



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Programas de Psicoeducação Familiar na Pessoa com Esquizofrenia e respetiva
Família, em contexto Comunitário

Paulo André Duarte Pereira

Coimbra, setembro de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Programas de Psicoeducação Familiar na Pessoa com Esquizofrenia e respetiva
Família, em contexto Comunitário

Paulo André Duarte Pereira

Orientadora: Professora Doutora Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro,
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica,
apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para a obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Coimbra, setembro de 2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha mais sincera gratidão a todos aqueles que me acompanharam ao longo deste percurso. Em primeiro lugar, um profundo agradecimento à Professora Doutora Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro, cujo conhecimento, disponibilidade e orientação constante foram fundamentais para a realização deste trabalho. A sua dedicação e apoio contínuo motivaram-me a alcançar mais do que poderia imaginar.

Aos utentes, o meu muito obrigado pela generosidade e abertura em partilhar as suas experiências, permitindo que este trabalho fosse possível. Aos enfermeiros tutores, agradeço o acompanhamento e ensinamentos práticos, sempre com paciência e dedicação, que enriqueceram o meu conhecimento e formação.

À Cátia, a minha companheira de vida, o meu eterno agradecimento pelo amor, compreensão e apoio incondicional em todos os momentos. Sem a tua força e incentivo, este objetivo não teria sido concretizado.

Por fim, à Matilde, Benedita e Vicente. Este trabalho é, em muitos aspetos, para vocês. A conclusão deste relatório representa não só o fim de um capítulo académico, mas também o exemplo que espero deixar-vos de que quando desejamos algo, devemos estar dispostos a trabalhar arduamente para o alcançar. Nada se consegue sem esforço, dedicação e perseverança, e quero que saibam que, apesar dos desafios, o caminho do trabalho árduo traz sempre os melhores resultados.

Espero que este percurso vos inspire a acreditar nos vossos sonhos e a lutar por eles com determinação. Que nunca desistam, mesmo quando o caminho parecer difícil, pois é através do esforço que se constroem as grandes conquistas. O meu maior desejo é que esta jornada vos sirva de exemplo, hoje e sempre.

RESUMO

O presente relatório foi elaborado para a obtenção do título acadêmico de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o seu principal objetivo é demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este relatório apresenta uma síntese do percurso de aprendizagem, cujo objetivo primário foi entender o papel diferenciador do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos âmbitos comunitário, hospitalar e em respostas diferenciadas. As atividades e competências desenvolvidas nos diversos contextos foram fundamentadas numa abordagem científica, em modelos teóricos de enfermagem, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e basearam-se na identificação de necessidades, formulação de diagnósticos, planeamento e execução de intervenções, assim como na sua avaliação, visando alcançar ganhos na saúde mental. A aquisição de competências decorreu através de uma reflexão contínua e da prática especializada ao longo dos três contextos referidos.

A esquizofrenia é uma doença crónica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Uma das abordagens não farmacológicas mais difundidas no tratamento da pessoa com esquizofrenia é a psicoeducação. A implementação de programas de psicoeducação direcionados a pessoas com esquizofrenia e respetiva família, visa o desenvolvimento de competências e recursos pessoais necessários para gerir de forma adequada a doença e as implicações da mesma no seio familiar.

Para responder a esta problemática, foi elaborada uma *scoping review*, com o objetivo de mapear a melhor evidência científica sobre os programas de psicoeducação familiar implementado pelo enfermeiro na pessoa com esquizofrenia e respetiva família em contexto comunitário.

Em suma, este relatório é considerado uma demonstração da aplicação dos conhecimentos adquiridos no âmbito académico à prática, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizados com base em evidência científica.

Palavras-Chave: Enfermagem; Psicoeducação; Esquizofrenia

ABSTRACT

This report was prepared to obtain the academic title of Master in Mental Health and Psychiatric Nursing, and its main objective is to demonstrate the acquisition and development of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry.

The report provides a summary of the learning process, with the primary aim of understanding the distinct role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing within community, hospital, and specialized care settings. The activities and competencies developed in various contexts were based on a scientific approach, nursing theoretical models, and the Quality Standards for Mental Health Nursing Care. These were grounded in identifying needs, formulating diagnoses, planning and implementing interventions, as well as evaluating them, with the goal of achieving improvements in mental health. Competencies were acquired through continuous reflection and specialized practice across the three mentioned contexts.

Schizophrenia is a chronic illness that affects millions of people worldwide. One of the most widespread non-pharmacological approaches in treating individuals with schizophrenia is psychoeducation. The implementation of psychoeducational programs aimed at individuals with schizophrenia and their families seeks to develop the necessary skills and personal resources to properly manage the illness and its implications within the family environment.

To address this issue, a scoping review was conducted with the aim of mapping the best scientific evidence on family psychoeducation programs implemented by nurses for individuals with schizophrenia and their families in community settings.

In summary, this report is considered a demonstration of the application of academic knowledge to practice, contributing to the continuous improvement of Mental Health and Psychiatric Nursing care, grounded in scientific evidence.

Keywords: Nursing; Psychoeducation; Schizophrenia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A - Artigo

A1 - Artigo 1

A2 - Artigo 2

A3 - Artigo 3

A4 - Artigo 4

A5 - Artigo 5

A6 - Artigo 6

APA - *American Psychological Association*

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

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS - Direção-Geral da Saúde

EBSCO - *Elton B. Stephens Company*

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HDO - Hospital de Dia de Oncologia

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH - *Medical Subject Headings*

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCC - População, Conceito, Contexto

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA-SCR.....63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Apresentação dos artigos selecionados.....	64
Tabela 2. Extração de dados (A1).....	65
Tabela 3. Extração de dados (A2).....	66
Tabela 4. Extração de dados (A3).....	66
Tabela 5. Extração de dados (A4).....	67
Tabela 6. Extração de dados (A5).....	67
Tabela 7. Extração de dados (A6).....	68
Tabela 8. Tabela resumo dos 6 artigos incluídos na <i>scoping review</i>	69

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	19
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO	19
1.1 CONTEXTO COMUNITÁRIO	19
1.2 CONTEXTO HOSPITALAR	21
1.3 CONTEXTO RESPOSTAS DIFERENCIADAS	23
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM VISTA À AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	26
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	27
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	36
CAPÍTULO II – COMPONENTE INVESTIGATIVA – PROGRAMAS DE PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR IMPLEMENTADOS PELO ENFERMEIRO NA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA E RESPETIVA FAMÍLIA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	52
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	52
1.1 ESQUIZOFRENIA	52
1.2 PSICOEDUCAÇÃO	55
2. DESENHO DO ESTUDO	61
2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	62
2.2 PROCESSO DE SELEÇÃO DE ESTUDOS	63
3. RESULTADOS	65
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
5. SÍNTESE CONCLUSIVA	77
CAPÍTULO III – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	78
CONCLUSÃO	78

APÊNDICES

Apêndice 1 - Sessão “Compreender o *Burnout*”

Apêndice 2 - Sessão “(Re)plantar a esperança”

Apêndice 3 - Sessão “Oncosexologia”

Apêndice 4 - Projeto de psicoeducação familiar “Caminhar Juntos na Esquizofrenia”

Apêndice 5 - Estudo de caso

Apêndice 6 - Programa “Compreender a esquizofrenia: um caminho para o equilíbrio”

Apêndice 7 - Projeto: “Os caminhos do relaxamento e do *mindfulness*”

Apêndice 8 - Programa “Relaxamente”

Apêndice 9 - Programa de relaxamento no contexto de respostas diferenciadas

Apêndice 10 - Programa “Exercitar a mente”

INTRODUÇÃO

O presente documento decorre da Unidade Curricular Estágio com Relatório, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado sob orientação pedagógica da Professora Doutora Cândida Loureiro. Pretende ser espelho de reflexão crítica associada aos dois estágios curriculares realizados durante este ciclo de estudos e uma partilha à comunidade do trabalho de investigação efectuado a fim de concluir o Mestrado.

Este percurso teve como objetivo a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e publicadas em Diário da República, nos Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) e n. 515/2018 de 7 de agosto (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica), que me auxiliaram na compreensão do papel diferenciador do EEESMP na comunidade, como promotor da saúde mental e como facilitador no processo de *recovery* da pessoa com doença mental nos diferentes contextos.

Na especificidade da sua prática clínica, o EEESMP mobiliza competências de âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo, psicossocial e socio-terapêutico. A aquisição das competências necessárias para o desempenho das funções especializadas em ESMP compreende um processo formativo, no qual a prática clínica desempenha um papel de grande relevância. Para haver aquisição e desenvolvimento de competência é imperativo uma aprendizagem experiencial em vários contextos diferenciados, de forma a incentivar a construção de bases sólidas, que permitam ao enfermeiro descrever e refletir sobre as situações clínicas e avaliar os ganhos em saúde decorrentes da sua intervenção, dando ênfase ao seu papel diferenciador no aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Da convergência da experiência prático-reflexiva desenvolvida nos diferentes locais de estágio, surgiu o propósito de mapear a melhor evidência científica sobre os programas de psicoeducação familiar implementado pelo enfermeiro na pessoa com esquizofrenia e respetiva família em contexto comunitário, estando essa temática na base da componente investigativa que compõe este relatório.

A esquizofrenia é uma doença crónica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. O grau de incapacidade que provoca na pessoa e família é de tal ordem significativo, que se torna imperativo uma ação concertada entre todos os profissionais de saúde, nomeadamente dos EEESMP. Tal como referido no regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto, uma das competências específicas que o EEESMP deve aplicar e desenvolver são as intervenções psicoeducativas. No tratamento da pessoa com esquizofrenia, uma das abordagens não

farmacológicas mais difundidas e com maior eficácia é a psicoeducação. Neste sentido, é de todo o interesse desenvolver trabalhos académicos nesta área de forma a identificar e caracterizar os programas de psicoeducação utilizados pelos enfermeiros em pessoas com esquizofrenia e respetiva família em contexto comunitário, uma vez que a pesquisa pode identificar lacunas e áreas para inovação nas intervenções psicoeducativas, contribuindo para a evolução do conhecimento na área e assim fornecer evidências para o desenvolvimento ou a expansão de programas de apoio comunitário para as pessoas com esquizofrenia e suas famílias. Uma vez que as intervenções são realizadas em contexto comunitário, cumprem mais um desígnio na missão do EEESMP, que é no combate do estigma sobre a doença mental grave, nomeadamente sobre a esquizofrenia no seio da sociedade e mais importante, junto da comunidade onde residem.

A realização deste relatório tem como objetivo demonstrar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e identificar um problema de investigação relacionado com a prática clínica do contexto de estágio, elaborando o planeamento metodológico para a sua resolução e respetiva fundamentação.

Este documento está estruturado em três capítulos. No primeiro, apresenta-se uma descrição dos diferentes locais de estágio e as respetivas competências de especialista adquiridas através das atividades implementadas em cada contexto. O segundo diz respeito à componente investigativa sobre a temática acima mencionada, contemplando enquadramento, desenho do estudo, análise e discussão dos resultados obtidos e síntese conclusiva. No terceiro capítulo realiza-se uma reflexão crítica sobre a forma como foram adquiridas e desenvolvidas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo em conta os contextos de estágio experienciados e o desenvolvimento da componente investigativa. Finalmente apresenta-se a conclusão e as referências bibliográficas.

A elaboração deste documento cumpriu as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEnfC, cuja norma de referência preconizada é a American Psychological Association (APA) 7ª Edição.

CAPÍTULO I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO

A finalidade deste percurso de aprendizagem foi de compreender o papel do EEESMP em contexto comunitário, hospitalar e de respostas diferenciadas, na promoção da saúde mental, prevenção da doença, assim como elemento facilitador no processo de recovery da pessoa com doença mental grave. Na persecução destes processos foram realizados dois estágios em três contextos clínicos distintos, com objetivos específicos para cada um deles, tendo em conta os princípios orientadores da formação do EEESMP. Procurou-se ao longo dos mesmos desenvolver competências de forma a promover a autonomia, o espírito crítico e reflexivo, a participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, o respeito pela pessoa/família em todo o processo de cuidados, a participação na inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de investigação e a tomadas de decisão ético-legais de acordo com os valores da profissão.

Os estágios, de acordo com Alarcão e Rua (2005), são momentos privilegiados de observação e intervenção em contexto clínico, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes, competências e processos de autorregulação, bem como integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos adquiridos na componente teórica e construir a identidade profissional do estudante. Os estágios têm por finalidade garantir ao estudante a possibilidade de concretizar o desenvolvimento do perfil de competências esperadas para o nível do curso em que se situa, através do exercício refletido da prática de enfermagem (Laranjeira & Querido, 2021).

Os estágios constituem oportunidades de potencial desenvolvimento e consolidação, tanto a nível académico como pessoal, sendo importante manter uma postura pró-ativa de modo a tornar esta experiência ainda mais enriquecedora.

Nos capítulos seguintes, será descrito o contexto de cada estágio individualmente, recorrendo à sua caracterização estrutural e envolvimento no seio do serviço nacional de saúde.

1.1 CONTEXTO COMUNITÁRIO

O estágio em contexto comunitário foi realizado em uma unidade de cuidados na comunidade (UCC), no período de 22 de maio a 7 de julho de 2023. Para este estágio preconizou-se o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da promoção da saúde mental, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, famílias e grupos sociais, assim como, a

prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental comunitária a pessoas, família e grupos de risco.

De acordo com o relatório Health at a Glance de 2020 da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), referentes a dados de 2018, 22,9% da população portuguesa já vivenciou sintomas de sofrimento psicológico, sendo o país europeu com maior prevalência. Segundo dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, realizado em 2013, cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira (Almeida & Xavier, 2013).

Em resposta a esta realidade, o Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção Geral da Saúde (DGS, 2017), prevê aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Centros de Saúde; Estabilizar a prescrição de medicamentos para o tratamento de ansiedade na população; Apoiar a criação de 1.500 lugares para adultos e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental; Realizar mais 30% de ações de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais. Tem ainda como missão reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Deste modo o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) releva-se de grande importância, tal como se pode verificar através da análise do artigo 4º do Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto do Diário da República (2018, p. 21427), que salientam as competências específicas do EEESMP: “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

Nesse entendimento, surge a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde realizei estágio e cuja missão é “a prestação de cuidados de saúde à população residente no concelho (..), em resposta às suas necessidades e de acordo com as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde, na educação e promoção da saúde, na prevenção da doença, na criação de parcerias com outras instituições e criação de redes de apoio a grupos mais vulneráveis...” (Colaço, Sousa, Gonçalves & Simões, 2019, p. 11).

É dotada de autonomia organizativa e técnica e integrada em rede com as restantes unidades funcionais do ACeS: as Unidades de Saúde Familiar, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e a Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, segundo uma lógica de articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável à concretização da sua missão (Despacho n.º 10143/2009). A UCC em causa iniciou a sua atividade a 1 de julho de 2014 e atualmente é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por 4 quatro enfermeiros especialistas: duas enfermeiras de saúde mental, uma de reabilitação e um enfermeiro de saúde pública (que também desempenha as funções de coordenação da unidade). Compõem ainda os recursos humanos desta UCC, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma assistente técnica, uma psicóloga e um médico.

Relativamente à caracterização do contexto comunitário, segundo dados da Pordata (2021), trata-se de um concelho com 24571 residentes, com uma população ativa de 66,8% e com 6398 pessoas com faixa etária igual ou superior a 65 anos. Ao nível da empregabilidade, os dados referentes a 2021 apontavam para 5,2% da população empregada no setor primário, 25,5% no setor secundário e 69,3% no terciário. Tem uma área geográfica de 229 Km² com uma densidade populacional de 107hab/Km², distribuída por onze freguesias. Dentro do leque de projetos da UCC, destacam-se a “Doença Mental Grave na Comunidade”, o Programa de Apoio à Geração Sénior (PAGER) e a Saúde Escolar.

1.2 CONTEXTO HOSPITALAR

O estágio em contexto hospitalar foi realizado numa instituição secular de cariz religioso, que acolhe, presta assistência, cuidado especializado e preferencial às pessoas com perturbações mentais, diversidades funcionais e dependência química, tendo em conta as necessidades e urgências de cada tempo e lugar, com preferência pelos mais necessitados. Decorreu no período de 21 de setembro a 30 de novembro de 2023.

Desenvolver intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar significa desenvolver atividades com vista à promoção da saúde mental, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas e respetiva famílias, à prestação de cuidados especializados de saúde mental, ao desenvolvimento de programas que visem a reinserção social e reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental grave.

Em resposta a esta realidade, o Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção Geral da Saúde (DGS, 2017), prevê a implementação de políticas que pretendam melhorar a qualidade da continuidade de cuidados, da reabilitação e da reintegração das pessoas com perturbações psiquiátricas, nomeadamente das mais graves e incapacitantes.

Nesta perspetiva de cuidados apresento a instituição onde realizei o estágio, que detém como principal missão “a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa” (Irmãs Hospitaleiras, 2022).

Presta cuidados em várias áreas de intervenção nomeadamente: Psiquiatria, Psicogeriatría, Gerontopsiquiatria, Incapacidade Intelectual e Reabilitação Psicossocial, com diversificadas respostas: Unidades de Curto/Médio/Longo Internamento, Consultas Externas, Apoio Domiciliário e Unidades Residenciais. Os cuidados prestados são contínuos ao longo das diferentes fases da doença, quer na área da prevenção, quer em situação de crises agudas ou crónicas, com o objetivo de capacitar as pessoas com perturbações mentais a recuperar/definir o seu projeto de vida de modo a manter uma qualidade de vida adequada às suas capacidades e potencialidades.

De todas estas valências, o estágio decorreu numa unidade destinada à reabilitação psicossocial, com a capacidade para 38 utentes, que surgiu com o intuito de dar resposta a um dos principais objetivos para cumprimento das metas para 2020, inseridas no Programa Nacional para a Saúde Mental: “Melhorar a qualidade da continuidade de cuidados, da reabilitação e da reintegração das pessoas com perturbações psiquiátricas, nomeadamente das mais graves e incapacitantes” (DGS, 2017, p. 14).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde Mental, (2002), a reabilitação psicossocial é um “processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, por forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida” (p.30).

Porque as doenças mentais crónicas requerem uma abordagem terapêutica abrangente, “é necessário intervir não só ao nível farmacológico, controlando os sintomas da doença, como também é importante intervir ao nível social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar e ocupacional” (Afonso, 2002, p. 85).

Neste entendimento, com a reabilitação psicossocial pretende-se a capacitação da pessoa com doença mental, preparando-a para a (re)inserção independente na comunidade, mediante as competências individuais e segundo os recursos formais disponíveis (Krabbendam & Aleman, 2003).

Os programas de reabilitação psicossocial desempenham um papel fundamental, uma vez que, ajudam a pessoa a alcançar a sua funcionalidade de forma independente permitindo-lhes manter uma contribuição ativa para a sociedade em que estão inseridos.

Este tipo de reabilitação tem como principais objetivos a emancipação da pessoa; a redução da discriminação e do estigma; a melhoria das competências sociais e pessoais e a criação de um sistema de suporte de longa duração.

A unidade encontra-se dividida em quatro sub-unidades que divergem em relação ao contexto onde estão inseridas. No contexto intra-hospitalar, destaca-se a unidade de ganho de autonomia (UGA) e unidades residenciais internas. No contexto comunitário, apresentam-se duas residências de apoio moderado em forma de apartamento e de vivenda.

A intervenção é realizada por uma equipa multidisciplinar composta por dois EESMP, um Psiquiatra, um Psicólogo, um Terapeuta Ocupacional, uma Assistente Social, Monitoras e Ajudantes de Ocupação.

Um aspeto facilitador em termos de aprendizagem traduziu-se no fato da unidade desenvolver intervenções na área adesão ao regime terapêutico, no treino de preparação de medicação, na abordagem cognitivo-comportamental, treino de competências sociais, treino de assertividade, estimulação cognitiva – Cogweb, intervenção familiar e intervenção psicoeducativa, o que permitiu o desenvolvimento das competências do EEESMP.

1.3 CONTEXTO RESPOSTAS DIFERENCIADAS

No contexto de respostas diferenciadas, o estágio foi realizado no hospital de dia de oncologia, estruturalmente inserido numa unidade local de saúde. Desenvolveu-se no período de 4 de dezembro de 2023 a 16 de fevereiro de 2024.

Tratando-se de um estágio na vertente de respostas diferenciadas, revela-se de extrema importância a identificação dos objetivos que vão ao encontro das condições e especificidades deste particular contexto.

Com o decorrer do estágio pretendeu-se desenvolver intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da execução de atividades com vista à promoção da saúde mental, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas submetidos a quimioterapia e dos enfermeiros, recorrendo à mobilização das competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, estabelecendo para isso, relações de confiança e parceria.

O cancro é uma das doenças do futuro e do presente, que para além da necessidade de uma perspetiva clínica multidisciplinar, coloca novos problemas e desafios aos profissionais e às organizações de saúde, reclamando uma abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde.

Os cuidados centrados na pessoa com doença oncológica são uma preocupação das instituições de saúde em geral como resposta ao documento “Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia”, elaborado pela coordenação nacional para as doenças oncológicas em 2009, dirigidos a toda a comunidade, mas mais especificamente aos profissionais de saúde, numa perspetiva holística de cuidados de saúde.

A doença oncológica é uma condição física que, apesar da evolução nas práticas de deteção e de tratamento registadas no último século, ainda constitui uma ameaça à saúde e à vida das pessoas, com repercussões a vários níveis, incluindo psicossociais. Tais repercussões podem iniciar-se desde cedo, numa fase em que existe só risco de doença, na eventualidade de história familiar e/ou risco genético, perante a realização de exames de rastreio ou de despiste, e durante o curso da doença oncológica, desde a fase de diagnóstico, tratamentos e sobrevivência, passando pela recaída, fase terminal e morte.

Todo o processo da doença pode ser experienciado com algum grau de sofrimento emocional que pode abranger situações extremas desde a resposta psicológica natural de uma pessoa perante a vivência do diagnóstico de uma doença grave e respetivos tratamentos a quadros patológicos com critérios para uma perturbação psiquiátrica específica como quadros de ansiedade e de depressão. A este continuum, *distress*, podem corresponder diversos compromissos no funcionamento físico, psicológico e social e, por conseguinte, uma qualidade de vida diminuída (Badger et al., 2004).

Ser diagnosticado com cancro e ser submetido aos seus tratamentos habitualmente agressivos são acontecimentos potencialmente traumáticos e experiências difíceis que normalmente têm associadas imagens e representações negativas e traumáticas. Por sua vez, os sintomas da própria doença e os efeitos destes tratamentos podem resultar em alterações nas capacidades físicas e mentais, alterações nos papéis pessoais e sociais e alterações na aparência e imagem corporal, consequências negativas que, juntamente com as diversas preocupações e medos experienciados (Holland et al., 2006), permitem compreender também as sequelas emocionais exibidas pelas pessoas.

Muitas pessoas ao longo do curso da sua doença descrevem vivências de sofrimento enquadráveis numa experiência emocional desagradável multifatorial de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir com a capacidade de lidar com a doença e sintomas relacionados, respetivos tratamentos e consequências decorrentes e que se estende por um continuum desde sentimentos normais de vulnerabilidade, tristeza e medo a perturbações mais graves e incapacitantes como quadros de depressão, ansiedade, isolamento social, crise espiritual e/ou de crenças, experiência que alguns autores propuseram denominar de *distress* (NCCN, 2014).

Para a maioria dos doentes, esta experiência emocional engloba respostas normais às notícias do diagnóstico e ao decurso da doença, as quais tendem a diminuir de intensidade com o passar do tempo, à medida que ocorre um ajustamento à vivência da doença, não se traduzindo em problemas psicológicos ou psiquiátricos duradouros e relevantes clinicamente. Tratam-se, portanto, de sintomas esperados de *distress* emocional que são habituais e que podem ser considerados como adaptativos e fazendo parte de um processo normal de ajustamento (Holland et al., 2006). Contudo, e conforme referem os mesmos autores, o diagnóstico e tratamento do cancro pode, em alguns casos, ter consequências emocionais significativas, resultando a experiência da doença oncológica num considerável e permanente *distress* emocional. Para este grupo de doentes, as reações emocionais iniciais parecem, assim, evoluir para problemas psicológicos e psiquiátricos clinicamente significativos, os quais, normalmente, ocorrem no quadro de uma perturbação de adaptação, perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade (Holland et al., 2006). Duas meta-análises consultadas, que analisaram a prevalência de perturbações psicológicas ou psiquiátricas nos doentes oncológicos, referem prevalências de 32% de perturbações não psicóticas (designadamente, perturbações de adaptação, de ansiedade e depressivas) em doentes oncológicos em início de tratamento (Singer et al., 2013) e de 29% em doentes oncológicos em cuidados paliativos (Mitchell et al., 2011).

No presente é reconhecido que cerca de um terço de todos os doentes oncológicos exibem um *distress* emocional significativo associado ao diagnóstico e tratamento do cancro, que requer uma intervenção diferenciada (Carlson et al., 2003), defendendo os mesmos autores que, por este motivo, o impacto emocional do cancro não deve ser desvalorizado, mas sim considerado o sexto sinal vital em oncologia e encarado como um componente essencial nos cuidados a prestar. Nesta medida, reconhece-se hoje a importância do rastreio do *distress* emocional em todos os doentes oncológicos, da identificação dos doentes em risco e da intervenção dirigida ao sofrimento psicossocial.

