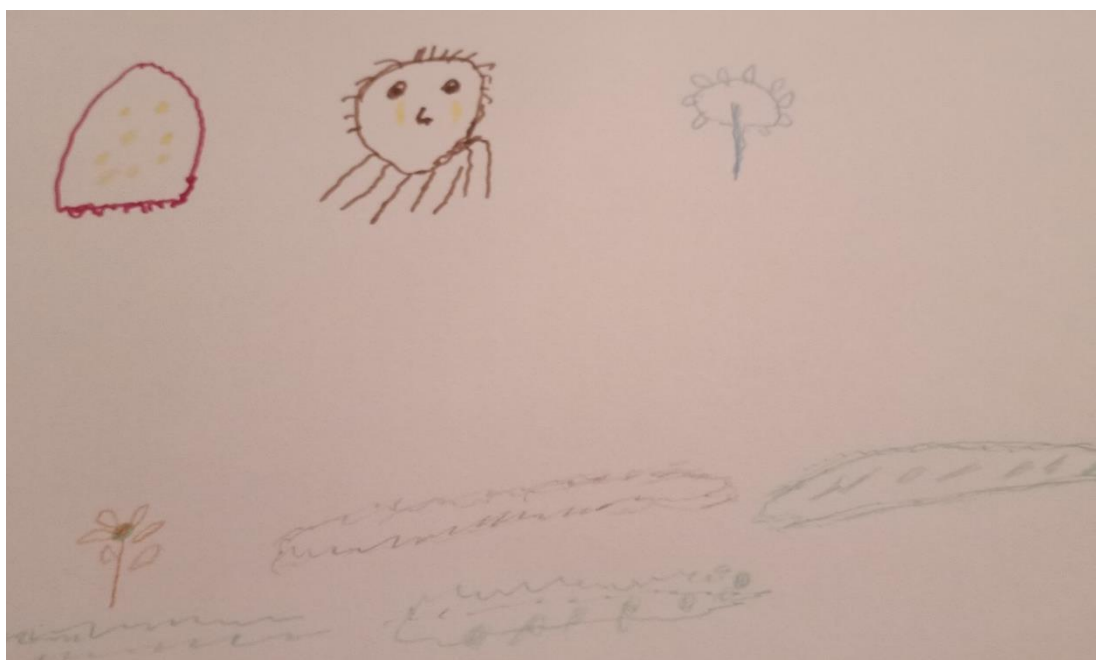
Haeyen, S. (2018). *Art therapy and emotion regulation problems: Theory and workbook*. Palgrave Macmillan.

Malchiodi, C. (2005). *Expressive therapies*. Guilford Press.