Com a identificação do sofrimento inerente às pessoas com doença oncológica, recai sobre o EEESMP a responsabilidade de compreender estes processos de sofrimento e de intervir dentro do quadro das suas competências e intervenções específicas. Deve, portanto, desempenhar um papel diferenciador e preponderante como facilitador da aceitação da condição de doença oncológica, que exige por parte da pessoa doente e da família, a mobilização de várias habilidades para saber lidar com a mudança de papéis, com a possibilidade da alteração da imagem corporal e inclusive com a finitude da própria vida. Cabe ao EEESMP, dar uso das suas competências no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, com o intuito de promover o surgimento e desenvolvimento dessas habilidades por parte das pessoas com doença oncológica e respetivas famílias, de

forma a que a travessia pelo curso da doença seja o menos penosa possível e a mais gratificante em termos de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Como já referido anteriormente, o local de estágio é um Hospital de Dia de Oncologia, cujo horário de funcionamento é das 8h às 17h e é constituído por quatro salas, sendo que três (Sala 1, Sala 2 e Sala 3) são destinadas a tratamentos de quimioterapia e a quarta sala serve de apoio às consultas e realização de exames, bem como às salas de tratamento, sendo que nesta são realizadas as colheitas de sangue entre as 8h e as 9h aos doentes com tratamento marcado para o dia.

A Sala 1 acolhe as pessoas sob tratamento correspondente às especialidades médicas de Medicina, Urologia, Pneumologia, Dermatologia e Ortopedia Oncológica, existindo nela 20 cadeirões e 2 quartos. A Sala 2 abrange as pessoas em tratamento das especialidades médicas de Ginecologia e Hematologia. Tem 19 cadeirões e dois quartos. A Sala 3 tem 11 cadeirões e está dependente das salas 1 e 2, recebendo doentes destas. A sala 4 possui 3 cadeirões e uma maca.

Os dois quartos inseridos nas salas de tratamento 1 e 2 têm duas camas que são destinadas a pessoas mais debilitadas que necessitem de realizar tratamentos e que seja assim necessário o uso das mesmas, em vez de ficarem em cadeirões. Nestes quartos é também realizada administração de quimioterapia intravesical e administração de quimioterapia intratecal.

A unidade é composta por uma equipa multidisciplinar, formada por Médicos, Enfermeiros (sendo um EESMP), Psicólogo, Assistente Social, Técnicos Administrativos, Farmacêuticos e Assistentes Operacionais.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM VISTA À AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do estágio desenvolvi atividades, em vários contextos, com o objetivo de produzir ganhos em saúde, no sentido de promover o bem-estar da pessoa, estabelecendo uma parceria de cuidados e relação de ajuda eficazes, desenvolvendo e aprofundando competências específicas, comunicacionais, de organização e planeamento, assim como, de resiliência e imprevisto, perante a necessidade de adequação das intervenções individuais e em grupo.

Estruturei a minha intervenção baseada em dois documentos fulcrais na prática da enfermagem em contexto de especialista, no âmbito geral e em contexto de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente o regulamento n. 140/2019 de 6

de Fevereiro e o regulamento n. 515/2018 de 7 de Agosto, respetivamente, que conduziram à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na prestação e gestão de cuidados de âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo, psicossocial e socio-terapêutico.

Nos sub-capítulos seguintes serão descritas as atividades implementadas em cada contexto experienciado, de forma a adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento n. 140/2019 de 6 de Fevereiro, as competências comuns do enfermeiro especialista são “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

Estas competências, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro).

Passo a apresentar a análise crítica do desempenho de acordo com os domínios das competências definidos pela OE. São quatro os domínios de competências comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Domínio A); Melhoria Contínua da Qualidade (Domínio B); Gestão dos Cuidados (Domínio C); Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Domínio D).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal reúne duas competências: A1) desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os enfermeiros assumem-se como um grupo profissional de destaque em relação ao processo de tomada de decisão, no sentido que a sua prática clínica pressupõe um contato direto com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital, sempre com o intuito de promover o bem-estar e a qualidade de vida (Nunes, 2016).

Na prática clínica, os enfermeiros deparam-se por vezes com dilemas éticos que necessitam de uma tomada de decisão fundamentada. Para a tomada de decisão, o enfermeiro deve assumir a responsabilidade e competência da sua área de especialidade, devendo este estar atualizado nos conhecimentos teórico-científicos para responder da forma mais adequada. Deve, portanto, basear a sua prática profissional no conhecimento e experiência e orientada segundo o domínio ético-deontológico e para tal, regendo-se pelo Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Na base do respeito pelos outros estão os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que são orientações fundamentais na tomada de decisão. No campo da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a ética assume especial relevo, pela vulnerabilidade acrescida intrínseca a este grupo populacional. Destacam-se as situações de internamento involuntário em que os princípios do respeito pela autonomia da pessoa com doença mental e o da beneficência/não maleficência colidem. Nestas situações a decisão assenta na prioridade de prevenir situações que possam causar dano ao próprio, mas também a terceiros. Embora possa existir conflito entre o respeito pela autonomia e a limitação da liberdade e do exercício dos direitos das pessoas com doença mental, os mais altos valores da dignidade humana prevalecem, independentemente da situação de vulnerabilidade e incapacidade que possa ocorrer. No contexto comunitário em UCC, houve a oportunidade de observar uma situação similar e compreender todas as implicações ético-legais inerentes, bem como as diligências necessárias para se iniciar o processo. Foi passível de comprovar a importância do papel diferenciador do enfermeiro especialista na referência e acompanhamento do caso. Este episódio que passo de seguida a relatar, centra-se numa pessoa já previamente acompanhada pelo EEESMP da UCC, entre a faixa etária dos 40 a 50 anos, com diagnóstico clínico de esquizofrenia há vários anos e que estava medicada com antipsicóticos. No entanto, nos últimos meses terá abandonado a terapêutica, tendo o seu pai notado alterações significativas ao nível do seu comportamento. Apresentava alucinações auditivas que culminavam em episódios de auto e hetero-agressão. Perante este cenário o pai resolveu contactar o EEESMP para avaliar a situação. Foi realizada uma visita domiciliária, onde foi possível comprovar que a pessoa se encontrava numa situação de crise aguda, a necessitar de ser internada involuntariamente, de forma a receber cuidados de saúde mais diferenciados e contínuos, no sentido de proteger a sua integridade física e a do seu pai. Após avaliação, o EEESMP contactou a Assistente Social e o Delegado de Saúde, para lhes referenciar a situação e dar início ao processo de internamento involuntário e poucos dias depois foi realizada nova visita, já com a presença da GNR e a pessoa foi encaminhada para o internamento em uma unidade de psiquiatria. Neste processo, para além da pessoa, o foco da intervenção do EEESMP também foi o seu pai. Uma das competências diferenciadoras do

EEESMP foi a habilidade de comunicar a decisão ao pai, de forma clara e humanista. Foi-lhe explicado os motivos do internamento involuntário, os direitos do seu filho durante o processo e como ele e a restante família poderiam ajudar no suporte emocional durante esse período difícil. Recebeu orientações sobre como lidar com possíveis crises futuras e sobre a importância de manter a adesão terapêutica e de chamar ajuda diferenciada sempre que houver alterações no comportamento da pessoa.

Neste cenário, o EEESMP desempenhou um papel crucial em todas as etapas do internamento involuntário. Demonstrou competências na avaliação do risco, gestão de crises, comunicação, intervenção terapêutica e planeamento de alta garantiram que a pessoa recebesse cuidados seguros, eficazes e humanizados. A atuação do EEESMP foi fundamental para estabilizar a situação clínica da pessoa e preparar tanto ela quanto o seu pai para um processo de recuperação contínuo.

Foi também notória a importância da cooperação entre os vários profissionais de saúde e de segurança, no sentido de operacionalizar esta lei, que na maioria dos seus casos não é entendida pela generalizada da sociedade.

O cuidar de enfermagem assenta sempre no reconhecimento da humanidade do outro, da sua capacidade de pensar, de interagir e de se manifestar, no reconhecimento da sua dignidade (Nunes, 2016). Segundo a WHO (2005) a maioria das pessoas com patologias do foro mental detêm capacidade para fazer escolhas informadas e tomar decisões com relação a questões importantes que afetam suas vidas, nesse sentido em todos os contextos de estágio, foi assegurado respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, embora reconheça que quando há uma doença mental grave incapacitante ou uma descompensação da sua patologia de base, esta capacidade possa estar prejudicada. No entanto, o garante de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais nunca poderão estar em causa.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, à luz do Artigo 97.º encontra-se expressa a importância da ressalva da dignidade humana, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 74).

Neste entendimento, durante a prática clínica esteve sempre subjacente o respeito pelo Código Deontológico, assim como os valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, a capacidade de escolha, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Para além destes princípios, ainda são

necessários outros, os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, como a responsabilidade social da enfermagem na promoção da saúde da população, o respeito pelos direitos humanos na relação com a pessoa e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, não esquecendo, porém, o respeito e o cumprimento das regras e normas particulares das instituições onde foram realizados os dois estágios.

As pessoas têm o direito de decidir se aceitam ou rejeitam a intervenção terapêutica, nesse sentido torna-se imperativo informar e realizar um esclarecimento prévio, para informar e esclarecer quaisquer dúvidas e assim obter a permissão para a realização da intervenção. Esta conduta foi cumprida no decurso dos dois estágios, garantindo-se um correto consentimento informado e o respeito pelos direitos das pessoas.

Tendo em conta todas estas considerações previamente mencionadas, foram efetuados registos de forma rigorosa, utilizando declarações objetivas, isentas de juízos de valor. Foram elaborados planos de cuidados precisos, objetivos e específicos das intervenções implementadas, com especial enfoque na sua documentação e respetiva avaliação, mantendo anonimato das informações recolhidas, quer de carácter pessoal quer de informações partilhadas durante as sessões grupais recolhidas, face ao dever do sigilo profissional.

O domínio da melhoria contínua da qualidade que compreende as seguintes competências: B1) garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2) desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3) garante um ambiente terapêutico e seguro.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática e reconhece que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

A atividade profissional em enfermagem não é isolada, relaciona-se com outros profissionais de saúde. As reuniões de equipa são momentos privilegiados para a tomada de decisão, onde o enfermeiro especialista deve possuir a qualidade de um excelente ouvinte, recolhendo contributos de todos e ao mesmo tempo suscita a análise dos fundamentos das decisões, tornando-se um consultor e um líder na sua área de especialidade. No contexto da comunidade em UCC e hospitalar, constatei e aprendi sobre este papel de líder nesta área de especialidade. Nestes locais de estágio, as decisões terapêuticas são tomadas em reunião multidisciplinar com o contributo de cada profissional de saúde na sua especificidade para um

conjunto de intervenções concertadas, numa visão de cuidados centrados na pessoa e nos ganhos em saúde que a intervenção conjunta pode proporcionar. As intervenções realizadas resultantes da tomada de decisão, são avaliadas em função dos resultados obtidos com a pessoa, além de partilhados com a restante equipa de modo a promover o desenvolvimento de prática especializada e assim enriquecendo toda a equipa, que fica mais capacitada em situações futuras idênticas.

Em todos os contextos da prática especializada foi possível aprender e treinar a tomada de decisão fundamentada e refletida. Mais uma vez, no contexto comunitário e hospitalar, destacam-se as reuniões familiares, onde as situações clínicas das pessoas eram discutidas em equipa multidisciplinar, e onde a família era envolvida e encorajada a desempenhar um papel ativo no processo de recuperação. Cabe ao enfermeiro especialista desenvolver uma sensibilidade e uma intencionalidade vocacionada para, sempre que possível, inserir o contexto familiar no processo de *recovery* da pessoa. O suporte familiar representa uma mais valia muito significativa no sucesso do processo de tratamento e reabilitação psicossocial da pessoa.

Relativamente a cada contexto de estágio, foi realizada uma síntese crítica de atividades, onde foram apresentados os resultados das intervenções, acompanhados por uma reflexão crítica acerca das medidas corretivas que eventualmente poderiam tornar as diversas intervenções mais adequadas. Nestas sínteses, foi possível verificar, ainda, o sucesso dos programas propostos e aplicados. A partilha de conhecimento aconteceu ao longo de todo o estágio, com os vários tutores, professores e colegas.

A promoção de um ambiente seguro na implementação das intervenções foi sempre assegurada nos diversos contextos de estágio, o que se tornou essencial para os participantes, na medida em que as várias abordagens selecionadas permitiram o estabelecimento de uma relação terapêutica, com consequentes benefícios para os mesmos. Sendo assim, considera-se que foi possível proceder à gestão de risco através do planeamento rigoroso que foi realizado aquando da elaboração dos projetos, com a finalidade de aumentar a adesão terapêutica e minimizar o risco clínico. Em todas as intervenções tentei sempre assegurar que as mesmas eram efetuadas em ambientes calmos, sem ruído e adequados à tipologia da própria intervenção. Recordo que aquando das sessões de relaxamento realizadas em contexto hospitalar e de respostas diferenciadas, o *setting* era sempre muito cuidado, no sentido de ter pouca iluminação, sem ruído e com o propósito de não ser interrompido, colocava um aviso na porta. Com o intuito de minimizar também o risco clínico dos participantes, o guião das sessões de relaxamento utilizado em contexto hospital foi modificado, porque recriava situações de imaginação guiada, o que em pessoas com esquizofrenia, poderia desencadear uma crise psicótica. O recurso à sessão 0 na técnica

psicoterapêutica do relaxamento foi também utilizada no sentido fomentar a relação terapêutica, de aumentar a adesão à intervenção, aumentar os ganhos em saúde e minimizar o risco clínico que podia advir do tipo de linguagem utilizada, da intensidade da voz e mesmo da cadência do discurso. A filosofia utilizada neste percurso da prática clínica sempre se baseou na minimização dos riscos e maximização dos ganhos.

Na dimensão da melhoria contínua da qualidade, foi sempre demonstrado interesse em participar e colaborar ativamente com os projetos já presentes nos diferentes contextos e implementar outros (que serão caracterizados no capítulo das competências específicas do EEESMP), baseando a minha prática numa avaliação sistemática e contínua procurando trazer a inovação e a criatividade, utilizando novas metodologias e parcerias, incentivando as pessoas, alvo da intervenção, a desempenharem um papel proativo no desenvolvimento da intervenção.

O domínio da gestão de cuidados, que engloba duas competências: C1) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Na dimensão da gestão e qualidade dos cuidados foi possível, em todos os três contextos, acompanhar o enfermeiro gestor durante um turno e identificar e compreender as competências inerentes à execução dessa função e todas as diligências necessárias para cumprir os pressupostos que estão na base da prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Também participei em várias reuniões de serviço, que constituíram momentos de eleição da tomada de decisão, constatando o papel central que o enfermeiro gestor tem na organização institucional, observando estratégias de delegação, e tendo a oportunidade de realizar de forma supervisionada, a decisão da gestão dos cuidados diferenciados a serem prestados. Estive presente, em contexto comunitário e de respostas diferenciadas, em reuniões com entidades parceiras, na identificação das necessidades de cuidados diferenciados na área da saúde mental e na definição de um plano de intervenção conjunto.

Um dos grandes desafios que se coloca aos enfermeiros na gestão dos recursos humanos relaciona-se com as dotações seguras dos cuidados de enfermagem. O Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, estabelece as diretrizes para o cálculo das dotações seguras de enfermeiros em diversos contextos, incluindo as especialidades, como a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Este documento tem como objetivo

garantir que os serviços de saúde disponham de um número adequado de enfermeiros para proporcionar cuidados de qualidade e segurança aos utentes.

No caso específico dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, estas dotações devem ser ajustadas às necessidades dos utentes e ao contexto de prestação de cuidados.

No contexto comunitário, ao nível da UCC, tendo em consideração que o EEESMP promove a saúde mental, previne a doença mental, intervém no tratamento e recuperação no respeito pelos princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível considera -se adequado, pelo menos, a presença de um EEESMP por unidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Em contexto comunitário, no local de estágio, esta dotação estava assegurada e inclusive ultrapassada, uma vez que a UCC apresentava dois EEESMP na sua equipa, que para além de implementarem intervenções diferenciadas no campo da saúde mental, também desenvolviam atividades de articulação com os cuidados de saúde primários.

No contexto hospitalar, o regulamento n.º 743/2019 preconiza que no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, devem existir, pelo menos, dois EEESMP, por cada três enfermeiros, sendo que, deverá existir, pelo menos, um EEESMP em permanência, 24 horas por dia. No local de estágio, esta indicação era cumprida, na medida em que a equipa multidisciplinar era composta por dois enfermeiros que eram especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em que pelo menos um estava sempre presente durante o horário de abertura do serviço.

No contexto de respostas diferenciadas, nomeadamente no HDO, podem ser integrados enfermeiros especialistas de outras áreas, tendo em consideração a necessidade em cuidados de enfermagem diferenciados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este requisito era cumprido, uma vez que o HDO apresentava na sua equipa um EEESMP, que para além das competências comuns de especialista, na área da gestão, desenvolvia intervenções na área da saúde mental.

Um dos recursos mais importantes, em qualquer instituição, é o recurso humano, as pessoas. A forma como estas se envolvem, se motivam e realizam o trabalho num grupo social assume grande importância para o seu nível de eficiência nos resultados obtidos. Gerir recursos humanos é uma tarefa que se reveste de grande complexidade. Cada pessoa, única, com características e competências diversas, com objetivos distintos, com diferentes graus de motivação, mas, que ao trabalharem num mesmo contexto, estão sujeitas a objetivos institucionais próprios, que visam a maximização da qualidade dos cuidados prestados. A conciliação de todos estes aspetos pode constituir um desafio para o gestor de cuidados. No

contexto de respostas diferenciadas, com o objetivo de valorizar os profissionais de saúde e de promover a sua saúde mental, foi efetuado em contexto de formação em serviço, uma apresentação denominada “Compreender o *Burnout*” (Apêndice 1) e no seguimento foi também implementada uma atividade “(Re)plantar a Esperança” (Apêndice 2).

No domínio da gestão dos cuidados, optou-se sempre por avaliar, em cada situação, os recursos disponíveis, em função das necessidades da pessoa, priorizando o bem-estar e a segurança de todos os envolvidos no processo de cuidados. A utilização adequada e eficiente dos recursos conduz a uma maior efetividade nos ganhos em saúde.

O tempo é um recurso, não visível, mas cuja gestão é um dos principais desafios que se colocam às instituições. O enfermeiro especialista, no seu exercício de gestão, tem de saber gerir o tempo disponível com eficácia, definindo prioridades, planeando, organizando a agenda e sabendo delegar o que é possível delegar. Segundo Rocha et al., (2014), este processo inicia-se com uma boa autogestão e disciplina, definindo o que realmente é importante, de forma a ser priorizada a sua concretização, antes que seja necessário tomar medidas que, pela falta de tempo, possam não ser as mais adequadas. Segundo este autor, é ainda pertinente perceber que tarefas consomem mais tempo, executando uma tarefa de cada vez, e priorizando a sequência certa das tarefas a desempenhar.

Na dimensão de gestão de recursos materiais e do tempo, foi possível constatar que no contexto da comunidade, os enfermeiros despendiam muito do seu tempo nas deslocações entre as residências das pessoas e como só tinham uma viatura disponível para o fazer, era necessário um planeamento prévio muito rigoroso e uma articulação com os restantes profissionais que também utilizavam o mesmo recurso. Nesta situação, foi possível verificar o papel diferenciador do enfermeiro especialista na gestão eficiente, uma vez que para esta ocorrer é necessária uma adequada observação da realidade de forma a poder construir um bom diagnóstico de situação, identificando os recursos disponíveis, o grau de motivação e envolvimento da equipa, o que a motiva, e que estratégias podem ser utilizadas.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que engloba as competências: D1) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2) baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Relativamente às competências do domínio das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade são dois aspetos fundamentais para uma prática clínica especializada.

O autoconhecimento permite efetuar uma profunda viagem ao interior de cada pessoa, fazendo-o compreender por que reage a uma determinada situação de determinada maneira e não de outra, potenciando uma escolha mais sensata e ponderada. Possibilita a

identificação conscientes das potencialidades, mas também dos limites do indivíduo. O autoconhecimento permite um reconhecimento das limitações do enfermeiro especialista, o que é muito importante no ato de cuidar, pois auxilia no momento de tomada de decisão, quando se deve solicitar apoio, ajuda ou colaboração.

É importante reconhecer que o conhecimento em enfermagem, não se limita apenas àquele adquirido através da investigação e pesquisa bibliográfica, uma vez que o conhecimento que advém da prática clínica também ocupa um lugar de grande relevância.

Na sequência dos diferentes estágios efetuados, foi possível verificar um aumento da consciência enquanto pessoa e profissional, que resulta da reflexão crítica constante acerca da gestão de emoções, relações e conflitos, resultando num processo evolutivo em termos de autoconhecimento e prática profissional. Neste entendimento, situações similares que se repetiram nos diferentes locais de estágio foram geridas de forma mais calma, assertiva, ponderada e adequada, não só pela experiência previamente adquirida, mas também pela reflexão e busca de conhecimento para dar resposta apropriada às situações encontradas. Para isso contribuíram a unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal, a autorreflexão crítica e a reflexão conjunta realizada diariamente com os enfermeiros tutores, semanalmente com os professores e no fim de cada estágio com os colegas de mestrado, em contexto de seminário. Trata-se de um processo em desenvolvimento, que nunca terá fim, a reflexão constante sobre a prática clínica constitui em si mesma uma fonte de conhecimento que deve ser estimulada ao longo da carreira de enfermagem.

A aprendizagem vai-se efetivando através da leitura, no contato com os outros e através de uma reflexão consciente, até porque os enfermeiros lidam com pessoas que devido à sua situação, exigem uma intervenção ponderada e responsável.

O domínio da formação é um alicerce importante na profissão de enfermagem, sendo cada enfermeiro responsável pela atualização do seu próprio conhecimento e pelo desenvolvimento da profissão, devendo por isso procurar atualizar os conhecimentos técnico-científicos e relacionais, de modo a acompanhar as mudanças e a incrementar uma adequada resposta às necessidades das pessoas, no âmbito da sua intervenção.

No domínio da formação, no contexto comunitário, participei como formando em um *workshop* “Compreender o Autismo” e em reuniões multidisciplinares na área dos cuidados paliativos, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), permitindo aprofundar e enriquecer conhecimentos que visam a transformação da teoria, para uma prática de excelência.

No contexto hospitalar, participei enquanto formando, no “XII Encontro Mais Contigo – Prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar”, no evento “Sessão

Comemorativa do Dia Mundial da Saúde Mental” e no colóquio “Saúde Mental em Rede – Enredad@MENTE”. Paralelamente também assisti a reuniões familiares, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, permitindo adquirir conhecimentos nesta área de atuação.

No contexto de respostas diferenciadas, participei como formando no “2º Congresso Nacional de Oncosexologia – A sexualidade no doente com cancro: Abordagem das necessidades em diferentes idades”, possibilitando colmatar uma lacuna ao nível de conhecimentos nesta área de intervenção. Decorrente dos conhecimentos adquiridos neste momento formativo e inserido na formação de serviço do HDO, foi possível conceber e realizar uma apresentação formativa sobre oncossexologia à equipa de enfermagem, preenchendo também uma lacuna de conhecimentos sobre a temática por eles evidenciada (Apêndice 3).

Creio que, através das experiências potenciadoras de saber, tenho vindo a adquirir um maior conhecimento e consciência de mim mesmo enquanto estudante do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermeiro, refletindo-se no desenvolvimento da minha prática clínica.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O regulamento n. 140/2019 de 6 de Fevereiro, define competências específicas do enfermeiro especialista como sendo “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) tem como foco a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou de doença mental.

De acordo com o Regulamento n. 515/2018 de 7 de agosto, a prática clínica em ESMP distingue-se das demais especialidades nas suas competências de âmbito psicoterapêutico, que definem que o EEESMP desenvolva um juízo clínico singular e que estabeleça relações de confiança e parceria com a pessoa assistida, aumentando o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução para os mesmos. No processo de cuidar da pessoa, família, grupo, comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EEESMP, através do seu conhecimento aprofundado e das suas competências especializadas, compreende os processos de sofrimento da pessoa, a alteração e perturbação mental e as suas implicações no projeto de vida desta, o seu potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelo contexto.

Reconhecendo a importância dos ganhos em saúde atribuídos aos cuidados prestados pelo EEESMP e a especificidade da sua prática clínica, o Regulamento n. 515/2018 de 7 de agosto define o perfil de competências específicas do EEESMP. Segundo o referido documento, as competências específicas do EEESMP são as seguintes:

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

Em enfermagem de saúde mental a relação terapêutica é fulcral no processo de cuidar, no sentido em que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental assenta em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008). Neste entendimento, o EEESMP mobiliza conhecimentos teóricos, mas também se utiliza a si próprio como instrumento terapêutico. Esta relação mobiliza diferentes domínios da pessoa do enfermeiro que na prática se interrelacionam, podendo distinguir o domínio técnico, onde se inclui o conhecimento adquirido e a perícia e o domínio de ordem pessoal, que compreende as características de cada um. Esta ideia é sustentada por Chalifour (2008, p. 9-10) que refere que “é na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como principais utensílios”.