Ilustrações dos clientes



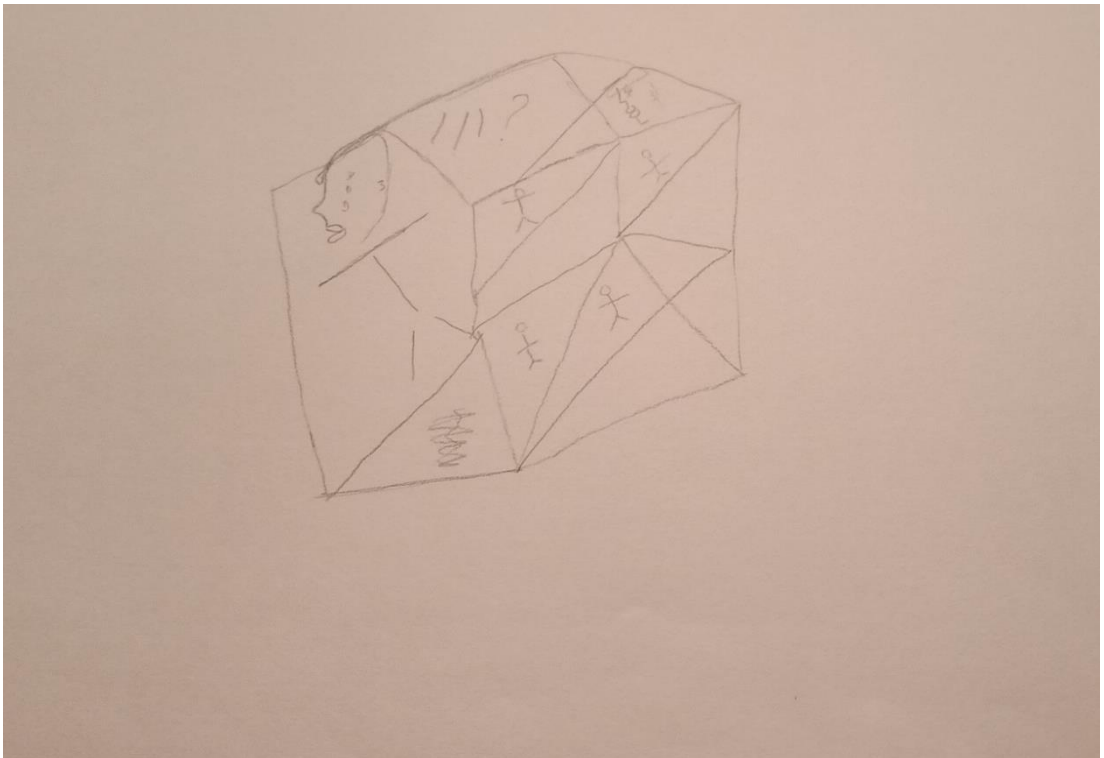
**Tristeza**



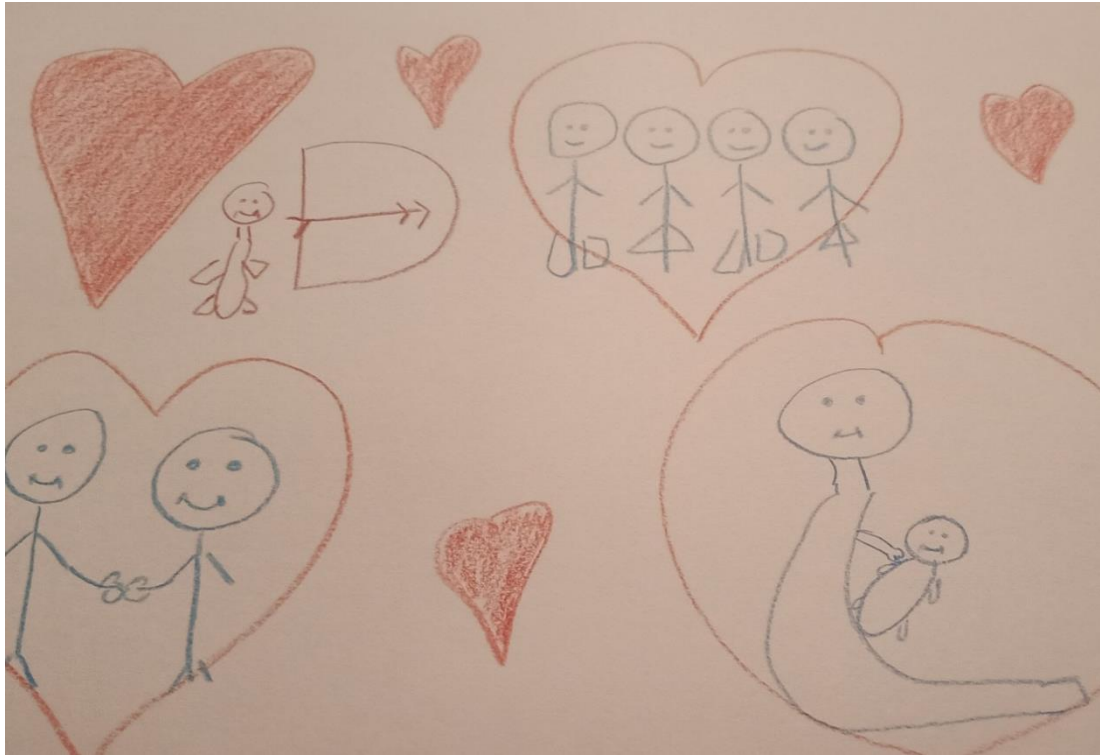
**Frustração**



Raiva



Medo



Amor



Alegria

Plano da sessão			
“Comentário de Provérbios”			
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos		<b>Local:</b> Internamento	
<b>Co-Moderador:</b> Enfermeira orientadora			
<b>Data e Hora:</b> 21/01/2022 das 10h às 10h.40min		<b>Grupo-alvo:</b> Clientes internados	
<b>Número da sessão:</b> 1			
<b>Duração da sessão:</b> 40 minutos			
<b>Crítérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram participar na atividade e com diagnósticos de Enfermagem de: Autoestima diminuída; Humor deprimido; Comunicação expressiva diminuída; Interação/Relação social diminuída.		<b>Crítérios de Exclusão:</b> Clientes com défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades em grupo, conduta agressiva ativa e incapacidade de comunicação em língua portuguesa/presença de défices sensoriais.	
Objetivo da intervenção			
Permitir a interação social entre os clientes; promover a expressão de sentimentos e emoções; promover a comunicação entre os clientes.			
Duração	Conteúdo	Metodologia	Material de apoio
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber os clientes na sala, dando-lhes tempo para se prepararem para a sessão.</li> <li>• Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.</li> </ul>	Método explicativo	Mesa Cadeiras
20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Através de vários exercícios de estimulação cognitiva (palavras soltas, identificação através de imagem e completar frases) é pedido aos clientes para descobrirem os diversos provérbios: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Mais vale tarde que nunca;</li> <li>➢ Não há bem que sempre dure nem mal que nunca acabe;</li> <li>➢ Viver não custa o que custa é saber viver;</li> <li>➢ Tristezas não pagam dívidas;</li> <li>➢ A união faz a força;</li> <li>➢ A galinha da vizinha é sempre melhor que a minha;</li> <li>➢ Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura.</li> </ul> </li> </ul>	Método interativo	Folhas A4 Canetas
10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar aos clientes para comentarem os provérbios, podendo recorrer a exemplos do seu quotidiano.</li> </ul>	Método Interativo	Cadeiras
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.</li> </ul>	Método interativo	Cadeiras

**Exercícios estimulação cognitiva sobre provérbios**

1. Nas palavras seguintes encontram-se 2 provérbios populares procure-os e de seguida escreva-os em baixo.

Tristezas

Vale

Mais

Pagam

Que

Não

Nunca

Dividas

Tarde

Do

---

---

**2. Descubra quais os ditados populares e escreva-os.**



**3. Complete os seguintes provérbios populares.**

Não há bem que sempre dure, \_\_\_\_\_.

A galinha da vizinha é \_\_\_\_\_.

Viver não custa, \_\_\_\_\_.

**Soluções:**

1. Mais vale tarde do que nunca. / Tristezas não pagam dívidas.
2. A união faz a força. / Água mole em pedra dura tanto bate até que dura.
3. Não há bem que sempre dure, nem mal que sempre perdure. / A galinha do vizinho é sempre melhor do que a minha. / Viver não custa o que custa é saber viver.

## Reflexão

Nesta atividade participaram quatro clientes: uma cliente do gênero feminino de 58 anos, com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva, uma cliente do gênero feminino de 55 anos, com diagnóstico de perturbação bipolar, uma cliente do gênero feminino de 46 anos, com diagnóstico de depressão e um cliente do gênero masculino de 53 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

O objetivo da atividade era que os participantes, através de alguns exercícios de estimulação cognitiva, decifrassem quais os provérbios descritos. De forma geral, todos os participantes adivinharam os provérbios, exceto a cliente A, que teve a necessidade de receber alguma ajuda. Seguidamente, os participantes deviam comentar os provérbios podendo recorrer a exemplos do seu quotidiano.

Após a análise dos provérbios por parte dos clientes, verifiquei que os mesmos atingiram os objetivos pretendidos ao entenderem e cumprirem as instruções fornecidas, ao expressarem sentimentos e emoções, e interagindo com os diversos elementos do grupo e moderador da atividade.

Pela análise realizada aos resultados obtidos, constatei, igualmente, que os clientes adquiriram ganhos para a saúde, visto que lhes foi permitido desenvolver o autoconhecimento, a transformação pessoal, a adoção de estratégias de *coping* e a consciencialização e desmistificação de ideias erradas, fruto das reflexões pessoais realizadas.

De um modo geral, considero que os clientes participaram de forma ativa na dinâmica de grupo, expressando sentimentos e emoções, com recurso a exemplos da vida quotidiana e pela partilha de experiências pessoais.

Relativamente ao provérbio “**Tristeza não pagam dívidas**”, a cliente M. referiu “este provérbio aplica-se agora na minha vida. Para mim a tristeza neste provérbio representa os medos que tenho em não conseguir fazer as coisas. É um medo tão grande que fez com que ficasse aqui internada. Antes destes medos fazia tudo em casa: ia às compras, cozinhava, limpava a casa. Ultimamente ficava em casa sentada no sofá a ver televisão, sem fazer mais nada.” (sic). Já a cliente I. disse que “se uma pessoa andar sempre triste não consegue trabalhar e por isso não paga as suas contas.” (sic). Em resposta a este comentário a cliente S. referiu “acho que a palavra dívidas vai mais além do que as contas por pagar. É uma metáfora para os nossos problemas. Pois se uma pessoa andar sempre triste, sempre a lamentar-se não consegue ultrapassar as suas dificuldades. Assim, os problemas não desaparecem.” (sic). O cliente M. referiu “Concordo. Não vale a pena andar triste. Temos de encontrar uma solução para os nossos problemas.” (sic).