Na revisão sistemática da literatura realizada por Pereira e Botelho (2014), as relações terapêuticas de sucesso são pautadas pela disponibilidade para ouvir, respeito, gentileza, flexibilidade, proximidade e pelo suporte por parte do enfermeiro. É de salientar que a escuta valida o outro como pessoa.

Na perspetiva dos autores citados, os atributos pessoais do enfermeiro implicam não fazer juízos de valor, ser paciente, ser brando a falar, ser aberto, genuíno, ser calmo e estável. O investimento mútuo, as técnicas de comunicação particulares e a constante vontade em resolver problemas práticos são características pessoais que devem ser desenvolvidas pelo EEESMP, de forma a desenvolver uma relação terapêutica eficaz.

No estabelecimento da relação terapêutica é essencial que se coloquem limites terapêuticos que determinem as fronteiras entre a dimensão terapêutica e social, permitindo que a relação se desenvolva de modo seguro para os envolvidos. Deve existir uma coerência entre aquilo que o enfermeiro pensa, sente e aquilo que exprime durante o processo comunicacional,

sendo imperativo uma concordância entre o comportamento verbal e não verbal, de forma a desenvolver uma postura promotora da relação terapêutica (Pereira & Botelho, 2014). Não tendo experiência na área da saúde mental e psiquiátrica, no primeiro contexto de estágio na UCC, tive dificuldade em desenvolver esta habilidade e manter uma concordância entre a linguagem verbal e não verbal, mas com a reflexão crítica conjunta foi possível, na sequência dos restantes estágios desenvolver esta habilidade.

A gestão destes limites terapêuticos, exige que o enfermeiro possua competências emocionais eficazes, na medida em que a sua dimensão emocional se reflete na sua prática profissional. A educação emocional é essencial como ferramenta para o desenvolvimento das competências emocionais nos enfermeiros, uma vez que possibilita aos mesmos, adquirirem melhor conhecimento das suas emoções e das dos outros, aumentarem o nível de tolerância e diminuírem o nível de frustração, prevenirem os efeitos nocivos das emoções negativas associadas ao contexto da prática e desenvolverem a habilidade de automotivação, adotando uma atitude positiva em todas as dimensões da vida pessoal, familiar, profissional e social.

Existem também fenómenos não intencionais que surgem na relação terapêutica e que podem influenciá-la negativamente, nomeadamente os fenómenos de transferência e contratransferência. É inevitável compreender que estes fenómenos ocorrem, mas tomar consciência dos mesmos é o caminho a seguir, para poder impedir que possam interferir de forma negativa nos cuidados prestados. Nessa medida, o EEESMP deve gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.

No contexto hospitalar foi possível vivenciar o fenómeno de transferência, enquadrado numa intervenção psicoeducativa sobre a esquizofrenia, uma das participantes, com historial patológico de ideias obsessivas para com o género masculino, manifestado por comportamento sedutor, transferiu esse mesmo comportamento para comigo. Foi deveras um momento constrangedor e difícil de gerir, para alguém sem experiência na área, mas recorrendo à técnica de distração e à comunicação assertiva, foi possível desviar o foco de atenção da pessoa, para a intervenção que estava a ser implementada. No final, em conjunto com a pessoa, foram identificadas e abordadas abertamente as emoções que estavam na origem deste fenómeno de transferência e foram trabalhadas em contexto da intervenção psicoterapêutica, na medida em que estas abrem espaço para a compreensão das relações passadas e presentes da pessoa.

O fenómeno de transferência tem de ser visto pelo EEESMP, não como um obstáculo terapêutico, mas sim como uma oportunidade, uma vez que a interpretação deste fenómeno permite ao enfermeiro o acesso a uma fonte privilegiada na compreensão das experiências

vividas pela pessoa e na maneira como modelam o seu pensamento e comportamento. É tendo esta compreensão como ponto de partida que se torna possível ao EEESMP identificar as respostas relacionalmente proporcionadas àquilo que a pessoa naquele instante personaliza como necessidade relacional cuidativa (Cutcliffe et al., 2018).

Apesar de não ter vivenciado ou presenciado nenhum fenômeno de contratransferência, tenho a noção que nestas situações é fundamental que o EEESMP tenha um alto nível de autoconhecimento e que esteja em constante alerta. Esta postura ajuda a identificar e trabalhar as reações emocionais que surgem no decorrer da intervenção, sendo imperativo que o enfermeiro mantenha a objetividade e neutralidade terapêutica.

A contratransferência, se não for gerida, pode prejudicar a relação terapêutica, levando a interpretações errôneas do comportamento da pessoa ou a intervenções inapropriadas. Por outro lado, quando bem gerida, a contratransferência pode fornecer *insights* valiosos sobre a dinâmica da relação terapêutica e sobre os próprios processos emocionais da pessoa.

Nos três contextos de estágio, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal e profissional foram contínuos, através da pesquisa, da reflexão crítica e da partilha com os enfermeiros tutores, professores e colegas de mestrado. As avaliações dos resultados de todas as intervenções realizadas, comparando-os com os objetivos esperados, foram cruciais para a sua melhoria e adequação. É imperativo realçar que a prática reflexiva, referida por vários autores, entre eles Schon (1992) e Alarcão (2001), veio dar um contributo importante para a compreensão do conhecimento em enfermagem, pois sendo a enfermagem uma disciplina humana prática, o seu conhecimento é construído na ação, durante a ação e na reflexão sobre a reflexão na ação.

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

A promoção da saúde mental deve ser considerada como prioridade na atuação do EEESMP, uma vez que esta perspetiva-se como sendo um recurso que está na base do bem-estar, da capacidade de enfrentar obstáculos e ser resiliente face às adversidades, de estar envolvido e interessado nas questões sociais e na promoção da paz e estabilidade das comunidades, contribuindo para o capital social e desenvolvimento económico das sociedades (WHO, 2008). Conforme o Livro Verde da Comissão das Comunidades Europeias (2005, p. 4), “é a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades”.

É hoje consensual, e merecendo ampla atenção no âmbito da saúde em geral, que os pensamentos, sentimentos e comportamentos de saúde têm um grande impacto no estado

de saúde física. Por outro lado, o estado de saúde física tem considerável influência sobre o bem-estar e a saúde mental (Deci & Ryan, 2008). É de conhecimento geral, que atualmente os custos diretos e indiretos associados às doenças mentais, resultam não só das despesas assistenciais, mas também da diminuição da produtividade (desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio à família), tendo um enorme impacto económico nos orçamentos públicos. Neste entendimento, é possível realçar a importância da saúde mental, tanto a nível individual como para a sociedade como um todo, da mesma forma que se torna evidente que se deve intervir precocemente na promoção da saúde mental enquanto elemento prioritário, diminuindo a probabilidade de desenvolvimento de perturbações do foro mental.

Ao prestar assistência na otimização da saúde mental, o EEESMP parte da avaliação global da pessoa/comunidade, tendo em conta o seu ciclo vital, o seu estadio de desenvolvimento e o contexto em que se insere. Esta avaliação tem como objetivo a identificação das necessidades e potencialidades da pessoa/grupo ou comunidade e deve recorrer ao uso de estratégias, métodos e instrumentos de avaliação adequados.

A entrevista é o principal recurso do EEESMP para a obtenção de dados e avaliar a pessoa e tem como objetivo a compreensão profunda do que se passa com a pessoa, a descoberta do modo como vivencia a situação que lhe causa problema, a clarificação da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitam uma mudança (Chalifour, 2009). No decorrer da entrevista, a observação constitui-se uma ferramenta complementar importante no processo de colheita de dados. Na entrevista de colheita de dados, a observação permite analisar a forma como a pessoa reage à situação, esperada ou não, os seus comportamentos, a forma como comunica, a sua linguagem verbal e não verbal (Sequeira & Sampaio, 2020).

É na comunicação que se baseia a relação, uma vez que é através da mesma que se acede ao outro, à sua história, ao seu contexto e às suas necessidades, ou seja, é na comunicação que se processa a tomada de decisão (Sequeira & Sampaio, 2020).

A avaliação das necessidades e potencialidades da pessoa/grupo/comunidade, é sempre o ponto de partida para a intervenção diferenciada do EEESMP. A aquisição desta competência de avaliação abrangente das necessidades, ficou comprovada em todas as intervenções realizadas nos diferentes contextos, no sentido em que todas as intervenções partiram da identificação de uma ou mais necessidades.

A participação no contexto comunitário e hospitalar em reuniões familiares e multidisciplinares, permite ao enfermeiro acompanhar a evolução do plano de cuidados previamente definido para a pessoa e família e validar o seu cumprimento, bem como alterar o status de alguns diagnósticos e identificar novos, facilitando um acompanhamento mais global das necessidades da pessoa e família. O papel do EEESMP é capacitar a pessoa para o seu novo

papel, fazendo com que ela se torne consciente das mudanças e das alterações implicadas, para assim se tornar ativa no seu processo de aprendizagem, demonstrando capacidade, demonstrando mestria e conhecimento e esclarecendo dúvidas, tornando este processo de transição saudável (Silva et al., 2019).

No contexto na comunidade, na área de intervenção da pessoa com DMG, acompanhei duas pessoas e respetiva família ao longo de cerca de cinco semanas. Neste período, através da entrevista semi-estruturada, da observação, do juízo clínico e da utilização de instrumentos de avaliação, foi possível identificar diagnósticos de enfermagem, com recurso à linguagem CIPE, e em conjunto com a pessoa definir diagnósticos prioritários, estabelecendo uma base para a prescrição das intervenções, com vista à resolução dos diagnósticos, valorizando os ganhos obtidos em saúde. Foi possível formular dois diagnósticos prioritários de enfermagem (conhecimento não demonstrado sobre a esquizofrenia e *stress* no seio familiar), sobre os quais se debruçou a intervenção psicoterapêutica inserida no Projeto de Psicoeducação Familiar - “Caminhar Juntos na Esquizofrenia” (Apêndice 4).

No contexto de respostas diferenciadas, efetuei o acompanhamento a uma pessoa com doença oncológica, durante 3 semanas de tratamento, o que me permitiu avaliar de forma global a pessoa e a sua história no seu contexto familiar e comunitário. Para tal, foi utilizada e treinada a técnica de observação e aplicação de instrumentos de avaliação adequados ao contexto e à pessoa assistida, objetivando a monitorização do estado de evolução do seu quadro clínico.

Foi possível estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica eficaz, que permitiu observar, escutar, compreender, analisar e descrever uma determinada situação e adquirir conhecimento e experiência essenciais na tomada de decisão das intervenções a implementar e dos resultados expetáveis de atingir.

Este caso constitui uma oportunidade interessante para aplicar clinicamente as técnicas e instrumentos específicos do EESMP e promover cuidados especializados de saúde mental, ajudando a pessoa a lidar com a sua doença oncológica e simultaneamente fornecendo-lhe estratégias que a ajudarão a enfrentar as adversidades emocionais resultantes da doença, promovendo a sua saúde mental e prevenindo a doença mental.

Os estudos de caso podem ser utilizados em diferentes situações e contribuem para um aumento do conhecimento dos fenómenos, constituindo métodos de pesquisa estruturados (Andrade et al., 2017). De forma a estruturar a sua intervenção psicoterapêutica, o enfermeiro deve definir as suas ações com base na análise da história do paciente pelo que o estudo de caso surge assim como um bom método para atingir este fim. Constata-se assim que o “estudo de um caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma

determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano et al., 2003, p. 373).

No contexto hospitalar foi desenvolvido um estudo de caso, cuja metodologia aplicada atravessou diferentes etapas, desde a seleção da pessoa assistida, o seu consentimento informado para a realização do mesmo, assim como a recolha de informações através de entrevistas semi-estruturadas e acesso ao processo clínico da pessoa, com o objetivo de identificar focos e diagnósticos de enfermagem, efetuando de seguida planos de intervenção individualizados e respetiva avaliação (Apêndice 5).

A realização do genograma e ecomapa, inseridos na estrutura do estudo de caso, permitiu compreender mais a fundo a estrutura familiar da pessoa assistida e aferir a presença, a intensidade, a direccionalidade e a intencionalidade das relações estabelecidas entre esta e o ambiente que a rodeia, baseando-me no referencial teórico de eleição na intervenção familiar que é o Modelo de Calgary de Avaliação da Família de Wright e Leahey. Através destas estruturas é possível ter uma rápida visão da complexidade das relações familiares e são importantes fontes de informação, de forma sucinta, para o planeamento de estratégias. Neste sentido, na execução do estudo de caso, o plano de cuidados desenvolvido teve em consideração a análise do genograma e ecomapa, na medida em que foi identificado o suporte familiar da pessoa na comunidade e este foi alvo da intervenção do enfermeiro. Este caso constituiu uma oportunidade para promover cuidados especializados de enfermagem de saúde mental na comunidade, ajudando a pessoa assistida a lidar com a sua doença mental e simultaneamente fornecendo-lhe instrumentos que a ajudarão a enfrentar as adversidades com que se deparará aquando da alta clínica.

Outra atividade facilitadora da aquisição e desenvolvimento desta competência específica, foi a participação, nos três contextos, em consultas de enfermagem de saúde mental. Trata-se de uma atividade independente de enfermagem, onde ocorre a interação entre a pessoa e o referido profissional, em que o segundo avalia as necessidades do primeiro e capacita-o para a gestão da sua condição de saúde. Desempenha um papel crucial no cuidado à pessoa assistida, oferecendo benefícios significativos para o diagnóstico, tratamento e qualidade de vida. Durante a consulta de enfermagem, é possível realizar uma avaliação abrangente da pessoa, levando em consideração não apenas os aspetos físicos, mas também os emocionais, sociais e espirituais, proporcionando uma compreensão holística das necessidades da pessoa.

A consulta de enfermagem é uma oportunidade para identificar potencialidades e realizar ensinamentos à pessoa sobre a doença, o tratamento, os fármacos prescritos e estratégias de autocuidado, permitindo que a pessoa participe ativamente na gestão da sua própria saúde.

O EEESMP desempenha um papel importante no apoio emocional prestado à pessoa e aos familiares, ajudando a enfrentar o impacto psicológico do diagnóstico e do tratamento. Para tal serve-se do aconselhamento, escuta ativa e encaminhamento para suporte psicossocial quando necessário.

Através de consultas regulares, foi possível avaliar a resposta da pessoa ao tratamento e ajustar os planos de cuidados conforme necessário, o que se revelou crucial para garantir a eficácia do tratamento e identificar possíveis complicações precocemente. Ao fornecer informações claras, apoio emocional e estratégias práticas, promovi a adesão ao tratamento, melhorando assim os resultados do mesmo.

c) 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;

Ao longo dos dois estágios, foram acompanhados diversos grupos de pessoas, quer pela diversidade etária, mas também pelos múltiplos contextos em que estavam inseridos. Com o intuito de avaliar se as abordagens foram as mais adequadas, foi imperativo recorrer à sistematização e análise dos dados, diagnosticar questões de saúde mental, identificar os resultados esperados, planejar, implementar e negociar o plano de cuidados com a pessoa assistida e a equipa de saúde multidisciplinar.

Nesse prisma, a participação nas reuniões comunitárias foi uma experiência bastante interessante e muito gratificante, tratando-se de um momento de reflexão entre os participantes no sentido de identificar os aspetos positivos e negativos ocorridos na última semana, dando espaço para cada pessoa assistida verbalizar a sua opinião, e distribuir de forma voluntária as tarefas semanais de modo a apelar ao espírito, de interajuda e responsabilização. Estes momentos foram imprescindíveis para perceber as dinâmicas grupais e os laços estabelecidos entre as pessoas internadas, permitindo identificar se existem conflitos no grupo e promover a sua resolução.

Com a participação em várias reuniões familiares, foi possível estabelecer contato presencial com os familiares da pessoa internada e nesse contexto aferir as expectativas dos mesmos em relação ao internamento e à recuperação do seu familiar. Em muitas das situações as expectativas dos familiares estavam desajustadas com a realidade, uma vez que não acreditavam na recuperação do seu familiar e conseqüente alta para a comunidade. Existia sempre um reconhecimento de melhoras significativas no comportamento da pessoa, mas face aos anos de sofrimento mental a que estas famílias estão sujeitas, torna-se difícil acreditar que desta vez será diferente, não acreditando numa fase inicial nas potencialidades da pessoa. Nesta situação o EESMP deve incidir a sua intervenção na redução do *stress* do cuidador, na adequação do papel do cuidador e no aumento de conhecimento do cuidador

acerca da doença da pessoa. Sempre que possível o plano foi desenvolvido em parceria com a pessoa, procurando que através dos cuidados propostos houvesse manutenção ou incremento das competências e capacidades da mesma, fomentando a diminuição do risco de incapacidade, a manutenção da integração familiar, social e profissional. Foi sempre demonstrada a abertura para promover e reforçar as capacidades das famílias, estabelecendo com elas uma parceria de cuidados.

O papel do EEESMP, enquanto gestor de caso, resulta numa valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, e numa profunda compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promotoras do seu autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde, permitindo um fomento da capacitação das pessoas com doença mental.

O gestor de caso não é competente em todos os domínios pelo que é necessário cooperar com outros elementos profissionais e mobilizar recursos necessários a fim de assegurar à pessoa as diferentes intervenções necessárias à obtenção dos objetivos delineados, comprometendo-se assim com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem. Foi possível compreender este papel do gestor de caso, com a participação, em contexto comunitário, em reuniões multidisciplinares na área dos cuidados paliativos, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Nas reuniões familiares presenciadas em contexto comunitário e hospitalar, também foi possível assistir à negociação dos cuidados entre o enfermeiro, que muitas vezes é o gestor de caso, a pessoa assistida e família, envolvendo todos como parte ativa na recuperação da pessoa. Verifica-se um reconhecimento de todas as partes da existência de um foco de problema e estabelece-se um compromisso em cumprir com todas as orientações acordadas. Assiste-se a uma legitimação do problema e a consequente responsabilização pela resolução do mesmo. Neste caso é realizado um documento com todas as condições a cumprir e no fim todos os intervenientes assinam.

Um diagnóstico de enfermagem preciso depende da atitude do enfermeiro perante a pessoa, daquilo que o profissional de saúde consegue observar, analisar e sintetizar. Só assim será possível programar, executar e avaliar as intervenções de enfermagem. Durante a prática

clínica efetuei a planificação de cuidados e diagnósticos de enfermagem, sustentados pelos dados observados e assentes numa base científica credível.

No sentido de dar resposta à elaboração e supervisão de programas/planos individualizados de tratamento/reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada e suas famílias, foi desenvolvido na comunidade o Projeto “Caminhar Juntos na Esquizofrenia” (Apêndice 4).

No contexto hospitalar deu-se continuidade ao mesmo tema com a elaboração do projeto “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio” (Apêndice 6).

Em ambos os projetos, foi abordado o processo de adesão terapêutica, que tendo em conta a evidência científica, é fulcral para o sucesso da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, exercendo o EEESMP, a competência de auditar a administração de medicamentos em diferentes contextos, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental grave. A gestão do regime medicamentoso foi uma das intervenções realizadas, agilizando todo o processo associado, assegurando a preparação, administração da medicação por via injetável, supervisão da ingestão da medicação por via oral e observação de eventuais efeitos adversos, efetuando ensinamentos educativos à pessoa e família sobre os mesmos.

A sistematização do processo, bem como o incremento de conhecimento acerca do regime medicamentoso, dos seus benefícios e possíveis reações adversas, aumentam a eficácia do tratamento farmacológico e da literacia em saúde mental da pessoa assistida e respetiva família, cumprindo assim um dos principais desígnios do EEESMP. Um exemplo prático desta afirmação são os conteúdos formativos lecionados na sessão nº 3 do projeto “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio” e os respetivos ganhos em saúde, nomeadamente no aumento da literacia em saúde mental (Apêndice 6).

d) 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.

Na dimensão da doença mental grave, a esquizofrenia, apesar de não ser a perturbação mental com maior significado epidemiológico, é aquela que provoca maior incapacidade ao doente e em que se denota maior dificuldade da família em lidar com situações de descompensação clínica da perturbação psicótica. Com a mudança do paradigma na saúde mental, em que há um foco na comunidade, a família desempenha um importante papel como cuidador da pessoa portadora de esquizofrenia, manifestando por vezes situações de *stress*,

que podem conduzir a um desgaste da relação/dinâmica familiar e mesmo ao desenvolvimento de uma perturbação mental (Suharsono et al., 2023).

Neste sentido, foi elaborado um projeto de psicoeducação, denominado “Caminhar Juntos na Esquizofrenia” (Apêndice 4). O nome surge com o intuito de transmitir a importância de fortalecer os laços familiares e criar um ambiente de apoio e compreensão para as famílias que convivem com pessoas com esquizofrenia. Destaco também a importância da caminhada conjunta, envolvendo tanto a pessoa com esquizofrenia como os seus familiares, na busca pelo conhecimento e compreensão da condição de doença, promovendo a psicoeducação como uma ferramenta valiosa nesse processo.

Este projeto foi apresentado à equipa da UCC e obteve grande receptividade à sua implementação e reconhecimento de que será um instrumento importante para a promoção da saúde mental.

A intervenção do EEESMP deve ser realizada ao longo do ciclo vital da pessoa, sendo que no contexto comunitário a oportunidade para o fazer seria maior, no entanto, tal cenário não se verificou, uma vez que na intervenção no âmbito da saúde escolar a UCC estava muito limitada, pois já se encontrava em fase final da implementação de todos os projetos nesse âmbito. No entanto, foi convidada pelo agrupamento de escolas do concelho a participar na atividade “Mexete-te, pela tua saúde!”, atividade proposta no âmbito do Projeto de Promoção e Educação para a Saúde. Neste contexto a finalidade da participação da UCC foi promover a saúde mental das crianças e adolescentes. Juntamente com o meu colega de estágio, foi delineado um projeto intitulado “Os Caminhos do Relaxamento e do *Mindfulness*” (Apêndice 7).

Intervenções escolares integradas, com foco em crianças e adolescentes, conferem a possibilidade de influenciar o desenvolvimento, de forma que este seja saudável, e de diminuir o risco de desenvolvimento de perturbações de saúde mental (Las Hayas et al., 2019).

Neste entendimento, é assim fundamental, implementar programas que visem o desenvolvimento de competências psicoemocionais nas crianças e jovens, nomeadamente a autorregulação emocional.

A estratégia implementada para reduzir a ansiedade nas crianças e nos adolescentes, foi o *Mindfulness*, nomeadamente o *Mindful Eating* (Apêndice 7). Esta foi a técnica eleita, uma vez que foi solicitada pelo agrupamento de escolas uma sessão formativa que abrangesse uma intervenção inovadora do *Mindfulness*. Como serão fornecidos morangos aos alunos durante a caminhada, optou-se pelo *Mindfull Eating*. Tratou-se de uma atividade operacionalizada numa única sessão, o que seria por si só uma limitação, que foi esbatida com a possibilidade de continuidade do mesmo projeto pela UCC. Para manter a ligação entre a população escolar

e a UCC no âmbito deste projeto, no final da sessão foi distribuído um guião da atividade (de forma a que os alunos a pudessem replicar em outros contextos) e os contatos da UCC, para algum esclarecimento de dúvidas na aplicação da mesma.

A avaliação da atividade foi realizada através da aplicação de um questionário de auto-resposta, com o intuito de aferir o sucesso na concretização da mesma, a satisfação na execução, se as técnicas transmitidas potenciaram o relaxamento e a atenção plena e se seriam aplicadas, pelos próprios, em situações futuras, geradoras de ansiedade. A adesão à atividade foi surpreendente, uma vez que estiveram presentes cerca de 140 alunos. Os resultados obtidos com a avaliação da atividade demonstraram que a maioria dos participantes conseguiu realizar a atividade e compreendeu a sua utilidade no contexto da promoção da saúde mental.

No contexto hospitalar, dando continuidade à intervenção realizada à pessoa com DMG na comunidade, foi implementado o projeto “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio” (Apêndice 6). A elaboração deste projeto foi baseada na identificação dos seguintes diagnósticos de enfermagem: Conhecimento não demonstrado acerca da doença e *Insight* comprometido.

Uma mudança ao nível do estado de saúde, prevê um processo de consciencialização e aceitação da nova condição de saúde, facilitando assim a adesão ao regime terapêutico e a diminuição de episódios de agudização (Vanelli et al., 2010). Os mesmos autores reforçam que a ausência de *insight*, ou consciência da doença, é frequente em doentes com perturbações psicóticas, constituindo um importante fator preditivo do curso da doença, nomeadamente a nível de uma maior duração da psicose, baixo nível de adesão terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais.

O Regulamento n. 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros EEESMP, através dos seus conhecimentos e competências no âmbito terapêutico, é capaz de “aumentar o *insight* sobre os problemas e melhorar a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (p. 21427), sendo que uma intervenção do EEESMP com resultados eficazes na promoção do *insight* é a psicoeducação.