Ao que diz respeito ao provérbio “**Mais vale tarde do que nunca**”. Surgiram vários comentários tais como: a cliente S. referiu “Destaca a importância de fazer as coisas, mesmo que seja tarde, em comparação em não as fazer. No meu caso particular valeu ter feito este tratamento tarde, do que nunca o ter feito. Temos de pensar antes de fazer as coisas.” (sic).

Em resposta a este comentário a cliente A. respondeu “É melhor fazer as coisas tarde, do que não fazer. Neste momento é hora de arrumar as minhas ideias, livra-me dos meus medos para começar a melhorar.” (sic). A cliente I. referiu “Mais vale fazer agora, neste momento, do que não fazer. O que nos vem à cabeça é para ser feito hoje e não deixar para amanhã.” (sic). Já o cliente M. respondeu “Acho que já foi tudo dito. Um exemplo, uma pessoa idosa quer aprender a mexer num computador. Tentar nunca é tarde para se aprender coisas.” (sic).

Ao provérbio “**A união faz a força**”, o cliente M. disse “A própria frase diz tudo. Se lutarmos todos pelo mesmo temos força para conseguir mudar as coisas.” (sic). A cliente I referiu “Por exemplo quando jogava futebol a equipa tinha que ser unida para conseguir ganhar o jogo.” (sic). O cliente M. acrescentou “há outro ditado muito parecido. Um por todos e todos por um. Quer dizer o mesmo. As pessoas só conseguem mudar alguma coisas se unirem-se.” (sic). A cliente S. concordou com o que foi dito e acrescentou “sozinhos somos fracos, mas quando nos juntamos ficamos poderosos. Quando todos ajudam nada custa.” (sic).

O provérbio “**Água mole em pedra dura tanto bate até que fura**” foi de compreensão geral do grupo. De uma forma geral, as palavras referidas foram que com “persistência tudo se consegue e com persistência se consegue o que se pretende.” (sic). Já a cliente S. acrescentou “No meu caso em particular tenho que ter muita persistência para conseguir ultrapassar as minhas barreiras para ficar melhor e ir ter com os meus filhos.” (sic).

Já o provérbio “**Não há bem que sempre dure, nem mal que nunca perdure**” foi o que mais afetou emocionalmente os clientes. A cliente I. comentou que “É por ciclos, ao longo da nossa vida à momentos em que estamos muito bem e outros em que estamos muito mal. Agora estou num ciclo mau, mas também já estive pior.” (sic). A cliente A. concordou, dizendo “As coisas duram nunca duram para sempre e às más também não. Espero que os meus medos possam acabar.” (sic). O cliente M. referiu “Sim. É isso mesmo. Nunca nada é eterno. Temos que aproveitar as coisas boas enquanto podemos e não valorizar as más.” (sic). A cliente S. acrescentou “Já foi tudo dito. Tenho de agarrar o bem sempre que se aproxime de mim. No contato com a natureza sinto isso, o bem, por isso é que gosto tanto dela.” (sic).

Relativamente ao provérbio “**A galinha do vizinho é melhor do que a minha**”, de forma geral todos os clientes referiram que “O ser humano nunca esta contente com o que tem. As coisas dos outros são sempre melhores.” (sic). A cliente S. acrescentou que no caso dela já passou por isso “antes de vir para o internamento pensava que só eu é que tinha problemas. Os outros estavam sempre bem. Agora aqui vejo que existem outras pessoas numa situação parecida à minha.” (sic). A cliente I. referiu “Sim. Temos que parar de ver só as coisas más e valorizar aquilo que temos de bom.” (sic).

Ao analisar o provérbio “**Viver não custa. O que custa é saber viver**” surgiram vários comentários. A cliente A. disse que “Saber viver requer competência, determinação e disciplina.” (sic). Já a cliente S. acrescentou que “Existem pessoas que sabem viver.

Conseguem ultrapassar os obstáculos e as coisas boas acontecem-lhe. É o que se pode chamar de *Bom Vivant*, sabe viver a vida.” (sic). A cliente I. afirmou que “Para uma pessoa saber viver é preciso aprender com as suas dificuldades.” (sic). O cliente M. em resposta referiu “tenho que aprender a fazer isso.” (sic).

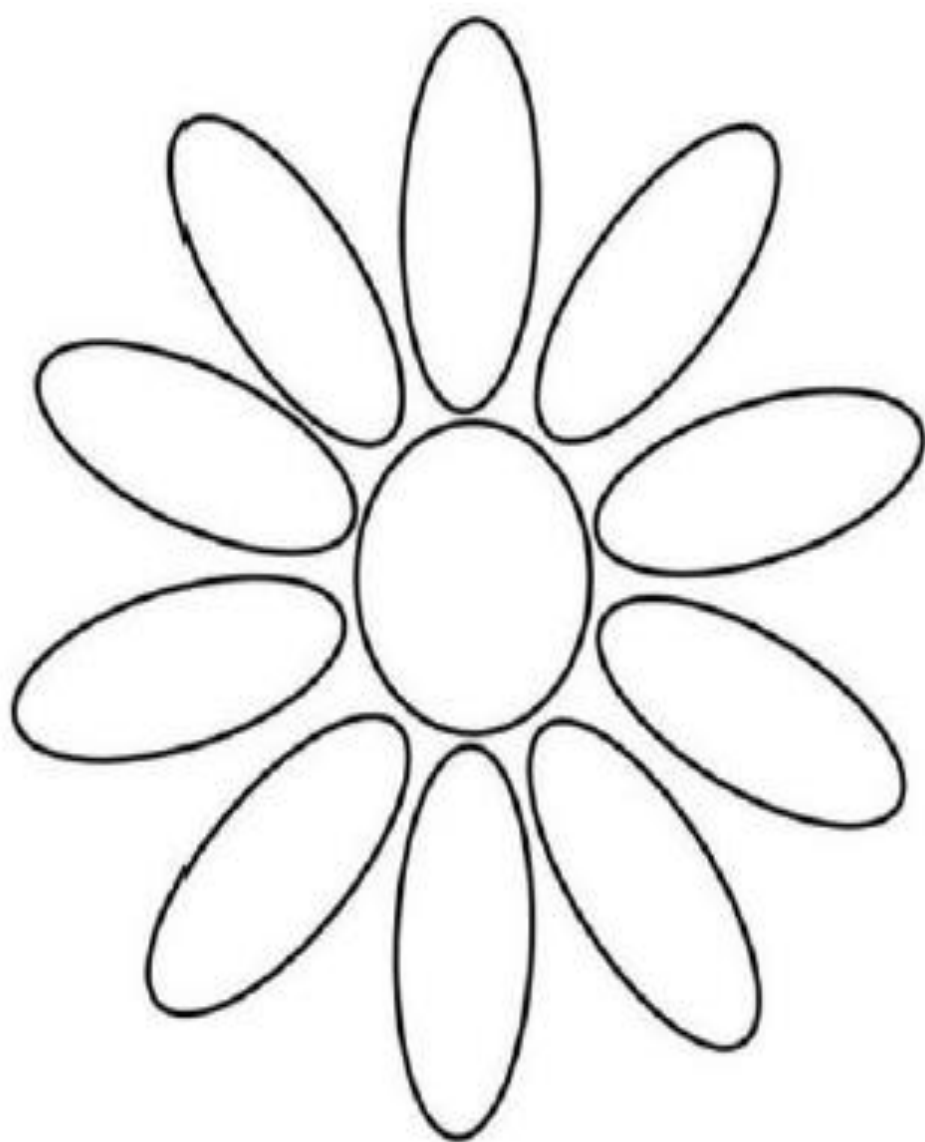
Após esta análise da compreensão dos provérbios populares, concluiu que permitiu aos clientes obterem ganhos em saúde no que concerne ao desenvolvimento de competências sociais, cognitivas, afetivas, relacionais, pessoais, intelectuais e interpessoais.