Como nos refere Brito (2021), é importante o envolvimento da pessoa e da sua família no processo de tratamento, essencialmente através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares. Também, Pinho e Pereira (2015) no seu estudo de revisão da literatura concluíram que a psicoeducação familiar é eficaz na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação da pessoa com esquizofrenia e para preservar a saúde física e mental das suas famílias e a sua qualidade de vida. É crucial

que as famílias façam parte integrante do processo de tratamento e reabilitação da pessoa com esquizofrenia.

Transversalmente, o foco da ansiedade está muito presente nas pessoas com doença mental. A ansiedade tem uma elevada prevalência em Portugal sendo um problema de saúde pública. Em 2017, o Relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017” publicado pela DGS - indicava que 21% da população portuguesa tinha alguma perturbação da ansiedade. Trata-se de uma patologia mais prevalente em mulheres e com maior gravidade em, pelo menos, um terço dos casos sintomáticos com curso moderado a grave, continuando a ter grande impacto negativo na sociedade moderna, tanto ao nível da saúde, como no funcionamento social e ocupacional da própria pessoa.

O recurso a técnicas de relaxamento é uma das intervenções psicoterapêuticas que o EEESMP pode utilizar para dar resposta a diagnósticos de enfermagem de ansiedade moderada a elevada (Sampaio et al., 2018). O relaxamento conduz o corpo a ter um conjunto integrado de alterações fisiológicas, que são o oposto das reações de luta/fuga presentes na ansiedade, tais como, redução da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial e do consumo de oxigénio, assim como alterações na atividade do sistema nervoso central (Medina & Heitor, 2016).

Neste sentido foi desenvolvido e implementado o programa “RelaxaMENTE” (Apêndice 8), cuja finalidade era capacitar a pessoa na aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade, tendo para tal, os seguintes objetivos específicos: reconhecer a importância do relaxamento e manter ou reduzir os níveis de ansiedade.

No contexto de respostas diferenciadas, realizado no HDO, é reconhecido que cerca de um terço de todos os doentes oncológicos exibem um *distress* emocional significativo associado ao diagnóstico e tratamento do cancro, que requer uma intervenção diferenciada (Carlson et al., 2003). Nesta medida, reconhece-se hoje a importância do rastreio do *distress* emocional em todos os doentes oncológicos, da identificação dos doentes em risco e da intervenção dirigida ao sofrimento psicossocial.

No sentido de avaliar o grau de *distress* emocional da pessoa, foi aplicado o Termómetro de *Distress*, que foi desenvolvido pela National Comprehensive Cancer Network como um instrumento de rastreio, com o objetivo de promover o diagnóstico precoce, monitorização e tratamento eficaz do *distress* na pessoa com cancro, estabelecendo o quadro sintomático subjacente e sugerindo métodos de intervenção e acompanhamento (NCCN, 2014). Trata-se de um questionário muito simples, traduzido e reproduzido por Bacalhau (2004), cuja sensibilidade e especificidade foi testada para a população portuguesa (Teixeira et al., 2020), onde a pessoa é solicitada a assinalar o grau de sofrimento emocional percecionado numa

escala de 0 (sem sofrimento) a 10 (sofrimento extremo) e onde é também pedido que sinalize numa lista de problemas aqueles que possam contribuir para o seu sofrimento. O score obtido pela pessoa, antes da intervenção foi de 4, o que significa que apresenta um nível de *distress* moderado, justificando a realização de uma intervenção especializada com vista à sua redução. Os problemas elencados pela pessoa que mereciam ser alvo de intervenção foram: cuidar da casa; questões financeiras; relação com marido; receios/medo; ansiedade; tristeza; preocupação; memória/concentração e sono. A pessoa foi desafiada a escolher os dois problemas prioritários, tendo nomeado as questões financeiras e a ansiedade.

O termómetro de *distress*, apesar de ser um instrumento útil para o rastreio do *distress*, tem um uso mais limitado na identificação de perturbações psiquiátricas (como perturbações depressivas ou ansiosas) (Mitchel et al., 2011). Nesse sentido foi utilizado em complementaridade com a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983), que é uma escala de 14 itens, desenhada para avaliação de sintomas ansiosos e depressivos em doentes com patologias médico-cirúrgicas. Foi validada para a população portuguesa (Pais Ribeiro, 2007) e pode ser bastante útil, pela sua simplicidade e facilidade de aplicação, como instrumento de rastreio a aplicar pelas equipas terapêuticas. Os valores são cotados para cada subescala (ansiedade e depressão) e interpretados da seguinte forma, scores de 0 a 7 indicam ausência de sintomatologia, scores de 8 a 10 demonstram sintomatologia leve, de 11 a 14 apresenta sintomatologia moderada e scores de 15 a 21, presença de sintomatologia severa.

A pessoa, antes do início da intervenção, apresentava um score de 12 na subescala ansiedade, o que indica presença de sintomatologia moderada e um score de 7 na subescala da depressão que nos remete para uma aparente ausência de sintomatologia.

Com o objetivo de dar resposta ao diagnóstico de enfermagem, ansiedade presente, manifestada por sintomatologia moderada, foi desenhada e implementada uma intervenção psicoterapêutica de relaxamento (Apêndice 9).

De forma a aumentar os ganhos em saúde obtidos pela intervenção psicoterapêutica, seria importante prolongar a implementação do programa por mais tempo, com o intuito de tornar o relaxamento uma prática regular nas intervenções do EEESMP às pessoas internadas com o diagnóstico de ansiedade presente.

No sentido de valorizar a importância da prática regular de exercício físico, foi desenvolvido o programa “Exercitar a MENTE” (Apêndice 10). A prática de exercício físico configura-se como um meio privilegiado de melhorar a saúde física e mental. A ausência da sua prática é um fator de risco importante para o desenvolvimento de várias doenças. Contudo, o exercício

físico faz muito mais do que ajudar a evitar patologias, aumenta a qualidade de vida e fortalece a saúde física e mental.

Dados epidemiológicos, referidos por Oliveira et al. (2011), sugerem que pessoas moderadamente ativas têm menores riscos de desenvolverem perturbações mentais do que as sedentárias, mostrando que a participação em programas de exercício físico exerce benefícios na esfera física e mental e que indivíduos fisicamente ativos, provavelmente, possuem um processamento cognitivo mais eficiente.

Na prática de exercício físico torna-se imperativo definir dois momentos de extrema importância, o seu início e o seu final. A fase inicial tem como função preparar o corpo, nomeadamente os músculos, tendões e ligamentos para um período de atividade constante, para tal utilizam-se exercícios de ativação muscular

No momento final da prática de exercício físico, recorre-se a exercícios de alongamento, que segundo Alencar (2010), trata-se de uma técnica utilizada para aumentar a extensibilidade musculotendinosa e do tecido conjuntivo peri-articular, contribuindo para aumentar a flexibilidade articular, isto é, aumentar a amplitude de movimento. Com a sistematização desta intervenção, tornando-a numa prática diária, é expectável que os ganhos em saúde sejam mais significativos e duradouros.

Do ponto de vista da abordagem aos profissionais de saúde foi realizada uma prévia auscultação à equipa de enfermagem do HDO relativamente aos aspetos que consideravam importantes para um bom funcionamento da equipa, e quais os aspetos a melhorar. Face à informação recolhida, foi possível constatar que vários elementos da equipa referiam sentir-se assoberbados de trabalho e apresentavam sinais de exaustão emocional.

A literatura demonstra que os profissionais de saúde são os mais afetados pela síndrome de *burnout*, com maior prevalência entre enfermeiros. Um estudo conduzido por Borges et al. (2021), concluiu que durante a atividade profissional, o enfermeiro está exposto a inúmeros fatores de *stress* que, combinados, têm grande probabilidade de afetar negativamente o profissional e a organização, com destaque especial para a síndrome de *burnout*. Segundo Queirós, et al. (2018), uma estratégia de prevenção primária é garantir a formação e o desenvolvimento de capacidades para lidar com o *stress*, como por exemplo educação centrada na informação sobre sintomatologia, principais causas e consequências. Nesta sequência foi delineada uma intervenção psicossocial, em forma de atividade formativa, cuja finalidade foi capacitar os enfermeiros para identificar os riscos de desenvolver *burnout* e ajudá-los a encontrar recursos em si próprios, na família, na comunidade e no serviço onde trabalham, de forma a melhorar o seu bem-estar físico e mental (Apêndice 1).

Posteriormente à discussão do projeto de estágio em contexto de respostas diferenciadas foi sugerido pelos professores orientadores, desenvolver uma atividade formativa adicional, sobre oncosexologia. Trata-se de uma temática onde a necessidade de abordagem em contexto oncológico é cada vez maior, mas devido à escassez de informação e formação sobre o tema, a sexualidade da pessoa portadora de doença oncológica continua a ser alvo de tabu quer por parte dos profissionais de saúde quer pelos doentes. A doença oncológica e respetivos tratamentos podem afetar diferentes aspetos da sexualidade, podendo causar problemas emocionais, como ansiedade, depressão e medo de intimidade, que podem afetar negativamente a vida sexual. Embora o diagnóstico e o tratamento do cancro possam ter impactos significativos na vida sexual, é fundamental reconhecer a importância de abordar a sexualidade como parte integrante do bem-estar geral do doente (Pascoal, 2023).

A sessão formativa denominada “Oncosexologia” (Apêndice 3), teve lugar no próprio serviço e houve boa adesão por parte da equipa, demonstrando-se muito interessada e envolvida na pertinência do tema, no entanto o número de participantes poderia ter sido mais significativo, mas devido ao volume de trabalho decorrente no HDO isso não foi possível. Assim sendo, e por solicitação dos elementos que não puderam estar presentes e da enfermeira gestora, esta sessão será replicada no futuro, numa data ainda a combinar.

Para além da promoção dos conteúdos formativos, foi também elaborado um panfleto sobre a temática, que embora tenha como objetivo alertar e esclarecer os doentes, possui também a finalidade de ser uma estratégia facilitadora para os enfermeiros realizarem uma abordagem inicial sobre o tema.

CAPÍTULO II – COMPONENTE INVESTIGATIVA – PROGRAMAS DE PSICOEDUCAÇÃO IMPLEMENTADOS PELO ENFERMEIRO NA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA E RESPECTIVA FAMÍLIA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta secção apresenta-se o enquadramento teórico do fenómeno em estudo, onde se pretendeu definir, desenvolver e organizar os conceitos relevantes que estão na base da sua compreensão.

1.1 - ESQUIZOFRENIA

A doença mental é dos temas com maior complexidade de abordagem, não só pela natureza dos seus sintomas como pelas atitudes perante a pessoa afetada pela patologia. Para compreender a razão pela qual a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental devem ser consideradas prioridades na saúde, torna-se imperativo começar por definir o que se entende por saúde e doença mental.

Segundo a World Health Organization, a saúde mental não é apenas a ausência de perturbações mentais, mas um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, consegue lidar com as situações stressantes do quotidiano, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade (WHO, 2018).

De forma contrária, a doença mental pode entender-se como perturbação mental e comportamental, condição clinicamente significativa caracterizada por alteração do modo de pensar, no modo de sentir (humor, emoções) e no modo de agir, associado à deterioração do funcionamento numa ou mais esferas da vida (afetiva, familiar, laboral, social, entre outras). “As doenças mentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes fenómenos claramente anormais ou patológicos...” (WHO, 2001, p. 21).

Segundo dados da WHO, a esquizofrenia encontra-se entre as dez doenças mais incapacitantes, constatando-se que se trata de uma perturbação mental de grande complexidade, com carácter crónico e que produz prejuízos consideráveis na qualidade de vida dos doentes (Sousa et al., 2017). No contexto epidemiológico nacional existem mais de 48000 pessoas com esquizofrenia (Gago, 2019).

As pessoas com esquizofrenia apresentam uma taxa de mortalidade por acidente e doença natural superior, em média, 15 a 20 anos mais cedo do que a população geral, identificando-se maior prevalência de doença cardiovascular e neoplásica e diabetes mellitus, sendo as comorbilidades potenciadas pelos efeitos adversos da medicação antipsicótica, do

sedentarismo, dos fracos hábitos alimentares e dos hábitos tabágicos excessivos (Queirós et al, 2019).

A esquizofrenia é uma doença crónica que afeta o pensamento, as emoções e o comportamento. Embora se desconheça a causa exata da esquizofrenia, a maioria dos especialistas onde se insere Kennedy (2015), concorda que na sua origem está uma base biológica (ou genética) e o meio ambiente a que estamos expostos, nomeadamente nascimento traumático, complicações durante a gravidez e infeções virais. Outros fatores ambientais como o *stress*, perder o emprego ou o abuso de substâncias químicas podem desencadear os primeiros sintomas de esquizofrenia. O uso de drogas, em particular os alucinogénios e o cannabis, parecem ser, fatores de risco para a esquizofrenia. Os sintomas devem persistir pelo menos um mês para que um diagnóstico de esquizofrenia seja atribuído.

O diagnóstico é essencialmente clínico baseando-se na presença de sintomas: positivos e/ou negativos. Para Brito (2021), estes podem incluir delírios (ideias e pensamentos que apresentam conteúdos que para os doentes são verdade, como acreditar que é perseguido, filmado, que tem poderes especiais ou uma missão muito importante no mundo), alucinações (ouvir vozes que comentam o seu comportamento ou dão ordens, sem haver ninguém presente, sentir odores e sabores diferentes ou outras sensações táteis), alienação do pensamento (sensação de que os pensamentos podem ser lidos, roubados, inseridos ou controlados por outras pessoas), passividade somática (sensação de estar a ser controlado), alterações do pensamento (bloqueio, pensamento concreto, respostas ao lado, entre outros.), alterações cognitivas (dificuldade de concentração e alterações da memória), falta de interesse e prazer nas atividades, isolamento social e dificuldade na expressão emocional.

A esquizofrenia evolui através de exacerbações e períodos de remissão. Como tal, é importante cumprir a terapêutica prescrita, para evitar o aparecimento de sintomas anteriormente descritos. O tratamento baseia-se no uso de fármacos denominados antipsicóticos, que deverão ser escolhidos de acordo com as necessidades do doente e efeito terapêutico pretendido (Kennedy, 2015).

Os antipsicóticos regulam a ação de determinados neurotransmissores no cérebro, reduzindo assim, os efeitos causados pela libertação excessiva dos mesmos. A ação terapêutica destes fármacos desempenha um papel crucial no tratamento da esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma doença mental que se manifesta habitualmente no final da adolescência, ou no início da idade adulta. Tendo em conta as suas características e a habitual idade jovem em que surge leva à ocorrência de alterações importantes a nível social que comprometem a construção pessoal, formação profissional e autonomização das pessoas (Brito, 2021). Segundo a mesma autora, na maioria das situações esta doença tem uma

evolução crónica e recorrente, constituindo o diagnóstico mais frequente no que diz respeito às doenças mentais graves. Devido à complexidade de sintomas, comportamentos e problemas associados, quer as pessoas com esquizofrenia, quer os seus familiares têm dificuldades diárias, muitas vezes apresentando sofrimento, angústia e isolamento.

Estima-se que mais de 70% das pessoas com esquizofrenia vivam numa situação de dependência da sua família. Segundo a mesma autora, as famílias nestas situações beneficiarão de apoio e reforço das suas competências de modo a facilitar a aquisição de conhecimentos sobre a doença, sobre como lidar com os sintomas e as consequências que afetam a vida diária (Brito, 2021). Carvalho et al. (2017) no seu estudo sobre as vivências das famílias da pessoa com esquizofrenia concluíram que as famílias vivenciam situações de medo, cansaço, preocupação e *stress* que resultam em desgaste emocional e físico, surgindo na maioria das situações dificuldades no convívio entre a família e a pessoa. Segundo os mesmos autores, as famílias procuram adaptar-se e aceitar a condição de saúde do seu familiar, mas sentem que precisam de apoio para isso. A família é o suporte da pessoa com esquizofrenia e é fundamental que esteja consciente do seu papel no tratamento e na prevenção de problemas de saúde mental no seio familiar associados à carga emocional que experienciam (Carvalho et al., 2017).

A psicoeducação familiar tem-se revelado uma abordagem complementar essencial ao tratamento farmacológico de pessoas com esquizofrenia, no sentido em que para além de contribuir para a adesão ao tratamento, a educação dos familiares sobre a doença e as suas manifestações auxilia na redução das recaídas e internamentos. Ao promover o entendimento dos familiares acerca da doença, melhora-se a dinâmica familiar e o suporte emocional à pessoa, fatores que têm impacto direto no prognóstico. Segundo Solomon (2022), a psicoeducação familiar diminui o estigma e facilita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes, sendo um complemento vital ao tratamento medicamentoso.

O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido e um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão (Regulamento n. 515/2018).

Contudo, apesar de se pensar que a sociedade está mais aberta à diferença e menos preconceituosa, ainda se verificam atitudes estigmatizantes perante a doença mental (Corringan & Bink, 2016). A culpabilização da pessoa pela sua condição e a ideia que as pessoas com doença mental são perigosas e imprevisíveis, são ideias que ainda hoje persistem. Corringan e Bink (2016) referem ainda que há quem pense que quem sofre de doença mental não é capaz de recuperar da sua condição e que nunca mais vai conseguir trabalhar e viver de forma autónoma.

Os problemas de saúde mental têm um profundo impacto na vida dos indivíduos sendo a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade na sociedade atual (WHO, 2014). Neste entendimento, a literacia em saúde mental, entendida como as crenças e conhecimentos acerca das doenças mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, 2012), deve ser estimulada e desenvolvida na sociedade comum, desempenhando assim, um papel primordial para a compreensão da doença mental e respetiva aceitação.

Tendo em conta que o estigma sobre a doença mental ainda representa um problema atual, e com repercussões a nível pessoal e social, as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental revelam-se de extrema importância no seu combate.

1.2 - PSICOEDUCAÇÃO

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que à prática de enfermagem de cuidados gerais acresce, um conjunto de conhecimentos mais específicos e de maior complexidade, em cujo o processo de enfermagem é aplicado com elevado rigor, direcionado para uma maior síntese de dados acerca da pessoa, maior complexidade de aptidões e de um leque de intervenções específicas que têm como repercussão o aumento da autonomia do próprio e da profissão (Regulamento n. 515/2018).

A especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica à semelhança das restantes especialidades em enfermagem assenta na abordagem holística da pessoa, tendo sempre como foco da sua atenção às necessidades do indivíduo, famílias e comunidades. Referido ainda no relatório da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2013), “A intervenção de enfermagem como cuidado profissional, prestado “ao” e com o “outro”, respeitando a sua dignidade e vulnerabilidade, é promotora do desenvolvimento humano e da capacitação, quer individual, quer coletiva e pública.”

Segundo o Regulamento n. 515/2018 de 7 de Agosto do Diário da República (2018, p. 21427), o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”.

A especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica abrange a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e o recurso a competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do

ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Ao longo da evolução das ciências da enfermagem, em alguns momentos, foi questionado o caráter científico da enfermagem, o que contribuiu para o desenvolvimento de várias teorias como forma de suporte para a prática de enfermagem (Nóbrega & Santos, 1996).

Neste entendimento as teorias de enfermagem devem ser fortalecidas, tanto na formação do enfermeiro como na prática cotidiana com o objetivo de promover e melhorar o estado de saúde das pessoas e grupos e não apenas aumentar os indicadores e a produtividade, pois as ciências da enfermagem devem basear-se em pressupostos teóricos (Jensen & Andersen, 2005).

Desta forma, é essencial que os enfermeiros usem as teorias, além das evidências, como base para a proposição de estratégias de promoção da saúde mental. Estas teorias permitem uma reflexão sobre a amplitude do olhar que devemos ter ao propor estratégias que envolvam a promoção de comportamentos mais saudáveis pelo sujeito, pelos seus familiares e pela comunidade onde vive.

Os modelos teóricos de Peplau, Meleis e Calgary desempenham um papel crucial nas intervenções psicoeducativas familiares em pessoas com esquizofrenia, fornecendo uma base estruturada para a compreensão e implementação de cuidados de saúde eficazes. Cada um desses modelos contribui de maneira única para o desenvolvimento de intervenções que visam melhorar a saúde mental e o bem-estar das pessoas com esquizofrenia e das suas famílias.

A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau representa um marco na história da enfermagem psiquiátrica, uma vez que foi a primeira enfermeira a dar contribuições teóricas neste âmbito.

De acordo com a teoria de Peplau, as relações interpessoais são essenciais para que pacientes e enfermeiros cresçam e se desenvolvam juntos, por isso é um processo dinâmico que deve ocorrer durante o processo de cuidados de enfermagem. Outros agentes importantes neste processo são a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde essas mudanças ocorrem (Peplau, 1990).

Nas intervenções psicoeducativas, este modelo ajuda a construir uma relação de confiança entre o profissional de saúde, a pessoa com esquizofrenia e a sua família, promovendo uma comunicação aberta e eficaz. O desenvolvimento da relação terapêutica é fundamental para a eficácia das intervenções realizadas, na medida em que permite ajudar a pessoa a reconhecer as necessidades específicas para adquirir a sua autonomia e à aquisição de

estratégias promotoras da saúde física e mental. O EEESMP deve desempenhar um papel de agente terapêutico, no sentido de utilizar o seu corpo de conhecimentos na implementação de intervenções no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, sempre em vista a promoção de ganhos em saúde.

A teoria das transições de Meleis defende que, para o sujeito passar para uma nova forma de viver, é essencial que ele incorpore novas questões na sua vida, o que envolve a aquisição de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos, e que mude a forma como se define a si mesmo, ou seja, apresenta ferramentas importantes para que as transições que ocorrem em vários aspetos da vida sejam mais saudáveis (Meleis, 2010). Assim, por este processo das transições ser tão complexo e singular, estas podem ter naturezas diversas: desenvolvimentais, situacionais, de saúde / doença e organizacionais. As pessoas podem experienciar várias transições em simultâneo, tornando-se, por isso, mais vulneráveis.

Para que seja possível a compreensão do enfermeiro quanto ao que é vivenciado pela pessoa nos processos de transição, é importante que se faça um trabalho de reconhecimento das suas características pessoais e da sociedade e comunidade em que vive, pois esses condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, a modificação de comportamentos e a inserção de novas habilidades na sua vida (Meleis, 2010).

O modelo de Meleis assenta o seu foco nas transições e adaptações, abordando como os indivíduos e famílias reagem às transições, o que é particularmente relevante para famílias que estão a aprender a lidar com o diagnóstico de esquizofrenia. Este modelo ajuda a guiar intervenções que facilitam a adaptação da família à nova realidade, promovendo a resiliência e minimizando o *stress* familiar.

Em termos de identificação de padrões de resposta, Meleis propõe a avaliação de padrões de resposta durante as transições. Isso permite que os profissionais de saúde identifiquem momentos críticos em que a família pode precisar de suporte adicional ou intervenções específicas para melhorar o processo de adaptação.

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey e tem as suas raízes conceptuais na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, influenciada, também, pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição. É amplamente utilizado para avaliar e intervir na dinâmica familiar, reconhecido pelo Internacional Council of Nurses, como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober & Affara, 2001). É o modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros como modelo interventivo na área da saúde familiar. Permite uma compreensão profunda das relações familiares, dos padrões de comunicação e das crenças familiares em torno da

doença mental. No contexto da esquizofrenia, o modelo ajuda a identificar áreas de disfunção e a promover a coesão e o suporte familiar. Com base na avaliação, o Modelo de Calgary oferece estratégias para fortalecer as interações familiares, educar os membros da família sobre a esquizofrenia e melhorar a capacidade da família de apoiar a pessoa afetada. Isto é crucial para criar um ambiente que favoreça o tratamento e a recuperação da pessoa.

A combinação destes modelos oferece uma abordagem abrangente para as intervenções psicoeducativas, integrando aspetos interpessoais, adaptativos e dinâmicos da vida familiar.

A aplicação destes modelos ajuda a planear intervenções que não só educam a família sobre a esquizofrenia, mas também promovem um suporte consistente, o que é vital para a estabilidade e recuperação da pessoa. A sua utilização em simultâneo, permite que as intervenções reforcem o empoderamento das famílias, proporcionando-lhes as ferramentas necessárias para lidar com a esquizofrenia de forma eficaz, reduzindo a sobrecarga e melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Em resumo, os modelos teóricos de Peplau, Meleis e Calgary são fundamentais para a criação de intervenções psicoeducativas familiares eficazes, oferecendo um suporte estruturado e compreensivo para o tratamento e gestão da esquizofrenia.

Segundo o Regulamento n. 365/2015 de 25 de Junho (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental), as intervenções do EEESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, *stress* do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

De acordo com Lemes e Neto (2017), a psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica que tem demonstrado eficácia no empoderamento de indivíduos em sofrimento psicológico, uma vez que é efetuada com o intuito de favorecer o fortalecimento de vínculos e a construção de redes de apoio e suporte social. A psicoeducação também contribui para que a pessoa possa enfrentar possíveis estigmas e preconceitos por parte de outras pessoas, além de promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida. Neste entendimento é um importante instrumento no combate ao estigma associado às perturbações mentais (Galdino et al. 2022). É ideal para orientar os doentes e suas famílias sobre o funcionamento de uma doença ou perturbação, diagnósticos, sintomas e tratamento, facilitando processos de mudança, aceitação e melhora dos doentes, de acordo com a situação e o contexto em que estão inseridos (Lemes & Neto, 2017).

O aparecimento da doença mental pode ser vivenciado pelos familiares de forma nociva, causando *stress* no seio familiar, modificando a estrutura e o ciclo de vida da mesma (Pereira, 2015). De forma a mitigar estes impactos negativos na vida da família, estratégias de *coping* como a existência de um suporte social eficaz, a capacidade para enfrentar problemas, realizar atividades fora de casa e pertencer a um grupo de ajuda mútua são eficazes (Pereira, 2015). Para Xavier et al. (2011) no seu estudo sobre a perceção das famílias da pessoa com esquizofrenia sobre a doença percebeu que existem lacunas de conhecimento sobre a doença e que isso é um aspeto importante a ser transmitido pelos profissionais de saúde. Segundo Brito (2021), a esquizofrenia deve ser encarada como as outras doenças físicas, que na maioria dos casos necessitam de intervenções de reabilitação funcional em paralelo com o tratamento farmacológico.

Recentemente, estudos apontam que para além do tratamento farmacológico também o ambiente em que a pessoa com esquizofrenia vive e a estimulação que recebe são fatores determinantes na evolução da doença e na sua recuperação social. Isto fez com que os profissionais de saúde dessem ênfase ao envolvimento da pessoa e da sua família no processo de tratamento, essencialmente através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares (Brito, 2021).

Pereira (2015) refere que a psicoeducação familiar como parte integrante do tratamento à pessoa com esquizofrenia pretende que o doente e a família compreendam a doença na sua globalidade, de forma a melhorar as suas atitudes e comportamentos. A função da psicoeducação é ensinar aos familiares que cuidam de uma pessoa com doença mental sobre essa mesma doença, sobre os tratamentos e sobre as necessidades que advém da mesma (Yacubian & Neto como referido por Pereira, 2015). A psicoeducação familiar tem como objetivo ajudar a família a compreender a experiência que está a vivenciar (Moreno & Alencastre como referido por Pereira, 2015). O principal objetivo das intervenções psicoeducativas familiares é ensinar e apoiar as famílias de forma a que estas sejam capazes de lidar com a doença, e, portanto, é fundamental que sejam envolvidas de forma ativa no processo de tratamento (Brito, 2021).

Pinho e Pereira (2015) no seu estudo de revisão da literatura concluíram que a psicoeducação familiar é eficaz na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação da pessoa com esquizofrenia e para preservar a saúde física e mental das suas famílias e a sua qualidade de vida. É crucial que as famílias façam parte integrante do processo de tratamento e reabilitação da pessoa com esquizofrenia. Os autores afirmam que mais importante do que o conhecimento acerca da esquizofrenia proporcionado pelo programa de psicoeducação, é a aliança terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e o familiar e a sensação de não estarem sozinhas e que não são únicos na vivência do

problema. Os resultados do estudo dos mesmos autores apontam para a importância das intervenções psicoeducativas familiares na prática clínica, através da implementação de programas centrados na intervenção familiar.

Também Maia et al. (2018) concluíram através da sua revisão da literatura que a psicoeducação familiar é uma técnica que tem vindo a ser utilizada e que se revela eficaz na promoção da saúde da pessoa com doença mental.

Galdino et al. (2022) realçam que a psicoeducação familiar é uma técnica eficaz para orientar a família e a pessoa sobre a doença e o tratamento, e que promove o processo de aceitação, mudança e melhoria da qualidade de vida da família e da pessoa com esquizofrenia. A psicoeducação familiar deve ser direcionada para o desenvolvimento de novas competências que permitam lidar com situação geradora de *stress*.

Em Portugal, no que diz respeito às intervenções psicoeducativas familiares são conhecidos estudos e experiências da aplicação do modelo de intervenções psicoeducativas para famílias individuais, no entanto diversos estudos apontam para que intervenções multifamiliares sejam mais eficazes no tratamento de pessoas com esquizofrenia, uma vez que para além das vantagens das individuais adiciona vantagens de um grupo de ajuda mútua dirigida, diversificando os recursos e as formas de aprendizagem dos participantes, contrariando a tendência das famílias para o isolamento e a reduzida rede de suporte (Brito, 2021).

O Modelo dos Grupos Psicoeducativos Multifamiliares é um modelo de psicoeducação que "...introduz a componente de ajuda mútua dirigida, já que se desenvolve com um grupo de 6 a 8 famílias, incluindo as pessoas doentes, orientados por dois profissionais" (McFarlane et al. como referido por Brito, 2021, p.70). Segundo os mesmos autores, de acordo com este modelo de intervenção, as famílias ao longo do tempo estabelecem relações de apoio mútuo, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas, redução dos sentimentos de sobrecarga e isolamento e também, para a melhoria do ambiente proporcionado à pessoa com esquizofrenia e para a continuidade destes efeitos para além do tempo de contacto direto com os profissionais.

À luz deste modelo, as intervenções psicoeducativas na esquizofrenia devem incluir:

...estabelecimento de relação com a família e avaliação individual das suas necessidades e competências; informação relevante sobre a doença e o seu tratamento; treino de competências de comunicação; treino da técnica de resolução de problemas incluindo a abordagem de problemas específicos (medicação, prevenção de recaídas, ocupação, etc.); gestão das situações de crise e apoio familiar continuado (Brito, 2021, p.71).

É necessário tempo para a aquisição de competências e as intervenções de acordo com este modelo, apresentam diversas vantagens, entre as quais: aprendizagem indireta e entre pares;

redução do estigma; aumenta a capacidade de resolução dos problemas das famílias, uma vez que existe maior diversidade de experiências e maior número de participantes (Brito, 2021).

Este tipo de intervenção traduz-se assim numa solução para o problema do isolamento que caracteriza a maioria destas famílias. Para além disso o ambiente social terapêutico que surge permite que se desenvolva o sentimento de pertença que "...constituirá o espaço adequado para a modelação e o treino das condições psicossociais necessárias para se lidar com as vulnerabilidades específicas da doença" (Brito, 2021, p.141).

Quanto à sua operacionalização, Galdino et al. (2022) enfatizam que a intervenção deve ser pedagógica e utilizar uma linguagem adequada ao público-alvo. A transmissão desse conhecimento pode ser realizada de diversas maneiras, seja em grupos ou individualmente, através de discussão, vídeos, palestras e outros métodos. Sousa et al. (2016), salientam ainda que este tipo de intervenção deve ser composto por três a seis sessões formativas (uma a duas por semana), cada sessão de 45 a 90 minutos e a sua implementação deve ser prolongada no tempo, de três a seis semanas e com direito a três momentos de avaliação (inicial, final e *follow-up* a três meses).

2. DESENHO DO ESTUDO

A psicoeducação, como intervenção terapêutica, visa capacitar as pessoas com esquizofrenia e suas famílias, proporcionando-lhes conhecimentos sobre a doença, estratégias para lidar com os sintomas e ferramentas para melhorar a adesão ao tratamento e o bem-estar geral. No entanto, apesar do potencial dos programas de psicoeducação, a implementação prática destas intervenções por enfermeiros no contexto comunitário carece de uma visão abrangente. Não só é importante mapear os programas que já estão a ser aplicados, como também avaliar a sua estrutura e a forma como são adaptados às necessidades culturais e sociais das famílias e dos doentes. Tendo em conta a problemática de investigação enunciada, optou-se por realizar uma *scoping review*. Esta metodologia, apesar de providenciar uma avaliação rápida do fenómeno em estudo, pode não descrever os resultados da investigação em detalhe, mas trata-se de uma maneira útil para mapear áreas de estudo onde é difícil visualizar a gama de informação que pode estar acessível. Permite identificar as lacunas da investigação numa determinada área possibilitando concluir sobre o estado global da atividade de investigação nessa área.

A metodologia utilizada foi desenvolvida tendo em conta as recomendações da JBI para *Scoping Review* de acordo com a mnemónica PCC (*Population, Concep e Context*) e as guidelines internacionais da PRISMA-SCR para reportar os resultados (Page, et al., 2020).

A presente *scoping review* tem como objetivo mapear a melhor evidência científica sobre os programas de psicoeducação na pessoa com esquizofrenia e respetiva família em contexto comunitário. Deste objetivo surgem duas questões de investigação: Q1 - Quais os programas de psicoeducação utilizados em pessoas com esquizofrenia e respetiva família, em contexto comunitário? Q2 - Quais as características desses programas (duração do programa, nº de sessões por semana, duração de cada sessão e conteúdos abordados em cada sessão)?

Utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto), sendo que a população (P) é definida como sendo: pessoas com esquizofrenia e família; conceito (C): programas de psicoeducação; contexto (C): comunitário.

Como critérios de inclusão desta *Scoping Review*, foram considerados os seguintes:

População

- Todos os estudos dirigidos a pessoas com mais de 18 anos, com esquizofrenia e respetiva família, sem comprometimento cognitivo, ou se existir, que não comprometam a participação e compreensão do programa de psicoeducação. Serão excluídos todos os estudos cujos participantes apresentem qualquer outro tipo de perturbação psiquiátrica.

Conceito

- Serão considerados todos os estudos que contemplem a utilização (implementação e avaliação) de programas de psicoeducação familiar. Excluem-se programas que não sejam ministrados por enfermeiros.

Contexto

- Todos os programas de psicoeducação implementados e avaliados em contexto comunitário (em casa, em centro dia, em lar e outras estruturas comunitárias). Serão excluídos todos os estudos realizados em contexto hospitalar. Também serão considerados todos os tipos de estudo de investigação (primários, revisões sistemáticas, textos, relatórios, dissertações, teses), sem limite temporal, em língua Portuguesa ou Inglesa e disponíveis em texto integral.

2.1 - ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O processo de pesquisa foi realizado entre dezembro de 2023 e fevereiro de 2024. Inicialmente, recorreu-se a uma pesquisa livre, no motor de busca Google Académico, de forma a identificar a linguagem e os descritores mais utilizados na literatura da temática em estudo. Posteriormente foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MedLine complete (via PubMed) e CINAHL complete (via Ebscohost), utilizando a seguinte estratégia de pesquisa:

MedLine complete (via PubMed) - ((((((nurs*[Title/Abstract]) OR (nurse practitioner[MeSH Terms])) OR (nurses[MeSH Terms])) OR (nursing[MeSH Terms])) AND ((psychoeducation[Title/Abstract]) OR (psycho-education[Title/Abstract]))) AND (((schizophrenic[Title/Abstract]) OR (schizophrenia[Title/Abstract])) OR (schizophrenia[MeSH Terms]))

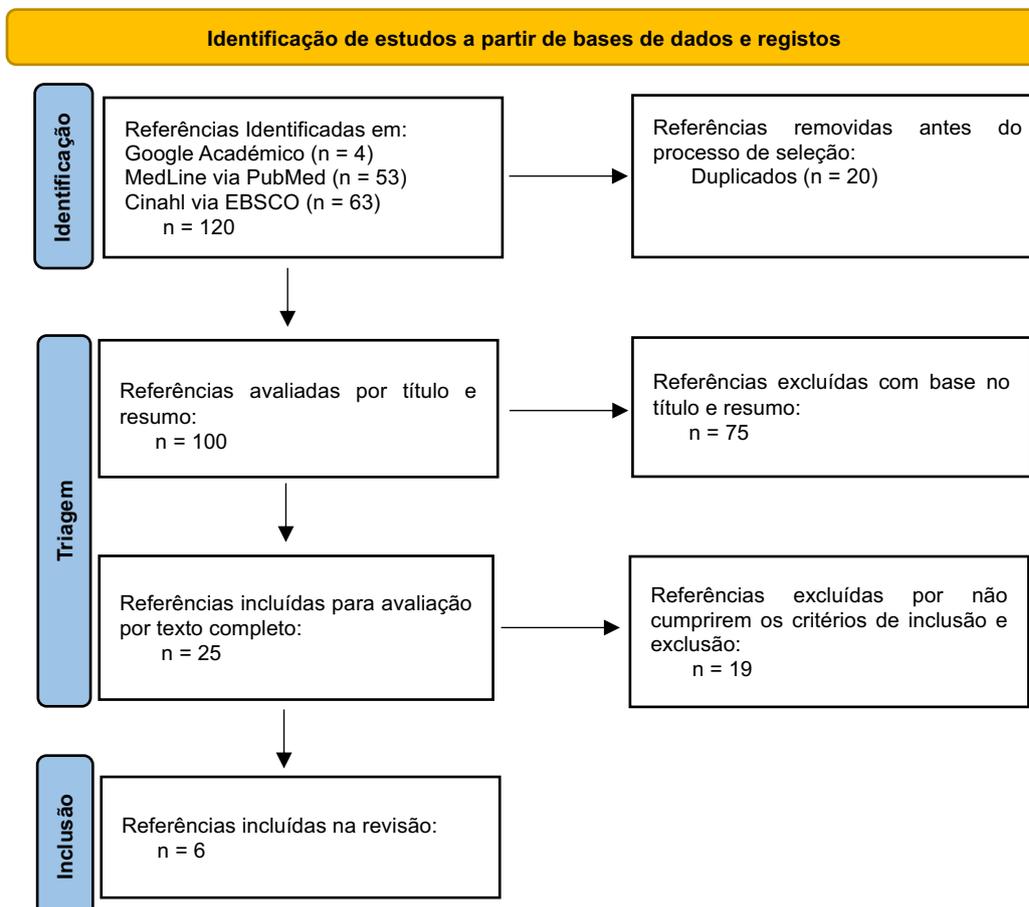
CINAHL complete (via Ebscohost) - TI nurs* OR AB nurs* OR MH nurse practitioners OR MH nurses AND TI (psychoeducation OR psycho-education) OR AB (psychoeducation OR psycho-education) OR MH Psychoeducation AND TI (schizophrenic OR schizophrenia) OR AB (schizophrenic OR schizophrenia) OR MH schizophrenia

2.2 - PROCESSO DE SELEÇÃO DE ESTUDOS

Após a realização da pesquisa, os resultados obtidos estão descritos na figura 1, onde é possível observar o fluxograma PRISMA-SCR (Page et al., 2020), que apresenta todo o processo de seleção dos estudos até à identificação daqueles que foram alvo de análise e interpretação.

Figura 1

Fluxograma PRISMA-SCR



Na tabela 1 são apresentados os 6 estudos selecionados, incluindo título dos artigos, autores, país e ano de publicação e tipo de estudo. Para uma identificação mais intuitiva dos seis estudos, aquando da sua referência na interpretação de resultados, foi realizada a sua codificação. Encontram-se apresentados por ordem de publicação, do mais recente para o mais antigo.

Tabela 1

Apresentação dos artigos selecionados

Código	Título	Autores	Ano/País de publicação	Tipo de estudo
A1	Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: a cluster randomized controlled trial.	Naonori Yasuma; Sayaka Sato; Sosei Yamaguchi; Asami Matsunaga; Takuma Shiozawa; Hisateru Tachimori; Kazuhiro Watanabe; Kotaro Imamura; Daisuke Nishi; Chiyo Fujii; Norito Kawakami.	2024 / Japão	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo.
A2	Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: protocol for a cluster randomised controlled trial.	Naonori Yasuma; Sayaka Sato; Sosei Yamaguchi; Asami Matsunaga; Takuma Shiozawa; Hisateru Tachimori; Kazuhiro Watanabe; Kotaro Imamura; Daisuke Nishi; Chiyo Fujii; Norito Kawakami.	2020 / Japão	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo.
A3	Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial.	Abd Alhadi Hasan; Patrick Callaghan; Joanne S. Lymn.	2015 / Jordânia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo.
A4	Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran.	Farkhondeh Sharif; Maryam Shaygan; Arash Mani.	2012 / Irão	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo.
A5	Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia.	Wai Tong Chien.	2008 / China	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo.
A6	A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People with Schizophrenia in Hong Kong.	Wai Tong Chien; M.Phil; Ka-Fai Wong.	2007 / China	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo.

3. RESULTADOS

Para responder a esta investigação, este capítulo expõe as informações mais relevantes extraídas dos seis estudos selecionados, considerando a pesquisa realizada e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a análise dos resultados obtidos e descritos após a sua leitura integral, estando os dados apresentados em tabelas (Tabelas 2 a 7).

Tabela 2

Extração de dados (A1)

Título	Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: a cluster randomized controlled trial.
Objetivos	Avaliar os efeitos de um programa breve de psicoeducação familiar, implementado por enfermeiros psiquiátricos domiciliários, relativamente à sobrecarga dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia.
Contexto	Comunitário
Duração da intervenção	4 sessões de 60 minutos cada, a decorrer em 1 mês.
Conteúdo da intervenção	Na S1 , foi abordado o conhecimento geral sobre a esquizofrenia, incluindo a sua definição, causas, sintomas e prognóstico. Na S2 , foram abordadas várias preocupações familiares e técnicas de resolução de problemas. A S3 abordou o envolvimento e o treino de comunicação com o paciente. Adicionalmente, incluiu a prática de conversação usando cenários de casos hipotéticos para refletir sobre melhores métodos de comunicação. A S4 focou-se na recuperação familiar, incidindo sobre o significado das famílias viverem as suas próprias vidas. Realizadas considerações sobre saúde física e mental, estratégias para gerir o <i>stress</i> , experiências e mensagens de membros de uma associação familiar de esquizofrenia. Identificação dos recursos comunitários disponíveis. A implementação do programa esteve a cargo dos enfermeiros psiquiátricos domiciliários, que receberam uma formação de 1 dia para a poderem ministrar.
Participantes	83 participantes, divididos em 2 grupos, 43 no grupo da intervenção e 40 no grupo de controlo.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo, em que o grupo de controlo recebeu a intervenção usual e o grupo em estudo foi alvo do programa de psicoeducação unifamiliar, sendo que apenas 40 participantes no grupo de psicoeducação e 33 no grupo de controlo completaram o programa. Realizada avaliação antes e após a intervenção com <i>follow-up</i> em dois momentos, 1 mês e 6 meses.
Resultados	Implementado o programa breve de psicoeducação unifamiliar por enfermeiros psiquiátricos domiciliários não reduziu significativamente a perceção de sobrecarga dos cuidados por parte da família. No entanto, todos os participantes do estudo no grupo de intervenção compareceram a todas as sessões e os resultados sugerem que o programa breve de psicoeducação unifamiliar é viável.

Tabela 3

Extração de dados (A2)

Título	Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: protocol for a cluster randomised controlled trial
Objetivos	Verificar se um programa breve de psicoeducação familiar fornecido por enfermeiros domiciliários que cuidam de pessoas com esquizofrenia aliviará a sobrecarga familiar.
Contexto	Comunitário
Duração da intervenção	4 sessões de 60 minutos cada, a decorrer em 1 mês.
Conteúdo da intervenção	Na S1 , foi abordado o conhecimento geral sobre a esquizofrenia, incluindo a sua definição, causas, sintomas e prognóstico. Na S2 , foram abordadas várias preocupações familiares e técnicas de resolução de problemas. A S3 abordou o envolvimento e o treino de comunicação com o paciente. Adicionalmente, incluiu a prática de conversação usando cenários de casos hipotéticos para refletir sobre melhores métodos de comunicação. A S4 focou-se na recuperação familiar, incidindo sobre o significado das famílias viverem as suas próprias vidas. Realizadas considerações sobre saúde física e mental, estratégias para gerir o <i>stress</i> , experiências e mensagens de membros de uma associação familiar de esquizofrenia. Identificação dos recursos comunitários disponíveis. A implementação do programa esteve a cargo dos enfermeiros psiquiátricos domiciliários, que receberam uma formação de 1 dia para a poderem ministrar.
Participantes	220 participantes, divididos em dois grupos, 110 no grupo da intervenção e 110 no grupo de controlo.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo, em que o grupo de controlo recebeu a intervenção usual e o grupo em estudo foi alvo do programa de psicoeducação unifamiliar. Realizada avaliação antes e após a intervenção com <i>follow-up</i> em dois momentos, 1 mês e 6 meses.
Resultados	Não se aplica.

Tabela 4

Extração de dados (A3)

Título	Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial.
Objetivos	Avaliar o impacto de uma intervenção de psicoeducação nas pessoas com esquizofrenia em termos de aquisição de conhecimento sobre a doença, alívio dos sintomas e taxa de recaídas, enquanto nos cuidadores, ao nível da aquisição de conhecimento, sobrecarga e qualidade de vida.
Contexto	4 clínicas de saúde mental em regime de ambulatório (contexto comunitário).
Duração da intervenção	Apresentação de 6 folhetos com conteúdo de psicoeducação, 1 folheto a cada 2 semanas durante 12 semanas.
Conteúdo da intervenção	Os folhetos retratam os seguintes temas: F1: Diagnóstico de esquizofrenia, verdades e mitos sobre a esquizofrenia e sintomatologia. F2: Causas da esquizofrenia, modelo de vulnerabilidade ao <i>stress</i> e o papel da família. F3: Efeitos secundários da medicação e seu mecanismo de ação. F4: primeiros sinais de alerta de recaída, gatilhos comuns de recaída, estratégias de gestão de recaídas e sobrecarga do cuidado. F5: Intervenções de resolução de problemas na esquizofrenia, com recurso a casos práticos. F6: Habilidades e estratégias de gestão do <i>stress</i> . Os enfermeiros especialistas em saúde mental participaram na validação do conteúdo dos folhetos, juntamente com outros profissionais de saúde e estiveram presentes na implementação da intervenção de psicoeducação unifamiliar.

Participantes	121 participantes, divididos em dois grupos. O grupo da intervenção com 58 participantes e o grupo de controlo com 63.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo, em que o grupo de controlo recebeu o tratamento usual e o grupo em estudo, para além do tratamento usual, foi alvo de uma intervenção de psicoeducação com recurso a folhetos. Não completaram o programa, 6 participantes do grupo de intervenção e 10 do grupo de controlo. Realizada avaliação antes e após a intervenção com <i>follow-up</i> a 3 meses.
Resultados	A intervenção de psicoeducação, juntamente com o tratamento usual revelaram-se mais efetivos em comparação com a realização do tratamento usual de forma isolada, que se refletiu numa melhoria do conhecimento e dos resultados psicológicos dos participantes.

Tabela 5

Extração de dados (A4)

Título	Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran.
Objetivos	Avaliar a eficácia da psicoeducação familiar na redução dos sintomas dos pacientes e na sobrecarga do cuidador.
Contexto	3 centros psiquiátricos (contexto comunitário).
Duração da intervenção	10 sessões de 90 minutos cada, com a periodicidade bissemanal, a decorrer em 5 semanas.
Conteúdo da intervenção	O programa foi implementado por um enfermeiro especialista em psiquiatria ou por um psiquiatra e os conteúdos abordados em cada sessão foram os seguintes: S1 : Orientar os cuidadores para o programa e criar uma relação de confiança entre cuidadores e instrutores. S2 : Compreender a esquizofrenia, seus sintomas e tratamentos e efeitos nos pacientes e familiares. S3 : Reconhecer o efeito dos medicamentos e a importância na sua adesão. S4 : Orientar os cuidadores sobre os sinais de alerta de recaída e prevenção de recaída. S5 e S6 : Melhorar as habilidades de comunicação na família. S7 : Gestão dos sintomas do paciente e estratégias para lidar com eles. S8 : Compreender a maneira eficaz de expressar emoções. S9 : Orientar os cuidadores para a gestão do <i>stress</i> na família. S10 : Orientar os cuidadores sobre métodos de relaxamento. As sessões eram conduzidas por um enfermeiro especialista em psiquiatria e um psiquiatra.
Participantes	70 participantes, divididos em dois grupos de 35 cada.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo, em que o grupo de controlo recebeu a intervenção usual e o grupo em estudo foi alvo do programa de psicoeducação, sendo que 33 participantes no grupo de psicoeducação e 32 no grupo de controlo completaram o programa. Realizada avaliação antes e após a intervenção, com <i>follow-up</i> a 1 mês.
Resultados	Os resultados mostram a eficácia de uma intervenção de psicoeducação multifamiliar tanto na melhoria do estado clínico do paciente como na redução da sobrecarga do cuidador, sugerindo que mesmo uma intervenção de psicoeducação de curto prazo para familiares de pessoas com esquizofrenia pode melhorar os resultados para as pessoas e suas famílias.