A título de conclusão, importa referir que ao permitir a realização de “ações que estimulem os indivíduos frente ao saber fazer, sentir, pensar, refletir, e o saber ser, buscando o desenvolvimento em seus clientes, das suas capacidades e competências, em todas as dimensões, sejam físicas, psicológicas, relacionais, afetivas, sociais e políticas” (Ferraz, 2009, p. 23), contribuiu-se igualmente para o alcance do objetivo de estágio, pela promoção de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

## **Referências Bibliográficas**

Ferraz, M. 2009. *Terapias Expressivas Integradas*. Tuttirév Editorial, Lda.

<b>Plano da sessão</b> <b>“Como sou Eu”</b>			
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos <b>Co-Moderador:</b> Enfermeira Orientadora		<b>Local:</b> Internamento	
<b>Data e Hora:</b> 25/01/2022 das 10h às 10h.40min		<b>Grupo-alvo:</b> Clientes internados	
<b>Número da sessão:</b> 1 <b>Duração da sessão:</b> 40 minutos			
<b>Crítérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram participar na atividade e com diagnósticos de Enfermagem de: Autoestima diminuída; Humor deprimido; Comunicação expressiva diminuída; Interação/Relação social diminuída.		<b>Crítérios de Exclusão:</b> Clientes com défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades em grupo, conduta agressiva ativa e incapacidade de comunicação em língua portuguesa/presença de défices sensoriais.	
<b>Objetivo da intervenção</b>			
Promover o reconhecimento de características pessoais, desenvolver a autoconfiança e autoestima, promover capacidade de autoafirmação.			
<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Receber os clientes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.</li> <li>Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.</li> </ul>	Método explicativo	Mesa Cadeiras
10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer uma folha com uma flor de 10 pétalas impressa.</li> <li>Pedir aos clientes que escrevam no centro da flor as palavras “Eu sou” e seguidamente que façam corresponder a cada pétala com uma característica sua.</li> </ul>	Método interativo	Folhas A4 Canetas
20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir que se apresentem individualmente, aos outros clientes lendo primeiro a frase “Eu sou” e depois as características que escreveram.</li> <li>No final da partilha os outros clientes podem acrescentar uma característica positiva que pensem não ter sido reconhecida pela pessoa que está a falar.</li> <li>Discussão em grupo sobre o que foi escrito.</li> </ul>	Método Interativo	Cadeiras
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.</li> </ul>	Método interativo	Cadeiras



## **Reflexão**

Os objetivos desta intervenção passaram por promover o reconhecimento de características pessoais, desenvolver a autoconfiança e autoestima, e promover a capacidade de autoafirmação. Foi pedido aos clientes que completassem frases com características pessoais que reconhecessem em si, dando preferência às características positivas, nas dez pétalas que constituíam uma flor. Nesta atividade só participaram duas clientes, ambas com o diagnóstico médico de depressão, e com 69 e 46 anos. Ambas disseram que seria difícil realizar essa tarefa, havendo expressões como “Dez características é muito. Uma ou duas até consigo pensar.” (sic), “Dar preferência às boas. Não sei. Só me lembro de más.” (sic). Apesar disso, e com incentivo do moderador, efetuaram a atividade. Na partilha final, referi que se alguém quisesse acrescentar alguma característica positiva às enunciadas pela pessoa que estava a fazer a partilha, o poderia fazer. Saliento algumas expressões como: “Acho que uma pessoa está tão habituada a pensar mal de si mesmo, que achamos que não temos qualidades.”, “Já sofri tanto na vida que acabo por ter dificuldade em pensar bem de mim mesma.” (sic).

Analisando em pormenor as características de cada participante, verifico que a cliente S. preencheu as pétalas da flor com os seguintes atributos: atenta, calma, sensível, boa pessoa, insegura, medrosa/corajosa, escritora, alegre/triste, simpática, bonita. A cliente acrescentou que como tem dois lados opostos, por isso escreveu duas dualidades (alegre/triste e medrosa/corajosa) pois “sinto-me um pouco estas duas pessoas. Por um lado, há dias que sou medrosa e outros corajosa. Sou um pouco de tudo. Nuns momentos alegre e noutros tristes. Essencialmente considero-me uma pessoa muito sensível e por isso muito insegura de mim mesma.” (sic).

Já a cliente N. preencheu as pétalas da flor com as palavras: boa pessoa, inteligente, doente, pensamentos negativos, simpática, tolerante, boa cozinheira, boa esposa e trabalhadora. Justificando a escolha destas características com a seguinte expressão “Toda a minha vida me dediquei à casa e família. Sempre tive a preocupação em primeiro lugar agradar aos outros. Mas ultimamente sinto-me muito triste mesmo e uma pessoa feia.” (sic). Em contrapartida, a cliente S. acrescentou “Não é nada uma pessoa feia. O que conta não é o exterior, mas sim o interior. Uma pessoa até pode ser bonita por fora, mas se não for por dentro. Não conta para nada. O mais importante é o interior das pessoas. Pelo pouco que conheço da Dona N, sei que é uma pessoa muito bonita por dentro.” (sic).

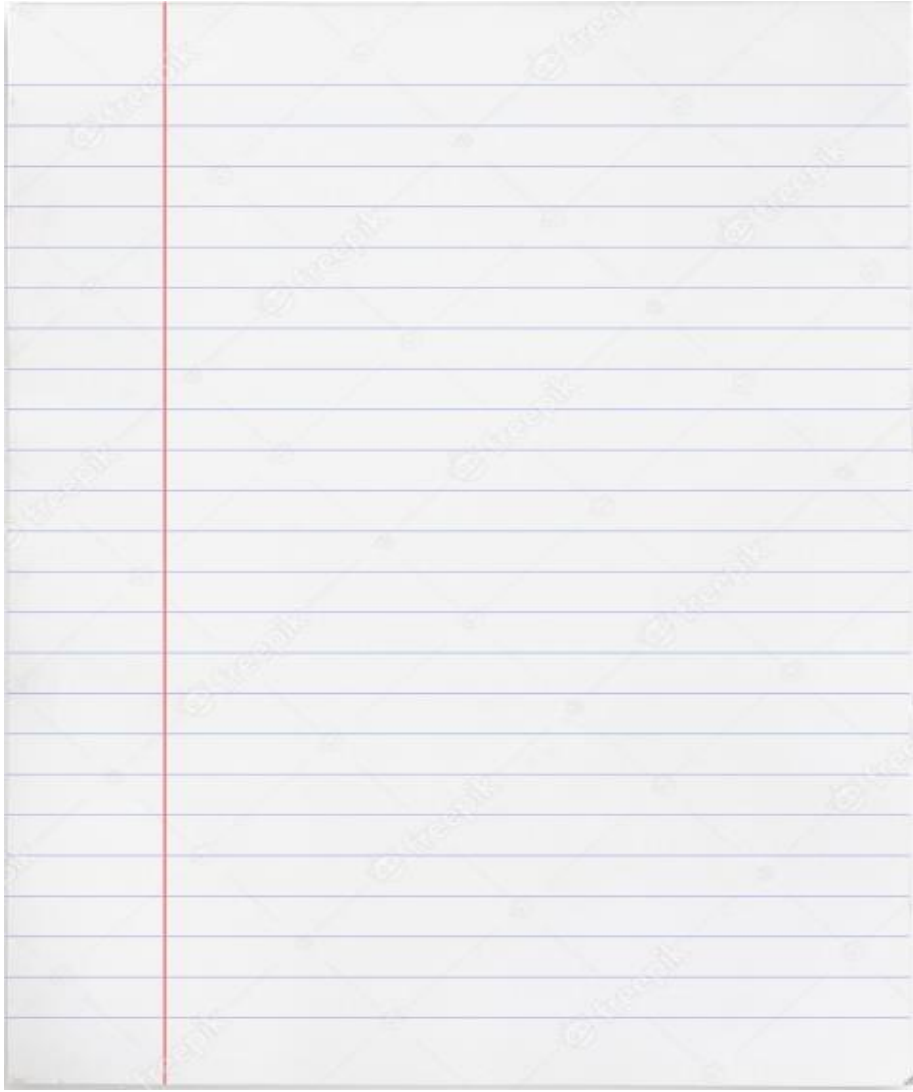
Nesta sessão, detetei que esteve bem presente o peso do autoestigma e do estigma social da doença mental, bem como a dificuldade em explorar as características pessoais e expô-las aos outros. Todas as expressões e partilhas foram trabalhadas continuamente, validando a sua capacidade de expressão, reforçando aspetos como o autoconceito, a autoimagem, autoconfiança que surgiram ao longo da atividade.

<b>Plano da sessão</b> <b>“Identificação através dos Objetos”</b>			
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos <b>Co-Moderador:</b> Enfermeira Orientadora		<b>Local:</b> Internamento	
<b>Data e Hora:</b> 2/02/2022 das 10h às 10h.40min		<b>Grupo-alvo:</b> Clientes internados	
<b>Número da sessão:</b> 1 <b>Duração da sessão:</b> 40 minutos			
<b>Critérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram participar na atividade e com diagnósticos de Enfermagem de: Autoestima diminuída; Humor deprimido; Comunicação expressiva diminuída; Interação/Relação social diminuída.		<b>Critérios de Exclusão:</b> Clientes com défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades em grupo, conduta agressiva ativa e incapacidade de comunicação em língua portuguesa/presença de défices sensoriais.	
<b>Objetivo da intervenção</b>			
Promover o bem-estar, Promover a interação social, Promover a comunicação expressiva, Facilitar a expressão de emoções, Promover a imaginação e criatividade, Promover a autoestima.			
<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber os clientes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.</li> <li>• Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.</li> </ul>	Método explicativo	Mesa Cadeiras
10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar em cima de uma mesa várias imagens de objetos.</li> <li>• À vez, cada cliente dirige-se à mesa e escolhe um objeto com o qual se identifica, segurando nele e dizendo em voz alta o seu nome.</li> <li>• De seguida pega num outro objeto exposto na mesa, com o qual não se identifica ou gosta menos e diz apenas o nome do objeto.</li> <li>• Cada cliente deve voltar a sentar-se e memorizar os seus dois objetos.</li> </ul>	Método interativo	Mesa Cadeiras
20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordar cada cliente e questionar qual o objeto que escolheu como preferido e o que gostou menos. Seguidamente perguntar acerca do significado das suas escolhas, o porquê das suas escolhas, e não de outras, o que representa para si o objeto.</li> <li>• No caso de ser mais fácil para o participante dizer porque escolheu cada objeto, ou se o enfermeiro sentir que está a ser difícil para o participante descrever, pode auxiliar com algumas questões.</li> </ul>	Método Interativo	Cadeiras
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.</li> </ul>	Método interativo	Cadeiras

## Imagens dos Objetos









## **Reflexão**

Nesta atividade participaram sete clientes: uma cliente do gênero feminino com 69 anos de idade, e diagnóstico de esquizofrenia paranoide, uma cliente de 58 anos de idade, com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva, duas clientes de 68 anos de idade, com diagnóstico de depressão, uma cliente de 68 anos de idade, com diagnóstico de perturbação bipolar, um cliente de 75 anos, com diagnóstico de depressão, e uma cliente de 44 anos, com diagnóstico de depressão.

O objetivo da atividade foi os clientes escolherem um objeto com o qual se identificavam mais e um com o qual não se identificavam ou gostavam menos, após a apresentação de um conjunto definido de imagens de objetos. Após este processo, os clientes explicaram o significado dessas escolhas, o porquê dessas escolhas, e não de outras, e o que representavam para si os objetos.

A psicoterapia adquire especial destaque na condução da pessoa com doença mental e nas reflexões sobre o funcionamento dinâmico das suas emoções, possibilitando a reconstrução do seu modo de ser, que se encontra circunstancialmente alterado, especialmente em situações de internamento em hospitais psiquiátricos (Ribeiro, 2009).

Desta forma, a execução de determinadas atividades com um fim terapêutico, tendo por base a psicoterapia, visa criar um clima recetivo e de confiança por parte do doente que favoreça a livre expressão das suas emoções, sentimentos, angústias, dificuldades, medos e desejos. Pretende-se guiar o paciente ao seu próprio reconhecimento e à libertação de emoções e sentimentos que tenha guardados dentro de si e que desconheça (Ribeiro, 2009).