Tabela 6

Extração de dados (A5)

Título	Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia.
Objetivos	Verificar a hipótese de que os participantes num grupo de psicoeducação multifamiliar e apoio mútuo apresentariam melhorias significativas nos níveis de funcionamento do

	paciente e da família, bem como uma menor duração de re-hospitalização em comparação com as famílias em cuidados de rotina.
Contexto	Duas clínicas regionais de ambulatório (contexto comunitário).
Duração da intervenção	18 sessões, bissemanais de 2 horas cada, durante 9 meses.
Conteúdo da intervenção	As sessões do programa retratam os seguintes temas: S1: Introdução ao programa e negociação com os participantes dos objetivos, papéis e responsabilidades. S2: Compreender a esquizofrenia, os seus sintomas e efeitos a curto e longo prazo para os pacientes e seus familiares. S3: Compreender os conceitos, a etiologia e o curso da esquizofrenia. S4-5: Relembrar e partilhar os sintomas da doença e seus efeitos na vida familiar. S6: Identificar os efeitos da medicação e a importância da sua adesão. S7-8: Compartilhar abertamente e compreender melhor as preocupações individuais e as questões culturais. S9-10: Melhorar a dinâmica familiar e o suporte social. S11-13: Gestão das necessidades psicossociais para si, paciente e família. S14-16: Adotar novos papéis, desafios e mecanismos de <i>coping</i> . S17-18: Revisão das matérias lecionadas e preparação para o final do programa. O enfermeiro está presente em todas as sessões, apenas partilha a sua execução com outros profissionais de saúde, psiquiatra e psicólogo nas S3, S6 e S11-13 respetivamente. Os cuidadores estão presentes ao longo de todo o programa, enquanto que as pessoas com esquizofrenia apenas estão presentes nas sessões 2, 3, 6, 17 e 18.
Participantes	68 participantes, divididos em 2 grupos de 34 cada.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo, em que o grupo de controlo recebeu a intervenção usual e o grupo em estudo foi alvo do programa de psicoeducação e apoio familiar, sendo que apenas 31 participantes no grupo de psicoeducação e apoio familiar e 32 participantes do grupo de controlo completaram o programa, ora por desistência ou por absentismo a mais de 4 sessões de grupo. Realizada avaliação antes da intervenção e com <i>follow-up</i> a 1 mês e 12 meses.
Resultados	O programa de psicoeducação multifamiliar e grupo de apoio mútuo examinado neste estudo indicou efeitos positivos na sobrecarga e no funcionamento familiar, bem como nos níveis de funcionamento diário dos pacientes, quando comparado com os cuidados de saúde mental padrão.

Tabela 7

Extração de dados (A6)

Título	A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People with Schizophrenia in Hong Kong.
Objetivos	Testar a eficácia de um programa grupal de psicoeducação familiar para famílias de pacientes chineses em Hong Kong com esquizofrenia.
Contexto	Clínica Regional de ambulatório (contexto comunitário)
Duração da intervenção	1 sessão a cada 2 semanas de 2 horas, num total de 18 sessões, a decorrer em 12 meses.
Conteúdo da intervenção	Implementado por um enfermeiro especialista em psiquiatria e o programa consistiu em quatro fases, baseadas no trabalho de McFarlane (2002): orientação e envolvimento (três sessões), workshop educativo (seis sessões), reconstrução do papel terapêutico da família e das suas forças (sete sessões), e encerramento (duas sessões). As pessoas com esquizofrenia participaram nas seis sessões do workshop educativo. As sessões eram conduzidas por um enfermeiro especialista em psiquiatria.
Participantes	84 participantes, divididos em 2 grupos de 42 cada.
Metodologia	Ensaio clínico randomizado com grupo de controlo, em que o grupo de controlo recebeu a intervenção usual e o grupo em estudo, para além da intervenção usual, foi alvo do programa de psicoeducação multifamiliar, sendo que 39 participantes no grupo de psicoeducação completaram o programa, enquanto 4 participantes do grupo de controlo

	desistiram durante o período de pós-teste. Realizada avaliação antes da intervenção e com <i>follow-up</i> a 1 semana e 12 meses.
Resultados	Os participantes no grupo de psicoeducação apresentaram significativas melhorias no funcionamento das famílias e dos pacientes, na sobrecarga de cuidados das famílias e no número e duração das re-hospitalizações dos pacientes ao longo do período de acompanhamento de 12 meses, em comparação com o grupo de cuidados standard.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De forma a facilitar o processo de análise e discussão dos resultados, segue-se na tabela 8, um breve resumo dos 6 artigos incluídos na *scoping review*.

Tabela 8

Tabela resumo dos 6 artigos incluídos na scoping review

Características	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Ano de publ/ País	2024 / Japão	2020 / Japão	2015/Jordâni a	2012 / Irão	2008 / China	2007 / China
Tipo de Intervenção	Psicoed Unifamiliar	Psicoed Unifamiliar	Psicoed Unifamiliar	Psicoed Multifamiliar	Psicoed Multifamiliar	Psicoed Multifamiliar
Duração da Intervenção	4 sessões de 60 minutos cada, a decorrer em 1 mês	4 sessões de 60 minutos cada, a decorrer em 1 mês	Apresentação de 6 folhetos conteúdo de psicoeducaçã o 1 folheto a cada 2 semanas em 3 meses	10 sessões de 90 minutos cada, com a periodicidad e bissemanal, a decorrer em 5 semanas	18 sessões, bissemanai s de 2 horas cada, durante 9 meses	1 sessão a cada 2 semanas de 2 horas, num total de 18 sessões, a decorrer em 12 meses
Quem implementa	Enf. Psiq. Domiciliário	Enf. Psiq. Domiciliário	Enf. Esp em SM	Enf. Esp em Psiqu. e Psiquiatra	Enf. Esp em Psiqu., Enfermeiro, Psiquiatra e Psicólogo	Enf. Esp em Psiquiatria
Participantes	83 participante s, divididos em 2 grupos, 43 GI 40 GC	220 participante s, divididos em 2 grupos, 110 GI 110 GC	121 participante s, divididos em dois grupos GI 58 GC 63.	70 participante s, divididos em dois grupos de 35 cada.	68 participante s, divididos em 2 grupos de 34 cada.	84 participante s, divididos em 2 grupos de 42 cada.
Momentos de Avaliação	Antes e após, com <i>follow-up</i> 1 e 6 meses	Antes e após, com <i>follow-up</i> 1 e 6 meses	Antes e após, com <i>follow-up</i> a 3 meses	Antes e após, com <i>follow-up</i> a 1 mês	Antes e com <i>follow-up</i> a 1 e 12 meses	Antes e com <i>follow-up</i> a 1 semana e 12 meses
Desistências	3 participante s no GI 7 no GC	Não se aplica	6 part. no GI 10 no GC	2 part no GI 3 no GC	3 part no GI 2 no GC	3 part no GI 4 no GC

Os artigos acima mencionados (Tabela 8) abordam programas de psicoeducação direcionados a pessoas com esquizofrenia e seus cuidadores, sendo a principal preocupação a redução da sobrecarga dos cuidadores e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia. Estes estudos foram realizados em diferentes países (Japão, Jordânia, Irão e China), permitindo uma análise comparativa das intervenções psicoeducacionais em contextos culturais distintos.

A psicoeducação é uma abordagem que visa fornecer informações sobre a doença mental, melhorar a compreensão dos cuidadores sobre a condição e, em muitos casos, incluir competências práticas para lidar com os sintomas. Todos os estudos utilizaram metodologias que envolvem uma combinação de educação sobre a esquizofrenia e treino de competências para ajudar os cuidadores a lidar com a condição dos seus familiares. Os conteúdos inseridos em todos os programas de psicoeducação dos seis artigos analisados, baseiam-se na obtenção de conhecimento acerca da esquizofrenia e respetivo tratamento, na aquisição de estratégias de *coping* para enfrentar a variabilidade do curso da doença e na identificação e prevenção de situações de recaída.

Os artigos focados no contexto japonês (A1 e A2) descreveram ensaios clínicos randomizados controlados com enfermeiros psiquiátricos que visitavam as famílias de pessoas com esquizofrenia, utilizando intervenções breves. A principal característica destas intervenções foi a sua brevidade, o que visava tornar os programas mais acessíveis e menos exigentes em termos de tempo para os cuidadores. Nos últimos anos, estas intervenções têm sido cada vez mais estudadas devido à sua eficácia e viabilidade em contextos com recursos limitados ou com dificuldades de adesão prolongada ao tratamento. A literatura recente sugere vários benefícios associados a estas intervenções, tanto para a pessoa como para os cuidadores.

Em termos de benefícios para a pessoa com esquizofrenia, estudos recentes indicam que intervenções psicoeducativas breves podem aumentar a adesão ao tratamento ao fornecer informações claras sobre a importância do tratamento farmacológico e psicossocial de forma mais acessível e direta (Lincoln et al., 2017). Ao aumentar a compreensão da doença e dos seus sintomas, as pessoas sentem-se mais motivadas a seguir o plano terapêutico.

As intervenções breves focadas na deteção precoce de sinais de alerta para recaída mostraram ser eficazes na redução de hospitalizações e na melhoria do prognóstico a curto prazo (Xia et al., 2020). Embora sejam breves, estas intervenções são estruturadas de modo a incluir informação essencial sobre estratégias de *coping* e a gestão de sintomas iniciais, o que reduz a necessidade de internamento. Outro benefício, prende-se com o fato de ajudarem a melhorar a compreensão da pessoa com esquizofrenia sobre a doença, os seus sintomas e os tratamentos disponíveis (Hasan et al., 2019). Esta maior clareza sobre a condição leva a

uma menor ansiedade relacionada à incerteza da doença e promove um maior envolvimento no tratamento.

Os cuidadores de pessoas com esquizofrenia muitas vezes enfrentam elevados níveis de *stress* e sobrecarga emocional. As intervenções breves permitem que os cuidadores adquiram rapidamente estratégias eficazes para lidar com o *stress* e aprenderem a apoiar a pessoa com esquizofrenia de maneira mais eficiente (Colizzi et al., 2020). Além disso, ao fornecer uma melhor compreensão da doença, estas intervenções ajudam a aliviar sentimentos de impotência e frustração.

Segundo Rodrigues-Gomez et al. (2021), intervenções breves direcionadas para cuidadores reduziram significativamente os sintomas de depressão e ansiedade associados à sobrecarga de cuidados, o que permite uma melhoria das interações familiares. O conhecimento adquirido nas intervenções breves ajuda os cuidadores a compreender melhor o comportamento da pessoa com esquizofrenia e a desenvolver estratégias mais eficazes de comunicação (García-Alvarez et al., 2022).

As intervenções breves são mais fáceis de implementar, especialmente em contextos de recursos limitados, pois requerem menos tempo de profissionais de saúde e são menos dispendiosas do que intervenções de longo prazo (Hasan et al., 2019). A sua curta duração também as torna mais aceitáveis para pessoas e cuidadores que têm dificuldade em participar em programas longos ou intensivos. Tratam-se de intervenções com dinâmica flexível, sendo passíveis de serem efetuadas em diferentes formatos (presenciais, online ou em grupo) e ajustados às necessidades específicas da pessoa e do cuidador (Xia et al., 2020).

O estudo realizado na Jordânia (A3) utilizou uma intervenção psicoeducacional mais tradicional, envolvendo sessões estruturadas tanto para as pessoas com esquizofrenia como para os cuidadores, com recurso a folhetos. O estudo foi conduzido de forma mais intensiva, sugerindo uma abordagem que envolve um maior empenho dos participantes, com o objetivo de promover uma compreensão mais profunda dos desafios da esquizofrenia.

O estudo no Irão (A4) centrou-se em intervenções familiares com o objetivo explícito de reduzir a sobrecarga dos cuidadores e melhorar os sintomas psiquiátricos das pessoas com esquizofrenia. Utilizou grupos de apoio, o que indica um foco adicional na criação de uma rede de suporte social para os cuidadores.

Nos estudos realizados na China (A5) e Hong Kong (A6), ambos em populações chinesas, enfatizaram a importância de intervenções em grupo, tanto para as pessoas com esquizofrenia como para os cuidadores. Estes programas incluíram elementos de suporte mútuo e, em alguns casos, decorreram ao longo de várias semanas, promovendo uma abordagem coletiva e colaborativa. Estes programas também têm mais oportunidade de

trabalhar em aspetos emocionais e relacionais entre os cuidadores e as pessoas com esquizofrenia, o que pode melhorar a dinâmica familiar e reduzir o impacto da sobrecarga do cuidador. De acordo com McFarlane (2002), educar as famílias sobre a natureza da esquizofrenia, as suas causas, sintomas e tratamentos ajuda a reduzir o *stress* familiar, melhora a comunicação e promove um ambiente mais favorável à recuperação da pessoa com esquizofrenia.

A implementação dos programas variou significativamente entre os estudos, refletindo as condições de cada país e as exigências dos sistemas de saúde locais. No caso dos enfermeiros domiciliários no Japão, a psicoeducação foi implementada através de visitas domiciliárias, com o objetivo de alcançar as famílias nas suas casas. Esta estratégia permitiu a personalização das intervenções com base nas necessidades específicas de cada família, além de reduzir o estigma, uma vez que as visitas aconteciam no ambiente familiar e não num contexto clínico.

As sessões de grupo e apoio mútuo na China e Hong Kong mostraram-se eficazes para promover a troca de experiências entre os cuidadores, facilitando o apoio emocional. Grupos de suporte fornecem uma plataforma para os cuidadores discutirem os desafios e aprenderem uns com os outros, além de oferecer treino e educação.

As intervenções mais intensivas na Jordânia e no Irão foram consubstanciadas por programas mais estruturados, com múltiplas sessões que proporcionaram educação e estratégias para lidar com os sintomas da esquizofrenia. Estas intervenções, sendo mais longas, ofereceram um acompanhamento mais próximo e permitiram o desenvolvimento de relações mais profundas entre os participantes e os dinamizadores da intervenção. A implementação de programas mais longos facilita o desenvolvimento da relação terapêutica entre enfermeiros, pessoas com esquizofrenia e cuidadores. Esta relação permite que os enfermeiros identifiquem e abordem de forma mais eficaz as necessidades individuais de cada pessoa e cuidador. Um estudo realizado por Mottaghipour e Bickerton (2015) sublinha que a continuidade do cuidado é um dos principais fatores que aumentam a eficácia das intervenções de psicoeducação em pessoas com esquizofrenia, devido à personalização das estratégias de intervenção ao longo do tempo, salvaguardando que esta longa duração também pode conduzir à desistência.

Os resultados dos programas de psicoeducação foram, de forma geral, positivos, mas a eficácia variou dependendo da intensidade, duração e tipo de intervenção. Em quase todos os estudos, observou-se uma diminuição significativa da sobrecarga emocional e física dos cuidadores após as intervenções. Isto sugere que fornecer informações sobre a esquizofrenia e técnicas de gestão dos sintomas ajuda os cuidadores a sentirem-se mais capacitados e

menos stressados. Os cuidadores de pessoas com esquizofrenia muitas vezes enfrentam níveis elevados de *stress*. Os programas mais longos oferecem oportunidades para os cuidadores receberem apoio emocional contínuo, bem como ferramentas para lidar com os desafios do cuidado diário. Segundo Chien et al. (2016), os programas prolongados de psicoeducação resultam numa redução significativa do *stress* do cuidador e numa melhoria do bem-estar psicológico, resultados que não são tão pronunciados em programas de curta duração.

Em termos de melhoria dos sintomas das pessoas com esquizofrenia, o estudo A4 realizado no Irão relatou uma diminuição significativa nos sintomas psiquiátricos das pessoas cujos familiares participaram nas intervenções de psicoeducação, reforçando a ideia de que o apoio aos cuidadores tem um impacto direto no bem-estar das pessoas com esquizofrenia. Os programas de psicoeducação implementados por enfermeiros têm mostrado uma eficácia significativa na diminuição dos sintomas em pessoas com esquizofrenia, tornando-as mais capacitadas a gerir os seus sintomas de forma eficaz. Neste sentido, um estudo recente realizado por Zhang et al. (2021) demonstrou que intervenções psicoeducativas conduzidas por enfermeiros resultaram numa redução notável dos sintomas psicóticos positivos e negativos, além de uma melhoria na funcionalidade social.

As diferenças culturais também tiveram um papel importante no sucesso dos programas, nomeadamente o A6 em Hong Kong e o A5 na China, que incluíram grupos de apoio mútuo, o que destaca a importância de adaptar as intervenções ao contexto cultural. Nestas culturas, o suporte social e a troca de experiências em grupo são vistos como fundamentais para a gestão da doença mental. Na esquizofrenia, onde o estigma e a compreensão da doença podem variar significativamente entre diferentes grupos culturais, o enfermeiro deve adaptar as intervenções de psicoeducação para que sejam culturalmente sensíveis e eficazes. Ao aplicar o modelo transcultural de Leininger, os enfermeiros conseguem personalizar os cuidados, abordando os fatores culturais específicos de cada família. Esta abordagem não só promove uma melhor adesão ao tratamento, como também facilita a comunicação entre os cuidadores e a pessoa, assegurando que as intervenções sejam compreendidas e aceites de forma adequada.

Ao reconhecer a diversidade cultural, os enfermeiros potenciam a criação de um ambiente de confiança, respeito e apoio, crucial para o bem-estar tanto da pessoa com esquizofrenia como dos seus cuidadores. Este modelo reforça a necessidade de uma prática de enfermagem centrada no indivíduo e nas suas particularidades culturais, permitindo que os cuidados sejam mais eficazes e humanizados.

Os programas de psicoeducação, em todos os estudos, mostraram-se eficazes na redução da sobrecarga dos cuidadores e na melhoria dos resultados das pessoas com esquizofrenia. No entanto, há algumas considerações importantes a ter em conta. Uma delas é a personalização das intervenções, uma vez que programas mais personalizados, como o A1 realizado no Japão, apresentaram resultados promissores na redução do *stress* dos cuidadores. A abordagem de visitas domiciliárias parece ser eficaz para cuidadores que podem não ter acesso fácil a serviços regulares de saúde mental.

Outro aspeto a ter em consideração é a importância do suporte social, uma vez que os programas que incluíram componentes de apoio mútuo, especialmente no A5 na China e o A6 em Hong Kong, destacaram o valor das interações entre cuidadores, sugerindo que o suporte social é um fator crucial para o sucesso das intervenções.

A duração versus a eficácia do programa deve ser alvo de reflexão, uma vez que embora as intervenções breves ofereçam vantagens práticas em termos de custo e acessibilidade, os programas mais longos parecem ter um maior impacto tanto nos cuidadores como nas pessoas com esquizofrenia. Isto sugere que, embora intervenções breves possam ser eficazes a curto prazo, intervenções mais prolongadas podem proporcionar benefícios mais duradouros, apesar do risco de desistência ser maior.

Tendo em conta a duração e periodicidade das intervenções, nos casos de intervenções mais curtas e focadas (como em A1 e A2 no Japão), houve um impacto positivo na redução da sobrecarga dos cuidadores, mas os efeitos nos sintomas das pessoas com esquizofrenia foram menos pronunciados em comparação com os estudos que utilizaram intervenções mais longas e intensivas, como o A3 na Jordânia e o A4 no Irão.

A duração dos programas de psicoeducação pode variar, sendo que tanto programas breves como mais longos têm as suas vantagens, mas estudos recentes sugerem que os programas mais prolongados tendem a oferecer benefícios mais sustentáveis a longo prazo.

Programas mais longos permitem que pessoas com esquizofrenia e cuidadores adquiram conhecimento de forma gradual e consolidada. A repetição e o reforço ao longo do tempo facilitam a retenção da informação e a internalização de estratégias de *coping*. Um estudo de 2017 de Lim et al. mostrou que intervenções mais prolongadas potenciam melhores resultados em termos de adesão ao tratamento e compreensão da doença, ao contrário dos programas breves que podem limitar o tempo disponível para explorar temas complexos.

A melhoria da adesão terapêutica também é mais assegurada, com recurso a programas de psicoeducação mais longos, que permitem um acompanhamento contínuo e uma monitorização regular do progresso da pessoa com esquizofrenia, o que pode conduzir a maior adesão ao tratamento farmacológico e psicossocial. Em contraste, programas breves

podem não ser suficientes para influenciar mudanças comportamentais a longo prazo. Para Mueser et al. (2002), as intervenções de longo prazo têm maior impacto no desenvolvimento de competências e na redução de recaídas. Benefícios esses também comprovados pelo estudo de Lincoln et al. (2020), que verificaram que as intervenções psicoeducacionais de maior duração estiveram associadas a uma redução significativa nas recaídas e hospitalizações. Programas mais longos proporcionam um espaço contínuo para que os enfermeiros ajudem as pessoas com esquizofrenia e seus cuidadores a identificar sinais precoces de recaída e a implementar estratégias de prevenção. Neste sentido, programas de psicoeducação de longa duração reduzem significativamente as taxas de recaída em comparação com programas breves (Xia et al., 2020).

Embora os programas breves de psicoeducação possam oferecer benefícios imediatos, os programas mais longos, conduzidos por enfermeiros, parecem ser mais eficazes na promoção de mudanças sustentáveis e na melhoria dos resultados a longo prazo. Estes programas permitem uma abordagem mais holística e contínua, tanto para a pessoa com esquizofrenia como para os seus cuidadores, facilitando uma melhor gestão da doença, uma redução das recaídas e hospitalizações, e um aumento da qualidade de vida para ambos.

Nos seis artigos analisados o programa de psicoeducação apresentava sempre *follow-up* inclusivé em dois momentos distintos, que nos remete para a importância da realização do mesmo. O *follow-up* nos programas de psicoeducação para doentes com esquizofrenia e seus cuidadores desempenha um papel essencial para garantir a eficácia a longo prazo destas intervenções. Este acompanhamento regular oferece oportunidades para reforçar o conhecimento adquirido, monitorizar a adesão ao tratamento, fornecer apoio emocional e ajustar estratégias conforme necessário. A psicoeducação visa fornecer informações sobre a esquizofrenia, os tratamentos disponíveis, os sinais de recaída e como lidar com a doença no dia-a-dia. Estudos mostram que a retenção de informação pode diminuir com o tempo, o que pode comprometer a eficácia dos tratamentos (Velligan et al., 2009). O *follow-up*, neste contexto, permite reforçar o conteúdo abordado, garantindo que a pessoa com esquizofrenia e os cuidadores mantenham uma compreensão adequada da condição.

A adesão ao tratamento, tanto medicamentoso como psicossocial, é um desafio comum para os doentes com esquizofrenia, especialmente devido à natureza crónica da doença e aos efeitos secundários dos medicamentos. O *follow-up* permite a detecção precoce de sinais de recaída e uma intervenção atempada (Kane et al., 2003). De acordo com Leff e Vaughn (2000), os programas de acompanhamento com componentes psicoeducacionais reduzem significativamente as taxas de recaída nos doentes com esquizofrenia.

Os cuidadores de pessoas com esquizofrenia muitas vezes enfrentam elevados níveis de *stress*. O *follow-up* regular oferece não apenas a revisão das informações, mas também um espaço para prestar apoio emocional, onde os cuidadores podem partilhar as suas experiências, receber orientação e aceder a estratégias práticas para lidar com o *stress* diário (Kuipers et al., 2010). Isto é fundamental, já que o bem-estar dos cuidadores está diretamente relacionado com a sua capacidade de cuidar e conseqüentemente, com o bem-estar da pessoa de quem cuidam.

A esquizofrenia é uma doença com um curso variável, caracterizada por períodos de maior ou menor estabilidade, sendo que neste caso, o *follow-up* permite ajustar o plano de tratamento e as intervenções psicossociais com base nas mudanças clínicas e contextuais da pessoa e dos seus cuidadores (Pitschel-Walz et al., 2006). Esta adaptação contínua é crucial para manter a eficácia dos programas de psicoeducação e garantir que estes respondem às necessidades dinâmicas da pessoa e cuidadores.

De acordo com Pitschel-Walz et al. (2006), intervenções de psicoeducação que incluíram *follow-up* mostraram-se eficazes na melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores a longo prazo. O acompanhamento ajuda a manter o compromisso com o tratamento, promove uma melhor compreensão da doença e contribui para o desenvolvimento de mecanismos de *coping*, o que melhora a gestão da esquizofrenia no seio familiar.

Fica assim demonstrado que o *follow-up* é uma componente crucial nos programas de psicoeducação para pessoas com esquizofrenia e seus cuidadores, uma vez que o seu papel é fundamental para otimizar os resultados clínicos e aumentar a qualidade de vida dos envolvidos.

Nos artigos em análise, o contexto de implementação da intervenção foi na comunidade, apesar de haver algumas diferenças que considero importante realçar. Nos artigos A1 e A2, os enfermeiros realizam a intervenção no domicílio dos participantes, enquanto que nos artigos restantes (A3, A4, A5 e A6) foi em clínicas de ambulatório situadas na comunidade, onde as pessoas não estão internadas, mas deslocam-se a estas instituição para receberem tratamento farmacológico e psicoterapêutico.

A realização de programas de psicoeducação em contexto comunitário, tem demonstrado ser uma estratégia eficaz para o tratamento da esquizofrenia e para o apoio aos cuidadores, quando comparado com o contexto hospitalar. Intervenções na comunidade permitem uma maior continuidade dos cuidados e uma adaptação mais adequada ao ambiente natural dos participantes, facilitando a gestão da doença no dia a dia e reforçando a adesão ao tratamento. Além disso, ao envolver os cuidadores num contexto mais familiar e acessível, estes programas promovem um maior apoio social e reduzem o estigma associado à esquizofrenia

(Lim et al., 2020). Programas comunitários também possibilitam a monitorização contínua da evolução da pessoa com esquizofrenia, ajudando a prevenir recaídas e hospitalizações, o que é essencial na gestão de uma doença crónica como a esquizofrenia (Xia et al., 2020). Este tipo de abordagem permite uma personalização dos cuidados, mais alinhada com as necessidades individuais e culturais de cada pessoa, como enfatizado pela abordagem transcultural no cuidado (Zhang et al., 2021).