Neste sentido, com a realização desta atividade pretendi conhecer melhor os clientes e fazer com que trabalhassem a expressão de emoções num ambiente acolhedor e inserido numa atividade de grupo.

Pela análise realizada aos resultados obtidos constatei igualmente que os clientes adquiriram ganhos para a saúde, visto que lhes foi permitido o autoconhecimento, a transformação pessoal, a adoção de estratégias de *coping* e a consciencialização e desmistificação de ideias erradas, fruto das reflexões pessoais realizadas.

Na tabela seguinte encontra-se espelhado as escolhas dos clientes.

**Tabela 1.** Processo de escolha dos objetos

<b>Objetos para escolha</b>	<b>Objetos com os quais se identificaram mais</b>	<b>Objetos com os quais se identificaram menos</b>
Maço de Tabaco	0	2
Ténis/Sapatos	2	0
Dinheiro	1	2
Chaves	0	1
Folha de papel	0	0
Livro	0	1
Relógio	3	0
Caneta	1	1

O relógio foi o objeto mais escolhido pelos participantes e os que menos identificaram foram o maço de tabaco e o dinheiro. Seguidamente irei expor uma pequena descrição dos momentos de interação mais significativas em relação aos objetos escolhidos e porquê dessas escolhas.

Relativamente à identificação dos participantes com o relógio sugeriram vários comentários como: “Serve para ver o tempo passar mais depressa. Por vezes parece que aqui o tempo custa a passar.” (sic); “serve para ver as horas e saber o tempo que aqui passamos”; “antes usava muito relógio. Mas aqui deixei de ter essa necessidade.” (sic). Relativamente ao último comentário questionei o porquê de deixar de usar relógio, respondendo a cliente M. “Sabe Sr<sup>a</sup> Enfermeira aqui as coisas estão bem organizadas. As pessoas indicam-me quando devo ir para as atividades e por isso já não necessito de usar. Em casa tinha de controlar o tempo para saber quando ir ao centro de dia onde andava.” (sic).

Relativamente ao maço de tabaco foi o objeto com que menos se identificaram/gostaram, surgindo comentários tais como: “é uma coisa que faz mal. Nunca fumei na minha vida.” (sic); “Não gosto nada. Nunca tentei fumar. Associo a doença. Na minha família duas pessoas faleceram de cancro pulmão por causa do tabaco O que mais detesto é ver beatas por todo o lado. Quando vamos ao passeio pelo jardim na zona de fumadores só se vê beatas no chão, havendo um caixote do lixo logo ao lado.” (sic).

No que respeita à identificação com os ténis, as duas clientes que os identificaram referiram que “representam vitalidade. Um caminho a percorrer para a melhoria a minha saúde.” (sic), já a outra participante disse “sinto-me muito confortável com eles calçados. São práticos. Num sentido figurativo, levam a vários caminhos e objetivos de vida, perspetivando um futuro melhor.” (sic).

O cliente F. escolheu as chaves como o objeto que menos gostava pois para ele fazia “lembrar uma prisão, um estado psicológico.” (sic). Após a sua afirmação, questionei-o sobre o que significava isso de uma prisão. O participante explicou que em “quando comecei a ficar doente a minha esposa fechavam tudo em casa, e até a porta para a rua com medo que fizesse mal a mim próprio. Sabe já tentei fazer mal a mim próprio. Percebo a preocupação dela, mas ao ser assim e não me dar autonomia a fazer as coisas. Sinto-me sozinho e dentro de uma prisão psicológica.” (sic). Já a identificação com o dinheiro, o cliente F referiu: “é defeito de profissão. Fui economicista toda a vida. O dinheiro é o que faz rodar a economia. Já dizia o ditado: mais vale ser rico e com saúde. Do que pobre e doente.” (sic). Seguidamente questionei o que pensava sobre esse ditado, ao que respondeu “o dinheiro é bom e ajuda muito, mas quando a saúde falta. Não há dinheiro que valha. Olhe o meu caso. Tenho dinheiro, estou aqui internado. O que significa que estou doente.” (sic). Contraponho, ao questionar o que sente sobre essa situação, ao que o cliente F. referiu “sinto-me triste, mas estar aqui está a ajudar muito. Tenho tempo ocupado e posso fazer coisas que em casa a minha esposa não deixava fazer sozinho. Assim, sinto-me mais autónomo e feliz.” (sic).

Em contrapartida, a cliente I. identificou-se menos com o dinheiro, referindo-se a ele “como uma coisa suja. Anda na mão de toda a gente. Leva à corrupção. Torna os poderosos mais poderosos e conduz a guerras.” (sic). Neste sentido, questionei sobre as diferenças entre os ricos e os pobres, respondendo a cliente I. que “a diferença é mesmo o dinheiro. Pois existem pessoas boas que podem ser ricas ou pobres, e pessoas más pobres e ricas. A pessoa é que escolhe o seu caminho. Mas a educação faz muita diferença. Os meus pais sempre me transmitiram bons valores, por isso considero-me boa pessoa. Nunca tive muito dinheiro, mas admito que ele pode fazer falta.” (sic).

A cliente I. identificou-se menos com o livro pois “deixei de ler há muito tempo porque estou doente ao nível da vista e da cabeça.” (sic). O cliente F após isto, comenta que “eu gostava muito de ler. Tenho uma grande biblioteca em casa. Antes todos os meses comparava e lia um livro. Agora como a D.I. já não leio por causa da doença.” (sic).

Relativamente à identificação com a caneta, a cliente S. referiu “adoro escrever,” (sic). Neste sentido, questionei-a sobre o que gostava, respondendo “um pouco de tudo. Mas principalmente poesia. Adoro poesia. Mas neste momento estou a escrever um diário desde aqui cheguei.” (sic). Contraponho, perguntando qual a reflexão que retirava da sua estadia aqui, respondendo que até ao momento “é muito positiva. Tenho o tempo muito ocupado com atividades e gosto bastante de todas, principalmente da terapia ocupacional e das suas. Que são atividades que nos fazem pensar em determinados temas essenciais.” (sic).

De um modo geral, considero que os clientes participaram de forma ativa na dinâmica de grupo, expressando sentimentos e emoções, pela partilha de experiências pessoais. No final da atividade, questionei cada cliente sobre o que tinha significado para eles e se tinha sido importante passarem aquele tempo na realização da atividade. Todos responderam, de uma forma geral gostaram e a cliente I. referiu que dever-se-ia realizar uma atividade idêntica, mas com outro tipo de objetos.

Os clientes saíram felizes da sessão e questionaram quando voltariam a realizar novas sessões. Sempre que tivermos oportunidade serão realizadas, não tanto quanto gostaríamos, pois, a realidade dos serviços não se compadecem com tantas atividades, além de que os enfermeiros não são suficientes para as necessidades, e as atividades com os clientes vão ficando por fazer!

## **Referências Bibliográficas**

Ribeiro, A., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: Estudo de um caso de sucesso de terapia construtivista. *Psychologica*, (50), 181-203. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_509](https://doi.org/10.14195/1647-8606_509).

<b>Plano da sessão</b> <b>“Dia dos Afetos”</b>			
<b>Moderador:</b> Enfermeira Katia Santos <b>Co-Moderador:</b> Enfermeira Orientadora		<b>Local:</b> Internamento	
<b>Data e Hora:</b> 14/02/2022 das 11h às 11h.40h min		<b>Grupo-alvo:</b> Clientes internados	
<b>Número da sessão:</b> 1 <b>Duração da sessão:</b> 40 minutos			
<b>Critérios de Inclusão:</b> Clientes que queiram participar na atividade e com diagnósticos de Enfermagem de: Autoestima diminuída; Humor deprimido; Comunicação expressiva diminuída; Interação/Relação social diminuída.		<b>Critérios de Exclusão:</b> Clientes com défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades em grupo, conduta agressiva ativa e incapacidade de comunicação em língua portuguesa/presença de défices sensoriais.	
<b>Objetivo da intervenção</b>			
Promover o bem-estar, Promover a interação social, Promover a comunicação expressiva, Facilitar a expressão de emoções, Promover a imaginação e criatividade, Promover a autoestima.			
<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Material de apoio</b>
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber os clientes na sala, dando-lhes tempo para se prepararem para a sessão.</li> <li>• Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.</li> </ul>	Método explicativo	Mesa Cadeiras
20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar em cima da mesa uma cartolina A3.</li> <li>• Pedir a um voluntário para recortar um coração e colar no meio da cartolina.</li> <li>• Escrever no meio desse coração a frase “O amor é...”).</li> <li>• Seguidamente cada cliente apresenta uma definição do que é para si o amor.</li> <li>• Pedir a um participante ou mais para escrever na cartolina as várias definições.</li> <li>• À vez, cada cliente deve dirige-se à mesa e escolher um objeto com o qual se identifica, segurando nele e dizendo em voz alta o seu nome.</li> </ul>	Método interativo	Cartolina A3 Cartolina A 4 vermelha Folhas A4 Canetas de filtro coloridas
10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um pote em vidro, designado “Pote do Amor” contem vários pequenos pergaminhos com mensagens de definição de amor, de diversos autores pesquisadas na <i>internet</i>.</li> <li>• O enfermeiro pede a cada cliente que escolha um pergaminho e depois leia a mensagem que lhe foi atribuída.</li> <li>• Esse cliente e os restantes comentam essa definição.</li> </ul>	Método Interativo	Cadeiras
5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.</li> </ul>	Método interativo	Cadeiras

## **Reflexão**

Nesta atividade participaram doze clientes: um cliente do sexo masculino de 50 anos de idade, com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva, uma cliente do sexo feminino de 44 anos de idade, com diagnóstico de depressão, uma cliente de 74 anos do sexo feminino, com diagnóstico de demência, uma cliente de 70 anos, com diagnóstico de depressão, um cliente do sexo masculino de 75 anos de idade, com diagnóstico de depressão, uma cliente do sexo feminino de 58 anos, com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva, uma cliente do sexo feminino de 68 anos, com diagnóstico de depressão, uma cliente do sexo feminino de 68 anos, com diagnóstico de perturbação bipolar, uma cliente de 68 anos, com diagnóstico de depressão, uma cliente do sexo feminino de 69 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, uma cliente do sexo feminino de 48 anos de idade, com diagnóstico de depressão, uma cliente do sexo feminino de 53 anos, com diagnóstico de demência e uma cliente do sexo feminino com 59 anos de idade e diagnóstico de perturbação bipolar.

Esta atividade foi desenvolvida no âmbito da comemoração dos “Dias dos Namorados”, como o intuito de promover o bem-estar, a interação social, a comunicação expressiva, a imaginação e criatividade, e facilitar a expressão de emoções. Num primeiro momento foi pedido aos participantes para dizerem em voz alta o que era para eles o amor. Foi esclarecido que essa definição poderia ou não estar relacionado com o amor entre casal, salientando que este conceito é muito mais abrangente. Todos os clientes espontaneamente disseram a sua definição de amor, exceto um que fez questão de participar no fim. Surgiram várias definições como: “é um sentimento muito forte de afeição de uma pessoa por outras”, “é dar tudo o que posso”, “é quando dois corações tocam-se num abraço e se tornam num só”, “é como carro sem travões que atropela dois corações”, “duas pessoas se encontram e se gostam muito”, “uma casca de banana, onde todos escorregam”., “é lindo quando partilhado por duas pessoas”, “duas pessoas se juntam”, “quando abraço as minhas filhas. É o sentimento mais belo do mundo”, “é a coisa mais bela que existe”, “quando sabemos que a pessoa não é perfeita, mas aprendemos a amar os seus defeitos”, “quando duas pessoas se amam muito”, “é um sentimento forte entre duas pessoas”, “é conseguir a completude do eu pelo outro e com o outro”, e, “é um sentimento de afeição de uma pessoa pela outra” (sic).

Através deste exercício foi proporcionada a experiência de regulação emocional dos clientes, que, segundo os autores Van Eck et al. (2017), abrange a capacidade para compreender e gerir as emoções experienciadas, aceitar e falar sobre as mesmas, identificando mecanismos com capacidade para ajustar a intensidade que a emoção exerce sobre si e sobre outros.

No segundo momento da atividade, cada cliente retirou de um frasco decorado um pregaminho com uma definição de amor de diversos autores. Foi um momento interessante de partilha, em que várias pessoas depois de retirarem e lerem a mensagem quiseram retirar mais pregaminhos. Surgiram comentários como: “Nunca tinha pensado dessa maneira sobre

o amor”, “Muito interessante esta definição”, “ Nunca pensei haver tantas definições de amor, e cada uma muito diferente da ultima.” (sic).

No final, todos os participantes ficaram muito satisfeitos por participarem na sessão, atribuindo importância ao tema. Considera-se que foi uma mais valia em termos de formação cognitiva e afetiva, para todos os participantes.

Conclui-se que esta intervenção terapêutica através da expressão oral, escrita e imaginativa teve uma boa adesão por parte dos clientes, apresentando benefícios e vantagens, como a acessibilidade, o aumento da curiosidade e da disponibilidade para debater o tema proposto. Esta metodologia facilitou a melhoria da relação entre o cliente e o profissional de saúde, uma vez que partilharam a mesma experiência (Leahy & Napolitano, 2013), embora com diferentes formas de análise.

## **Referências Bibliográficas**

Leahy, R., Tirch, D., & Napolitano, T. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed.