5. SÍNTESE CONCLUSIVA

A psicoeducação é uma ferramenta fundamental para o EEESMP, pois permite uma abordagem multidimensional e centrada na pessoa com esquizofrenia, que melhora tanto a gestão da doença, como a qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores. Através da psicoeducação, o enfermeiro tem a competência para capacitar as pessoas com esquizofrenia e suas famílias, fornecendo-lhes conhecimentos sobre a doença, o tratamento e as estratégias de *coping* necessárias para lidar com os desafios diários. Os estudos analisados indicam que a psicoeducação é uma intervenção valiosa tanto para os cuidadores como para as pessoas com esquizofrenia. A metodologia de implementação dos programas variou, com cada abordagem a oferecer vantagens dependendo do contexto cultural e do sistema de saúde local.

As intervenções mais longas e intensivas tiveram um impacto mais profundo nos sintomas das pessoas com esquizofrenia, enquanto as intervenções breves demonstraram ser eficazes na redução da sobrecarga dos cuidadores. Em última análise, adaptar estas intervenções ao contexto cultural e às necessidades específicas dos cuidadores parece ser um fator chave para o sucesso em termos de ganhos em saúde para as pessoas com esquizofrenia e respetivos cuidadores.

A integração da família nos programas de psicoeducação, juntamente com a pessoa com esquizofrenia, é de vital importância para o sucesso do tratamento e para a melhoria da qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores. A esquizofrenia afeta não apenas o indivíduo, mas também todo o sistema familiar, que muitas vezes enfrenta *stress* emocional e dificuldades na gestão da doença. Ao envolver a família nos programas de psicoeducação, é possível promover uma melhor compreensão da esquizofrenia, reduzir o estigma e melhorar a comunicação no seio familiar.

Os programas de psicoeducação devem privilegiar o contexto comunitário, uma vez que oferecem uma abordagem mais holística e integrada, focada nas reais necessidades da pessoa com esquizofrenia e cuidadores no seu ambiente habitual, o que contribui para uma gestão mais eficaz da doença.

CAPÍTULO III – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O presente relatório reflete o percurso realizado para a obtenção do grau de Mestre em ESMP, abrangendo tanto a componente de estágio como a de investigação, que são partes integrantes da unidade curricular estágio com relatório. Segue-se, assim, uma reflexão sobre todo este trajeto.

CONCLUSÃO

Com a elaboração do Relatório Final de Estágio, foi possível compilar todo o trabalho desenvolvido ao longo do percurso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo para tal, os diferentes contextos de aprendizagem por onde passei, que foram essenciais para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMP.

Ao longo deste percurso foi possível cumprir os objetivos propostos, uma vez que este documento relata de forma resumida todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas nos três contextos de estágio, que resultaram na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP.

A componente de investigação revelou-se de grande importância para o meu desenvolvimento, não só pela consolidação prática da componente investigativa, mas também porque só o conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem pode ser utilizado para desenvolver uma prática enformada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os ganhos em saúde.

A conclusão deste trabalho representa não apenas o encerramento de um ciclo académico, mas também um marco significativo na minha formação como futuro EEESMP. Ao longo deste percurso, procurei integrar conhecimentos teóricos e práticos que me permitiram compreender a complexidade das questões de saúde mental e a importância do papel do EEESMP neste contexto.

No final deste percurso ficou a vontade de dar continuidade ao desenvolvimento da componente investigativa, investindo na realização de investigação primária e na implementação e colaboração em projetos na área da saúde mental e psiquiátrica em contexto comunitário. É fundamental que continuemos a desafiar estigmas e preconceitos associados à doença mental, promovendo uma sociedade mais inclusiva e consciente. Assim, encorajo

todos os profissionais de saúde a investirem na formação contínua e na atualização dos seus conhecimentos, de forma a garantirmos uma prática cada vez mais informada e eficaz.

Este trabalho não é apenas um reflexo do que aprendi, mas também um apelo à ação. Que possamos todos contribuir para uma saúde mental mais digna e respeitosa, sempre em busca do melhor para aqueles que dependem do nosso cuidado.

O fim de um ciclo é uma oportunidade para refletir sobre as experiências vividas, aprender com os desafios que nos são colocados e abrir portas para novos começos e possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia – conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi.
- Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Artes Médicas.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alencar, M. A. T. & Matias, K. F. S. (2010). Princípios Fisiológicos do Aquecimento e Alongamento Muscular na Atividade Esportiva. *Rev Bras Med Esporte*, 16(3), 230-234. <https://www.scielo.br/j/rbme/a/zQfL4XzPMNXr4pp9T4r5Jt/?format=pdf&lang=pt>.
- Almeida, J. M. & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. ISBN: 978-989-98576-0-5. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style. (Ed.7). APA.
- Andrade, S. R. de., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e5360016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Bacalhau, R. (2004). Termómetro de Distress – Tradução e Reprodução para o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil: CROL, SA.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H. & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27(1): 19-28.
- Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. da S. N. de., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, M. C. dos S., & Silva, S. M. (2021). Burnout among nurses: a multicentric comparative study. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 29, e3432. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Brito, L. (2021). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia*. Grácio Editor. 1ª Edição. ISBN: 978-989-53233-1-2.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571–581. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000074003.35911.41>

- Carvalho, C.; Sousa, D.; Pinho, R.; Fernandes, M. & Oliveira, A. (2017). Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. *Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool Drogas*. 13(3):125-131. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i3p125-131
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção. (Vol. II). Loures: Lusodidacta.
- Chien, W. T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of Chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2(1), 28–39. <https://doi.org/10.2174/1874434600802010028>
- Chien, W. T., & Wong, K.-F. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 58(7), 1003–1006. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.1003>
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2016). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1687–1705. <https://doi.org/10.2147/NDT.S81809>
- Colaço, A., Sousa, A., R., Gonçalves, M. & Simões, A. (2019). *Manual de Acolhimento ao Ensino Clínico: Guião de Acolhimento ao Estudante*. Montemor-o-Velho, Portugal: Autor.
- Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in schizophrenia: A comprehensive review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 369. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00369>
- Comissão das Comunidades Europeias (CCE). (2005). Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da População. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas:https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf
- Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). *Propostas e recomendações*. <https://www.sg.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recom2002.pdf>
- Corrigan, P. & Bink, A. B. (2016). *The stigma of mental illness*. Encyclopedia of Mental Health. 4, p. 230-234.
- Cutcliffe, J., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Int J of Mental Health Nurs*. 27(5): 1344-63. doi: 10.1111/inm.12443

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). *Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains*. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa. https://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2022). *Unidade curricular: Estágio com Relatório - guia orientador*.
- Gago, A. (2019). *Custo de tratamento da psicose esquizofrénica num hospital do SNS e os seus determinantes*. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/83207/3/RUN%20%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Ana%20Cec%c3%adlia%20Gago.pdf>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Galdino, M; Silva, M.; Lopes, G.; Souza, G.; Silva, M. & Andrade, L. (2022). Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa. *Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais*. 7(2). 21-29. <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/10328>
- García-Alvarez, L., Jorda-Lopez, M. T., Garcia-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2022). Psychoeducation in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders: A review of the past decade. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 765. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020765>
- Hasan, A. A., Callaghan, P., & Lymn, J. S. (2015). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(72). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0444-7>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., & Laika, C. (2019). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry*, 20(1), 2-71. <https://doi.org/10.1080/15622975.2019.1583363>
- Holland, J. C., Greenberg, D. B., & Hughes, M. K. (2006). *Quick reference for oncology clinicians: The psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management*. Charlottesville: IPOS Press.

- Irmãs Hospitaleiras. (2022). Casa Rainha Santa Isabel: Apresentação – Condeixa, um Centro Hospitaleiro aberto ao futuro. <http://csrsi.irmashospitaleiras.pt/>
- Jensen, U. J., & Andersen, P. F. (2005). *Sundhedsbegreber: Filosofi og praksis* [Health concepts: Philosophy and practice] (2^o ed.). Aarhus, Denmark: Philosophia.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI*. <http://joannabriggs.org/assets/docs>
- Jorm, A. F. (2012). *Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health*. *American Psychologist*, 67(3), 231-243 doi:10.1037/a0025957.
- Kane, J. M., Leucht, S., Carpenter, D., & Docherty, J. P. (2003). The expert consensus guideline series: Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 12-23.
- Kennedy, P. (2015). *Understanding Mental Disorders: A Patient and Family «re- source»*. American Psychiatric Association. ISBN 978.1.58562.491.1.
- Krabbendam, I., & Aleman (2003). Cognitive rehabilitation in Schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology* (169), 378-382.
- Kuipers, E., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C., & Kendall, T. (2010). Management of psychosis and schizophrenia in adults: Summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 346, 1-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.f801>
- Laranjeira, C., & Querido, A. (2021). *Estágios clínicos em enfermagem: Impacto no desenvolvimento de competências*. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 4(1), 25-33. <https://doi.org/10.47598/refen.v4i1.125>
- Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjemdal, O., Gudmundsdottir, D.G., Knoop H.H., Olafsdottir, A.S., Donisi, V., Carbone, S., Rizzi, S., Mazur, I., Krolicka-Deregowska, A., Morote R., Anyan, F., Ledertoug, M.M., Tange, N., Kaldalons, I., ... Keenoy, E. M. (2019). UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: study rationale and methodology for a European randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7759-0>
- Leff, J., & Vaughn, C. (2000). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.
- Leininger, M. M. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Publishers.
- Lemes, C., B. & Neto, O., J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas psicol.*, 25(1). 17-28. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>

- Lim, M. H., Gleeson, J. F., Alvarez-Jimenez, M., & Penn, D. L. (2017). Loneliness in psychosis: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1317–1336. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1435-3>
- Lincoln, T. M., Gollwitzer, M., Burkhardt, P., & Moritz, S. (2020). Long-term effect of a relapse prevention program for schizophrenia based on metacognitive training: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1142–1152. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa005>
- Lincoln, T. M., Jung, E., Schlier, B., & Stangier, U. (2017). Effectiveness of a CBT-based intervention to improve metacognitive competence in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 410-424. <https://doi.org/10.1037/ccp0000177>
- Maia, T. C., Araújo, L., & Maia, F. (2018). *Eficácia da psicoeducação familiar na saúde mental: Uma revisão da literatura*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 65-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0245>
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. The Guilford Press.
- Medina, Miriam & Heitor, Filipa. (2016). Relaxamento físico e mental: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo. In III CONGRESSO DA RESAPES. https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento_fisico_e_mental_construcao_implimentacao_e_avaliacao_de_um_programa_de_intervencao_em_grupo.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Ministério da Saúde (2009). Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Despacho n. 10143/2009. Diário da República n. 74/2009 – II Série.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X).
- Mottaghipour, Y., & Bickerton, A. (2015). The pyramid of family care: A framework for family involvement with adult mental health services. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 663–666. <https://doi.org/10.1177/1039856215614983>

- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2002). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 26(3), 183-211. <https://doi.org/10.1177/0145445502026003001>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines Version 2. (2014). DistressManagement.http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.
- Nóbrega, S. S., & Santos, M. M. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: Análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55-64. doi: 10.1590/S0034-71671996000100007
- Nunes, L. (2016). *Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro*. *Servir*, 59 (2), 7-17. <http://hdl.handle.net/10400.26/14209>
- Oliveira, E. N., Aguiar, R. C., Almeida, M. T. O., Eloia, S. C., & Lira, T. Q. (2011). Benefícios da Actividade Física para Saúde Mental. *Saúde Colectiva*, 8(50), 126-130. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84217984006>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015a). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República n.º 149/2019, Série II de 2019-08-06, 169-176. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-123666635>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)/ European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline

- for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol, Health Med*;12, 225-237.
- Pascoal, P. et al (2023). *Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica– Perspectiva Multidisciplinar*”, ISBN: 978-989-693-151-3, Lidel-Lisboa
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Salvat Editores.
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). *Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática da literatura*. Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>
- Pereira, V. (2015). *Programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia* (Dissertação de Mestrado).
- Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (14): 15-23. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101>
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2006). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Pordata.pt. (2023). <https://www.pordata.pt/>
- Queirós, C., Gonçalves, S. P., & Marques, A. (2018). Burnout: da conceptualização à gestão em contexto laboral. In H. V. Neto., J. Areosa & P. Arezes (Eds.). *Manual sobre Riscos Psicossociais no trabalho*. Porto: Civeri Publishing & RICOT, 172-192.
- Queirós, C., Passos, Á. M., Marques, A., & Silva, A. G. (2019). *Esquizofrenia e saúde física: Uma revisão sistemática das comorbilidades e intervenções*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (22), 51-59. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República no 26/2019, 2.a Série. N. 26, p. 4744-4750.

- Regulamento n. 515/2018, de 7 de agosto. *Diário da República – Série II (08-07)*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 365/2015 de 25 de Junho. (2015). *Diário da República: II Série, N.º 122*. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>.
- Rocha, A., Röhrich, O., & Miguel, A. (2014). *Gestão emocional de equipas em ambiente de projeto* (5ª ed. atualizada). FCA.
- Rodrigues-Gomez, P., Garcia-Hidalgo, L., Martinez-Cengotitabengoa, M., Lopez-Morinigo, J. D., & Lopez-Pernas, S. (2021). Impact of brief psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 299, 113859. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113859>
- Sampaio, Francisco M. C.; Sequeira, Carlos; Lluch-Canut, Teresa. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 19, p. 77-84.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: frameworks for practice*. International Council of Nurses.
- Schon, D. (1992). 11. Educating for Reflection-in-Action. In J. Choukroun & R. Snow (Ed.), *Planning for Human Systems: Essays in Honor of Russell L. Ackoff* (pp. 142-161). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9781512801576-013>
- Sequeira, C., Sampaio, Francisco M., C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12(48). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-48>
- Silva, A. R., Sousa, P., Pereira, F., & Santos, A. (2019). *O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no processo de transição do utente*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 35-42. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0256>
- Singer, S., Szalai, C., Briest, S., Brown, A., Dietz, A., Einenkel, J., Jonas, S., Konnopka, A., Papsdorf, K., Langanke, D., Löbner, M., Schiefke, F., Stolzenburg, J. U., Weimann, A., Wirtz, H., König, H. H., & Riedel-Heller, S. (2013). Co-morbid mental health conditions in cancer patients at working age--prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psycho-oncology*, 22(10), 2291–2297. <https://doi.org/10.1002/pon.3282>.

- Solomon, P. (2022). *Family psychoeducation and schizophrenia: A contemporary review*. *Journal of Psychiatric Research*, 145(3), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.015>
- Sousa, F., Pereira, F., & Alves, P. (2017). *Impacto da esquizofrenia na qualidade de vida: Revisão da literatura*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 43-50. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0239>
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: integrative review. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2757–2767. <https://doi.org/10.1111/jocn.13266>
- Suharsono, S., Faidah, N., Hanafi, M. (2023). *The effectiveness of nursing psychoeducation toward family burden and quality life on caregiver of people with schizophrenia in the community*. *Healthcare in Low-resource Settings 2023*; volume 11(s1):11215. Doi:10.4081/hls.2023.11215. Recuperado de: <https://www.pagepressjournals.org/index.php/hls/article/view/11215>
- Teixeira, R. J., Machado, J. C., Faria, S., Remondes-Costa, S., Brandão, T., Branco, M., Moreira, S., & Pereira, M. G. (2020). Brief emotional screening in oncology: Specificity and sensitivity of the emotion thermometers in the Portuguese cancer population. *Palliative & supportive care*, 18(1), 39–46. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000208>.
- UNESCO (2013) - Programa de informação para todos (IFAP). Conferência geral da UNESCO. Paris. https://pt.unesco.org/sites/default/files/banner_ifap_938x488.jpg
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1011–1016. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/748/425>
- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2009). Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34-44. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000344916.84326.93>
- World Health Organization (WHO). (2005). *Resource book on mental health, human rights, and legislation*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43267>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Health for the World's Adolescents*. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>

- World Health Organization (WHO). (2018). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization Regional Office for Europe (WHO). (2008). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf.
- World Health Organization. (WHO). (2001). *The world health report – Mental health: new understanding, new hope*. Paris.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis Company.
- Xavier, J.; Brito, E.; Abreu, R.; Moreira, T.; Silva, L. & Vasconcelos, S. (2011). Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*.
- Xia, J., Adams, C. E., Bhagat, N., Bhagat, V., & Bhoopathi, P. S. (2020). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(2), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub3>
- Yasuma, N., Sato, S., Yamaguchi, S., Matsunaga, A., Shiozawa, T., Tachimori, H., Watanabe, K., Imamura, K., Nishi, D., Fujii, C., & Kawakami, N. (2024). Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: A cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1), Article 5884. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05884-z>
- Yasuma, N., Sato, S., Yamaguchi, S., Matsunaga, A., Shiozawa, T., Tachimori, H., Watanabe, K., Imamura, K., Nishi, D., Fujii, C., & Kawakami, N. (2020). Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: Protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(4), e034425. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034425>
- Zhang, L., Zhao, J., Fan, X., Li, M., & Wei, Y. (2021). Effectiveness of nurse-led psychoeducation interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 938–950. <https://doi.org/10.1111/jpm.12777>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - SESSÃO “COMPREENDER O *BURNOUT*”



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sessão: “Compreender o *Burnout*”.

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de cuidados diferenciados.

Finalidade: Capacitar o enfermeiro para identificar os riscos de desenvolver *burnout* e ajudá-lo a encontrar recursos em si próprio, na família, na comunidade e na organização para melhorar o seu bem-estar físico e mental.

Objetivos: Promover a aquisição de conhecimento acerca do *burnout*: definição, fatores de risco, sintomas, consequências e estratégias de prevenção.

População-alvo: Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia.

Critérios de Inclusão: Enfermeiros que fazem parte da equipa do HDO.

Critérios de Exclusão: Enfermeiros com menos de um ano de permanência na equipa de enfermagem do HDO.

Parcerias: ULSC - HDO

Recursos Materiais: Sala ampla, computador, projetor, papel, canetas, *kit* de autoajuda e *kit* do autocuidado.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado sobre o *Burnout*; Risco de desenvolver *Burnout*.

Introdução e contextualização teórica: Na última década, o *burnout* tornou-se mais prevalente e a partir de maio de 2019, passou a ser considerado um fenómeno ocupacional. Devido às suas consequências, a síndrome de *burnout* é um problema de saúde pública que tem despertado interesse e preocupação na comunidade científica e nas organizações (Borges et al., 2021). A literatura demonstra que, os profissionais de saúde são os mais afetados pela síndrome de *burnout*, com maior prevalência entre enfermeiros (Borges et al., 2021).

Do ponto de vista científico, o termo *burnout* foi descrito pela primeira vez pelo Psiquiatra Hebert Freudenberger no ano de 1974. Explica Freudenberger (1974, p.238) que "(...) burnout é falhar, desgastar-se ou sentir-se exausto devido às demandas excessivas de energia, força

ou recursos”. Para Delbrouck (2006), é um estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas. Neste entendimento, apresenta-se como uma “síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crónica, vivida pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequentemente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência” (Castro & Zanelli, 2007, p.7).

Embora não exista uma definição única para o *burnout* aquela que parece ser mais aceite pertence a Maslach et al. 1996, que definem *burnout* como “uma síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. É devido essencialmente ao stress crónico associado à falta de condições no trabalho e surge frequentemente nos profissionais de ajuda: médicos, enfermeiros, polícias e outros”.

No contexto epidemiológico, o estudo conduzido por Borges et al. 2021, realizado entre 2016 e 2017 envolveu 1.052 enfermeiros, sendo 306 de Portugal, 269 de Espanha e 477 do Brasil. Os autores aferiram que 42% dos enfermeiros portugueses apresentavam níveis moderados/elevados de *burnout* e valores mais elevados de Exaustão Emocional e Realização Pessoal do que de Despersonalização. Além disso, o estudo demonstra que em Portugal, o turno rotativo está associado a um maior nível de *burnout*. Por outro lado, no Brasil e em Espanha, o turno fixo está associado a um maior nível de *burnout*.

Concluíram ainda que, durante a atividade profissional, o enfermeiro está exposto a inúmeros fatores de stress que, combinados, têm grande probabilidade de afetar negativamente o profissional e a organização, com destaque especial para a síndrome de *burnout*.

O *burnout* apresenta três fases distintas no seu desenvolvimento: a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal no trabalho. A Exaustão é a primeira manifestação de *burnout* e caracteriza-se pela falta de energia e um sentimento de esgotamento emocional levando muitas vezes à incapacidade do trabalhador de realizar as suas tarefas. A segunda fase, denominada de despersonalização, ocorre quando o trabalhador começa a tratar os indivíduos que o rodeiam (colegas de trabalho, colaboradores, cliente, entre outros...) de forma distante numa tentativa de lidar melhor com as tarefas que o rodeiam. A última fase relaciona-se com sentimentos de incompetência, insatisfação e desenvolvimento profissional, levando à diminuição da produtividade e da interação com as pessoas com quem trabalha. Concluindo, o trabalhador em *burnout* sente-se fatigado, depressivo, desiludido, irritado com os que o rodeiam, cometendo erros e falhas nas suas tarefas diárias, sentindo-se imensamente desmotivado para continuar a trabalhar

(Freudenberger, 1974). Para além dos sintomas psicológicos, o *burnout* produz alterações do foro afetivo, cognitivo, físico, comportamental e motivacional (Maslach et al., 1996).

Segundo os estudos consultados sobre esta temática, podem-se considerar dois fatores principais para que um indivíduo experiencie o *burnout*: fatores pessoais e fatores situacionais.

Nos primeiros destacam-se a idade, o gênero, a escolaridade, o estado civil e o suporte social. No que se refere à idade, existem bastantes controvérsias, havendo autores que defendem o meio da carreira profissional como um dos picos do *stress*, surgindo com o esgotar dos recursos individuais, outros defendem que a fase de mais *stress* é o início da carreira, porque ainda não houve adaptação plena ao local de trabalho. No gênero, segundo alguns estudos, o feminino é o mais associado à exaustão emocional, enquanto que o masculino está mais associado à despersonalização da pessoa após vivenciar o *burnout*. O nível de escolaridade indica um aumento linear com os níveis de *stress*, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maiores os níveis, podendo estar relacionado com o aumento de responsabilidade. O estado civil e suporte social indica-nos que quem não tem parceiro, quem não tem filhos ou suporte social está mais predisposto a experienciar *burnout* associado ao pouco apoio que recebe de quem o rodeia e também da incapacidade de não pensar no trabalho na sua vida diária (Queirós et al., 2018).

No fatores situacionais o *burnout* está mais associado a profissões de risco, funções que exijam o contacto com pessoas, anos de serviço, anos na instituição, anos na função, trabalhos por turnos, sobrecarga de tarefas, tipo de clientes, relacionamentos conflituosos com os colegas ou supervisores, ambiguidade de funções na organização, baixa satisfação com o trabalho, fraco suporte organizacional, falta de recompensa, falta de autonomia, dificuldade de progressão na carreira, demasiada responsabilidade, precariedade do contrato de trabalho, falta de recursos humanos, salários em atraso, ambientes físicos perigosos, alterações frequentes das políticas institucionais, normas rígidas, clima de desconfiança, demasiada burocracia, comunicação deficiente críticas da comunidade relativamente à profissão. Estes fatores levam a um afastamento do trabalhador para com os clientes que tem que atender/cuidar, podendo colocar em risco o seu posto de trabalho (Queirós et al., 2018).

As estratégias de prevenção do *burnout* surgem em duas vertentes: organizacional e individual. É de extrema importância conseguir-se implementar ambas, embora alguns autores defendam que as estratégias organizacionais sejam quase impraticáveis pelos custos e pela difícil identificação dos sintomas de *burnout* (Queirós et al., 2018). Assim sendo, o foco principal será dotar o trabalhador de estratégias que o protejam de fontes de stress e, desse modo, prevenir o *burnout*.

As estratégias de prevenção do *burnout* a nível individual passa pelos três níveis de prevenção. No nível de prevenção primário, é importante garantir a formação e o desenvolvimento de capacidades para lidar com o stress, como por exemplo através da autoavaliação e posteriormente da educação centrada na informação sobre sintomatologia, principais causas e consequências (Queirós, et al., 2018). O nível secundário já implica a utilização de estratégias de *coping* centradas na emoção para reduzir os níveis de stress a que o indivíduo está exposto (Queirós, et al., 2018). Por fim, na prevenção terciária que já implica a exposição a fatores *stressores* por um longo período, é importante iniciar psicoterapia com o trabalhador em causa, tentando reduzir ao máximo as consequências dos agentes *stressores* (Queirós, et al., 2018).

A nível organizacional, embora se encontrem mais obstáculos à alteração de fatores que produzam *stress*, também se pode usar os três níveis de prevenção, embora que aqui de forma um pouco diferente. Na prevenção primária é importante fazer uma boa gestão do local de trabalho e dos tempos de trabalho de forma a que não sobrecarreguem o trabalhador (Queirós, et al., 2018). A prevenção secundária pressupõe a utilização do grupo de trabalhadores como auto-terapeutas, no sentido de se apoiarem em grupos de partilha e desenvolvimento em equipa, como o *team-building* (Queirós, et al., 2018). Por fim o último nível de prevenção remete-nos para a importância da criação de serviços de prevenção e tratamento do *burnout*, como por exemplo a equipa de saúde ocupacional (Queirós, et al., 2018).