Van Eck, K., Warren, P., & Flory, K. (2017). A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: Links to emotional and behavioural concerns. *Journal of youth & adolescence*, 136-150. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0542-y>.



**Apêndice X – Folhetos das Sessões de Psicoeducação**

## Estratégias para evitar Esquecimentos da medicação

Tome todos os dias à mesma hora.



Utilize alarmes, lembretes no telemóvel ou caixas identificadoras, com a medicação diária ou semanal.



Guarde a medicação num local visível e habitual, associando-a a uma atividade de vida diária (ex: refeições ou lavar dentes).

Peça ajuda de familiares ou amigos para o lembrar de tomar a medicação.



**NÃO INTERRUMPA A MEDICAÇÃO SEM A RECOMENDAÇÃO DO SEU MÉDICO.**



“Os medicamentos não fazem efeito em doentes que não os tomam” – C. Everett Koop

Elaborado por

- Enfª Katia Santos (Estudante da EESMP),

**IMPORTÂNCIA  
DE ADESÃO AO  
REGIME  
TERAPÊUTICO**

## Regime Terapêutico

Inclui o cumprimento da medicação de acordo com a prescrição (não falha a toma, cumpre os horários, cumpre a dose), bem como a adoção de comportamentos de saúde (hábitos de vida saudáveis).

A adesão ao Regime terapêutico é um processo que engloba várias atitudes e comportamentos por parte do cliente:



Toma da medicação



Ir às consultas e tratamentos



Exercício físico;



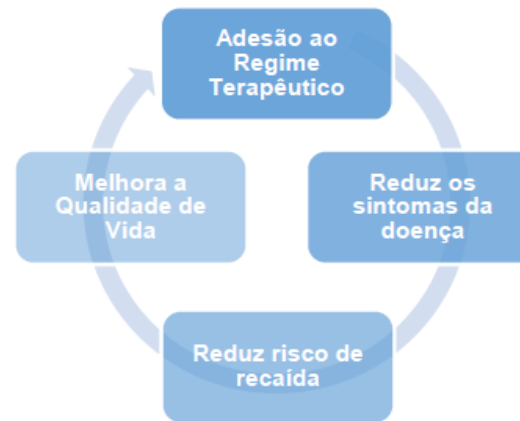
Alimentação saudável;



Abandonar comportamentos de risco

Na doença mental, a adesão ao regime terapêutico constitui um fator determinante do sucesso ou insucesso da medicação e do consequente prognóstico do cliente.

Assim:



## Porque da Adesão?

### Mais eficácia

A eficácia da medicação depende da toma correta, sem falhas.

### Maior segurança

A toma da medicação correta reduz o risco de ocorrência de efeitos secundários, bem como o desenvolvimento de resistência aos medicamentos, com falhas da sua eficácia.

### Sentir-se melhor

A toma da medicação de acordo com as indicações do médico reduz a progressão da doença e/ou os seus sintomas.

## Motivos de Não Adesão

Não aceitação da doença.



Existência de efeitos secundários.

Prescrição confusa dos medicamentos (horários ou doses).



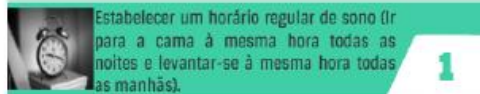
Os sintomas não são entendidos como graves, logo não é preciso tomar a medicação.

Ausência de suporte psicossocial que assegure a toma da medicação.

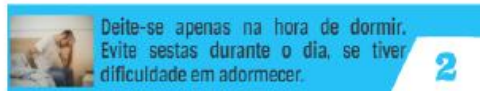


Estigma e discriminação das outras pessoas em relação à doença mental.

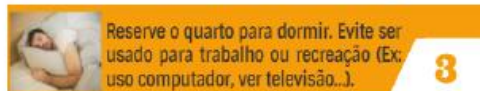
## Conselhos sobre hábitos para uma boa Higiene do Sono



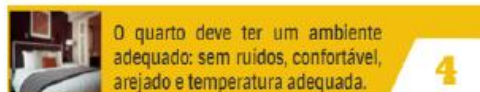
1



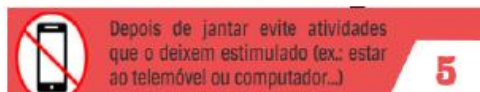
2



3



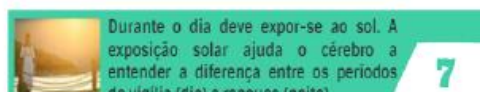
4



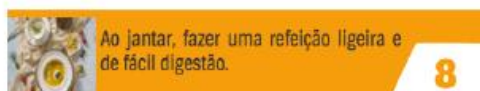
5



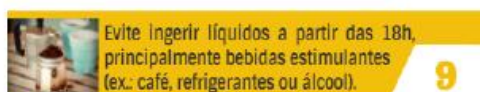
6



7



8



9



Dê importância ao sono. Cuide da sua Higiene e desfrute da sua vida. Procure ajuda sempre que sinta necessidade.

Elaborado por:

- Enfª Katia Santos (Estudante da EESMP),

Como ter uma boa noite de descanso?...



## O que é o Sono?

O sono tem uma função muito importante no funcionamento do nosso organismo, sendo essencial para manter uma mente equilibrada e um corpo saudável. Desempenha importantes **funções** tais como:

Crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central

Recuperação de energia

Melhoria das defesas do sistema imunitário

Assegurar várias funções hormonais

Neste sentido, torna-se essencial adquirir bons hábitos de sono (Higiene Sono) para melhorar a qualidade do seu sono, de modo a sentir o seu corpo e a sua mente preparada para as atividades do dia seguinte.



## Consequências de não-dormir

Não dormir um sono repousante, pode afetar o equilíbrio de todo o organismo.

A curto longo, provocar:

- Cansaço;
- Sonolência;
- Irritabilidade;
- Alterações de humor;
- Alterações de comportamento;
- Perda de memória;
- Dificuldade em se concentrar.

A curto longo, provocar:

- Envelhecimento precoce;
- Compromisso do sistema imunológico
- Diminuição do tônus/força muscular;
- Tendência a desenvolver algumas doenças entre elas a Diabetes e a H.T.A (Tensão alta).

## Problemas de Sono

A dificuldade em permanecer acordado (sonolência) ou em adormecer (insónia), mesmo quando ocasionais, podem tornar o dia-a-dia mais stressante e menos produtivo. Sendo a insónia o problema mais prevalente na população adulta.

A investigação sugere que, por cada hora perdida de sono, exista um aumento:

- 14% no risco de emoções negativas que afetam a nossa capacidade de funcionar no quotidiano,
- Um aumento de 38% da probabilidade de nos sentirmos tristes,
- Um aumento de 23% na probabilidade de usarmos tabaco ou álcool.



**Os problemas do sono são tratáveis!**

*Reconhecer e tratar os problemas do sono é muito importante!*