Atividades a Desenvolver: Será realizada uma única sessão, com a duração de 30 minutos (Apêndice 1) à equipa de enfermagem do HDO. Os dinamizadores serão os Enfermeiros Catarina Ribeiro e Paulo Pereira (ambos estudantes do Mestrado em SMP), sob supervisão da EESMP Cristina Boaventura. No sentido de realçar a importância das estratégias utilizadas na prevenção do *burnout*, será realizado um exercício respiratório, utilizando a técnica da respiração consciente (Anexo 1) e entregue um *Kit* de autocuidado, composto por um gel de banho, uma água termal e um creme hidratante. O guião com a técnica da respiração consciente, será transformado num documento de dimensões reduzidas e plastificado, para que possa acompanhar o enfermeiro na sua prática clínica e no seu quotidiano (*Kit* de autoajuda), de forma a ser usado como mecanismo de auxílio em uma situação geradora de *stress*. No seu verso serão incluídos contatos de serviços de apoio telefónico e presencial, destinados aos profissionais que queiram pedir ajuda diferenciada (Apêndice 2).

Avaliação dos Resultados: A avaliação de um programa baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Maslach Burnout Inventory, criado por Maslach e Jackson em 1981 e validado para a população portuguesa pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 1999 (Anexo 2);
- Questionário de avaliação do conhecimento acerca do *Burnout* (Apêndice 3);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 4).

A aplicação do Maslach Burnout Inventory, criado por Maslach e Jackson em 1981 e validado para a população portuguesa pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 1999, foi realizada no sentido de aferir o risco da equipa de enfermagem do HDO para desenvolver *burnout*. Juntamente com a auscultação direta de alguns elementos da equipa, serviu de base para fazer uma avaliação diagnóstica e descodificar a pertinência da abordagem desta temática. A aplicação do instrumento de avaliação e a auscultação da equipa foi realizada entre o dia 4 e 15 de dezembro, mas com o intuito de aumentar a adesão da equipa ao preenchimento do instrumento, foi prolongado o prazo até 26 de janeiro.

Como é passível de observar no planeamento da sessão (Apêndice 1), o questionário de avaliação do conhecimento acerca do *Burnout* será implementado no início e no fim da sessão, de forma a aferir se houve aquisição e assimilação de novos conhecimentos acerca da temática. O questionário de avaliação da sessão será realizado no fim da sessão, com o intuito de quantificar o grau de satisfação dos formandos acerca da pertinência do tema, metodologia utilizada e prestação dos formadores.

Considerações Finais: Com a realização da sessão é exetável que se consiga capacitar a equipa de enfermagem do HDO a identificar os riscos de desenvolver *burnout*, através da aquisição de conhecimento acerca do *burnout*: definição, fatores de risco, sintomas, consequências e estratégias de prevenção, de forma a que consigam encontrar recursos na família, na comunidade e na organização onde trabalham, para melhorar o seu bem-estar físico e mental.

Uma vez que a presente sessão foi elaborada no âmbito do Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de cuidados diferenciados, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está condicionado pelo curto espaço de tempo em que deve ser implementado, o que se identifica à priori como uma limitação. A sua

aplicação num período de espaço temporal mais longo seria certamente vantajosa, pois possibilitaria a sua múltipla replicação, facilitando a apropriação dos conhecimentos e à realização de treino das estratégias de combate ao *burnout* enunciadas, permitindo assim um processo avaliativo mais credível e demonstrativo dos ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas:

- Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. da S. N. de., Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, M. C. dos S., & Silva, S. M. (2021). Burnout among nurses: a multicentric comparative study. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 29, e3432. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Castro, F. & Zanelli, J. (2007). Síndrome de *burnout* e projeto de ser. Caderno de psicologia social do trabalho. São Paulo, vol.10, no2. http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151637172007000200003&script=sci_art_text
- Delbrouck, M. (2006). Síndrome de exaustão (*Burnout*). Lisboa: Climepsi.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1); 159-165.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced *Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). Maslach *burnout* inventory manual. Consulting Psychologist Press, 3, 3-9.
- Queirós, C., Gonçalves, S. P., & Marques, A. (2018). Burnout: da conceptualização à gestão em contexto laboral. In H. V. Neto., J. Areosa & P. Arezes (Eds.). *Manual sobre Riscos Psicossociais no trabalho*. Porto: Civeri Publishing & RICOT, 172-192.

ANEXO 1 - GUIÃO PARA A TÉCNICA DA RESPIRAÇÃO CONSCIENTE

1. Sente-se ou deite-se numa posição confortável. Coloque uma mão na barriga e outra no peito.
2. Inspire o ar pelo nariz, durante 4 seg., fazendo com que a barriga se encha de ar (sente-se a mão na barriga a subir);
3. Sustenha a respiração durante 2 seg.;
4. Expire o ar pela boca, durante 6 seg., sentindo o ar a sair (sente-se a mão na barriga a descer);
5. Repita estes passos até sentir a respiração mais controlada.

Esta técnica requer prática.

Deve praticá-la de forma consistente, como por exemplo todos os dias antes de ir dormir, para conseguir os seus efeitos positivos.

ANEXO 2 - MASLACH BURNOUT INVENTORY, CRIADO POR MASLACH E JACKSON EM 1981 E VALIDADO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA PELO INSTITUTO DE PREVENÇÃO DO STRESS E SAÚDE OCUPACIONAL EM 1999.

**MBI – Maslach Burnout Inventory
Cristina Maslach. Susan E. Jackson**

INSTRUÇÕES:

Versão Portuguesa:

IPSSO – Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999)

O objectivo deste estudo é descobrir como é que os profissionais de saúde vêem a sua profissão e as pessoas com quem trabalham de perto.

Na página seguinte encontram-se 22 afirmações acerca de sentimentos associados ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez se sentiu assim acerca do seu trabalho. Se nunca se sentiu assim, assinale o “0” (zero). Se já se sentiu assim, indique quantas vezes isso lhe acontece colocando um círculo à volta do número (de 1 a 6) que descreve melhor a frequência com que se sente assim. Abaixo encontra um exemplo.

Com que frequência:

- 0 – Nunca
- 1 – Algumas vezes por ano ou menos
- 2 – Uma vez por mês
- 3 – Algumas vezes por mês
- 4 – Uma vez por semana
- 5 – Algumas vezes por semana
- 6 – Todos os dias

Faça um círculo em torno do número que melhor se adequa à sua situação:

Afirmações	Com que frequência:
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto.	0 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.	6 5 4 3 2 1 0
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objectos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.	0 1 2 3 4 5 6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.	6 5 4 3 2 1 0
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
12. Sinto-me muito enérgico.	6 5 4 3 2 1 0
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.	0 1 2 3 4 5 6
16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.	0 1 2 3 4 5 6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.	6 5 4 3 2 1 0
20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”).	0 1 2 3 4 5 6
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.	6 5 4 3 2 1 0
22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0 1 2 3 4 5 6

APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DE SESSÃO

Sessão

- Apresentação dos dinamizadores;
- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Explicação da intervenção a desenvolver e do contexto em que se insere;
- Avaliação inicial do nível de conhecimento demonstrado acerca do *Burnout*, com a aplicação do questionário de avaliação do conhecimento;
- Apresentação da informação em formato ppt. sobre o *Burnout*;
- Execução da técnica de respiração consciente;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação final do nível de conhecimento demonstrado acerca do *Burnout*, com a aplicação do questionário de avaliação do conhecimento;
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão;
- Entrega do *kit* de autoajuda e do *kit* de autocuidado.

APÊNDICE 2 – KIT DE AUTOAJUDA

(Frente)

1. Sente-se ou deite-se numa posição confortável. Coloque uma mão na barriga e outra no peito.
2. Inspire o ar pelo nariz, durante 4 seg., fazendo com que a barriga se encha de ar (sente-se a mão na barriga a subir);
3. Sustenha a respiração durante 2 seg.;
4. Expire o ar pela boca, durante 6 seg., sentindo o ar a sair (sente-se a mão na barriga a descer);
5. Repita estes passos até sentir a respiração mais controlada.

Esta técnica requer prática.

Deve praticá-la de forma consistente, como por exemplo todos os dias antes de ir dormir, para conseguir os seus efeitos positivos.

(Verso)

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cuidar de quem Cuida - Apoio Psiquiátrico a Profissionais de Saúde

Consulta de Psiquiatria por vídeo-chamada (gratuita) agendamento através de preenchimento de formulário online <https://www.p5.pt/apoio>

Retribuir Saúde - Apoio Psicológico a Profissionais de Saúde

Marcações através de email retribuirsaudef@gmail.com

Linha de apoio da Ordem dos Enfermeiros

213 815 556, dias úteis das 9h00 às 18h00

Linha de apoio da Escola de Medicina do Minho

pedido de consulta através do site <https://www.p5.pt/apoio/>

Clínica ISPA

911 191 822 | clinica@ispa.pt

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO *BURNOUT*

Das questões que se seguem assinale a resposta que para si está mais completa.

1- O que é o *Burnout*?

- ...é falhar, desgastar-se ou sentir-se exausto devido ao excesso de trabalho.
- ...é um estado de frustração motivado pela não correspondência das expectativas inicialmente propostas pela pessoa.
- ...é uma síndrome de cansaço físico e emocional que leva a uma falta de motivação para o trabalho, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso.
- ...é uma síndrome psicológica relacionada com a tensão emocional decorrente do relacionamento intenso e frequente com pessoas.

2 – No presente momento o *Burnout* é considerado uma doença ocupacional?

- Sim
- Não

3 – Quais os profissionais mais afetados pelo *Burnout*?

- Médicos
- Professores
- Enfermeiros
- Assistentes Operacionais
- Polícias

4 – Coloque por ordem as fases que caracterizam o *Burnout*?

- Exaustão Emocional, Despersonalização, Falta de Realização Pessoal.
- Despersonalização, Exaustão Emocional, Falta de Realização Pessoal.
- Falta de Realização Pessoal, Exaustão Emocional, Despersonalização.
- Exaustão Emocional, Falta de Realização Pessoal, Despersonalização.

5 – Quais os principais fatores de risco no desenvolvimento do *Burnout*?

- Idade, gênero, escolaridade.
- Estado civil, suporte social, profissão de risco.
- Falta de autonomia, dificuldade na progressão da carreira, normas rígidas.
- Todas as anteriores.

6 – Quais os principais sintomas psicológicos do *Burnout*, que os profissionais de saúde podem manifestar?

- Depressão, culpa, diminuição da autoestima.
- Fadiga, cefaleias, lombalgias.
- Hostilidade face aos utentes, frustração, raiva.
- Todas as anteriores.

7 – Quais as principais consequências a nível individual, decorrentes do *Burnout*?

- Distanciamento emocional, isolamento social, diminuição da qualidade de vida no trabalho.
- Cinismo, aumento dos conflitos entre colegas, apatia.
- Absentismo elevado, agressividade, mudanças bruscas no humor.
- Ansiedade, onnipotência, alienação.

8 – Algumas das estratégias de prevenção do *Burnout* são:

- Prática regular de exercício físico, alimentação equilibrada, trabalho com turnos fixos.
- Meditação, mindfulness, escrita criativa, priorizar atividades de lazer.
- Comunicação e suporte entre pares, educação sobre a temática, diminuir a responsabilidade dos trabalhadores.
- Todas as anteriores.

9 – Se precisar de pedir ajuda, a quem deve recorrer?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>				
Ajuste do tema aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>				
Duração da sessão	<input type="checkbox"/>				
2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>				
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>				
Documentação de apoio	<input type="checkbox"/>				
Cumprimento de horários	<input type="checkbox"/>				
3. FORMADORES	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>				
Domínio do tema desenvolvido	<input type="checkbox"/>				
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>				
Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>				
4. RESULTADOS EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Tema abordado face às expetativas	<input type="checkbox"/>				
Utilidade prática da sessão	<input type="checkbox"/>				
5. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Globalmente a sessão	<input type="checkbox"/>				

Questões _____ por
esclarecer: _____

Sugestões: _____

Nome (facultativo):

Email (facultativo):

Caso tenha reportado alguma questão/sugestão e pretenda resposta direcionada agradecemos que preencha os campos de identificação

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

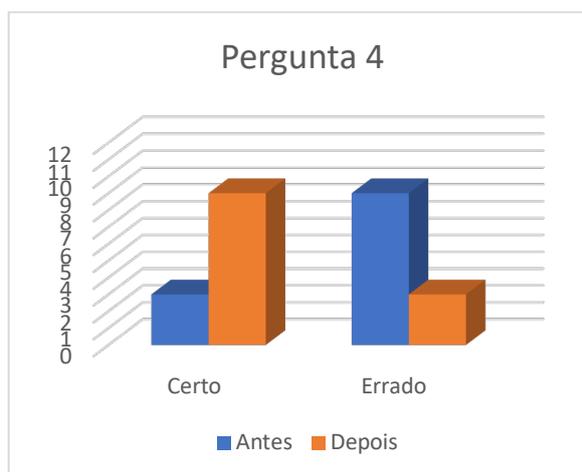
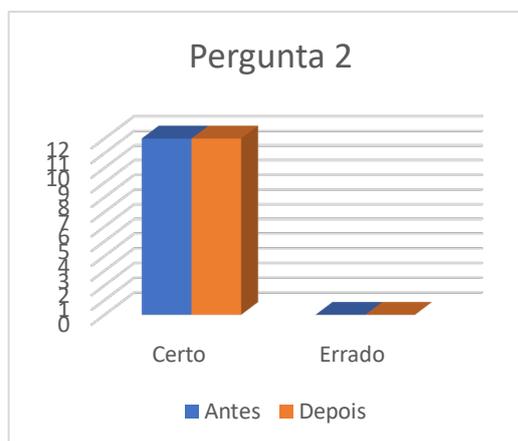
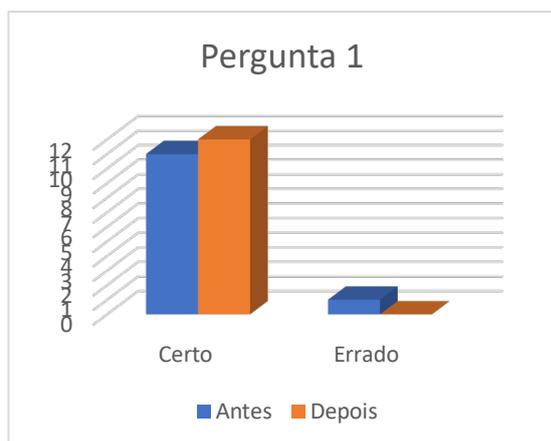
RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO:

Tabela 1

Resultados obtidos com a aplicação do Maslach Burnout Inventory

Subescalas do <i>Maslach Burnout Inventory</i> .	NIVEL DE <i>BURNOUT</i>		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	7	1	10
Despersonalização	12	4	2
Realização Pessoal	5	8	5

Gráficos com as respostas certas e erradas obtidas com o questionário de avaliação do conhecimento sobre o *burnout*, antes e após a sessão.



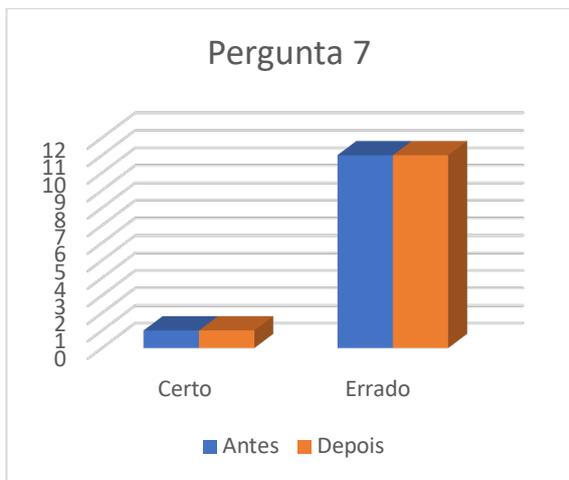
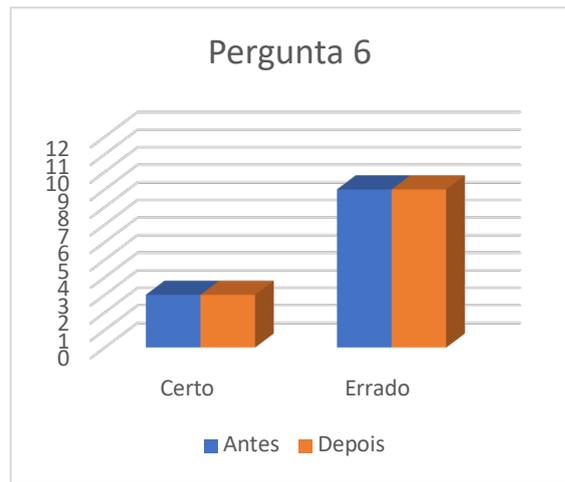
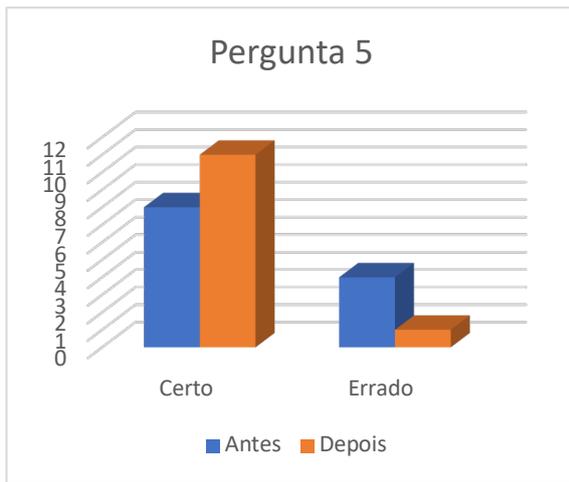


Tabela 2

Respostas obtidas à pergunta 9 do questionário de avaliação de conhecimento

P9 – Se precisar de pedir ajuda, a quem deve recorrer?		
Resposta Obtida	Antes da sessão	Depois da sessão
Pessoas significativas	2	1
Serviço de Saúde Ocupacional	6	6
Psicólogo/Psiquiatra	3	1
Família	1	1
Colegas de trabalho	1	1
Linhas de apoio	—	4

Foi aplicado à equipa o instrumento de avaliação, Maslach *Burnout* Inventory, criado por Maslach e Jackson em 1981 e adaptado para a população portuguesa por Marques-Pinto (2009), de forma a realizar o diagnóstico da situação, e adequar o conteúdo formativo às

necessidades dos profissionais. Foi possível envolver uma percentagem significativa da equipa neste questionário, cerca de 18 enfermeiros, onde se pôde constatar que mais de metade da equipa apresentava níveis elevados de exaustão emocional e toda a equipa apresentava baixo nível de realização pessoal, confirmando desta forma o diagnóstico de risco de desenvolver *burnout* e justificando assim a pertinência da intervenção no seio da equipa.

A implementação do questionário de avaliação do conhecimento acerca do *burnout*, antes e depois da sessão, foi com o intuito de avaliar a aquisição de conhecimento acerca da temática, tendo-se verificado um aumento significativo de respostas certas no questionário aplicado após a sessão, nomeadamente nas questões 1, 3, 4, 5 e 8. Nas restantes questões 6 e 7, que abordam a temática da sintomatologia, a estagnação nas respostas certas e o elevado número de respostas erradas pode estar relacionado com a dificuldade na clareza da exposição dos formadores ou na dificuldade de compreensão dos formandos, uma vez que os sintomas são imensos e estão categorizados por várias dimensões (interpessoal, profissional, organizacional e individual), ocorrendo a repetição do mesmo sintoma nas várias dimensões. Numa próxima oportunidade será pertinente mudar a metodologia na exposição desta subcategoria, tornando-se mais clara e de fácil compreensão. Em relação à pergunta 9, que é de resposta aberta e se relaciona com o pedido de ajuda, foi possível verificar que antes da sessão as respostas variaram entre pessoas significativas, serviço de saúde ocupacional, psicólogo/psiquiatra, família e colegas de trabalho, enquanto que depois da sessão houve o acrescento da hipótese linhas de apoio, que foi uma opção muito divulgada e valorizada na sessão formativa.

Com a aplicação do questionário de satisfação da sessão, foi possível verificar que os conteúdos apresentados foram considerados pertinentes e interessantes por todos os participantes, havendo concordância total na clareza da exposição do mesmo e que o tema abordado correspondeu às expectativas. A apreciação global da sessão foi muito boa por parte de 11 participantes e boa por parte de 1 participante, justificando assim a sua implementação no seio da equipa de enfermagem e assistentes operacionais.

APÊNDICE 2 - SESSÃO “(RE)PLANTAR A ESPERANÇA”



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sessão: “(RE)Plantar a Esperança”.

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de cuidados diferenciados.

Finalidade: Implementar estratégias promotoras de esperança.

Objetivos: Estabelecer um objetivo de vida com foco na saúde mental; Reconhecer a importância da esperança na saúde mental; Promover sentimentos de utilidade, de responsabilidade e sensação de propósito; Realizar uma atividade relaxante.

População-alvo: Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia.

Critérios de Inclusão: Enfermeiros que fazem parte da equipa do HDO e que se encontrem escalados no turno da manhã (8h-17h)

Critérios de Exclusão: Enfermeiros que não queiram participar.

Parcerias: ULSC e ESEnfC.

Recursos Materiais: Espaço com menor movimentação (ainda a decidir), vasos, terra, suculentas variadas, pá, papel e caneta.

Diagnóstico de Enfermagem: Esperança comprometida.

Introdução e contextualização teórica: A esperança é um determinante importante da saúde mental, reconhecida pela sua importância no processo de recovery, na abordagem da prevenção da depressão e dos comportamentos suicidários, reconhecida por ajudar no processo de recuperação da doença mental (World Health Organization [WHO], 2010). A esperança realista e relevante pode constituir um potente agente terapêutico em tempo de dificuldades para as pessoas que enfrentam uma situação de crise/doença mental e as suas famílias.

Encontra-se presente nas relações estabelecidas entre as pessoas e é influenciada pelas ações de outros, capaz de modificar o curso da doença. Contribui para o aumento da capacidade da pessoa para lidar com situações de crise, para manter a qualidade de vida e

determinar objetivos saudáveis, sendo encarada como uma possível saída do ciclo de sofrimento (Cutcliffe, 2009).

A pessoa esperançada é capaz de agir para além de si própria e fortalecer-se na comunhão com os outros, evitando o desespero (Weingarten, 2010).

Os resultados obtidos na revisão integrativa da literatura de Dixe & Querido (2016), realçam a esperança como protetora da saúde mental e preventiva da doença mental. A esperança tem efeitos positivos na saúde mental das pessoas. Salienta-se uma relação positiva entre a esperança e os determinantes de saúde mental positiva, com ênfase nos fatores individuais e os atributos pessoais de esperança, a qualidade das relações, espiritualidade e bem estar.

Na perspetiva de Enfermagem, torna-se imperativo realçar o papel específico dos enfermeiros na promoção da esperança nos contextos de promoção de saúde mental, prevenção de doença mental e capacitação das pessoas em situação de doença mental. Mais do que uma obrigação moral, a promoção da esperança torna-se um imperativo da prática de Enfermagem em diferentes contextos (Cutcliffe, 2009). Trabalhar a esperança em saúde mental significa colocar o enfoque nas possibilidades dos clientes, trabalhando o presente e preparando o futuro, assente na confiança e na capacidade de acreditar na mudança, reforçando as estratégias de coping efetivas, permitindo-lhes sustentar a saúde física e mental. Venning et al. (2011) confirmam a esperança como um importante fator preditivo da saúde mental, mais relevante que a presença de doença mental, reforçando a necessidade de intervenção em esperança a fim de garantir resultados positivos na saúde mental das pessoas.

Assim, podemos considerar a esperança como foco de atenção da área de Enfermagem, relevante para a prática especializada em ESMP. Definida pela CIPE como o “Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2008, p.87), pode constituir diagnóstico de enfermagem (Desesperança), intervenção (Promover esperança) ou resultado (Esperança). À semelhança da CIPE, também outras linguagens classificadas de Enfermagem, como a NANDA /NIC /NOC, apontam a esperança como diagnóstico, processo e resultado. A esperança é classificada na NOC como um padrão de autoperceção - autoconceito e associada aos estados de conforto ambiental, físico, psicoespiritual e sociocultural e à qualidade de vida, classificados como resultados sensíveis à intervenção no diagnóstico (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010). Os indicadores de avaliação de resultado para a esperança incluem a expressão de expectativa de um futuro positivo, de fé, desejo de viver, razões para viver, sentido da vida, otimismo, crença em si mesmo, crença nos outros, paz interior, sensação de autocontrolo, exibição de gosto pela vida e estabelecimento de metas (Moorhead et al., 2010)

que sendo recursos pessoais, constituem fatores protetores e de reforço de saúde mental positiva.

Atividades a Desenvolver: Será realizada uma única sessão (Apêndice 1), com a duração suficiente para se conseguir o máximo de participação dos elementos da equipa de enfermagem do HDO que estejam presentes nesse dia, e que demonstrem vontade em participar. Os dinamizadores serão os Enfermeiros Catarina Ribeiro e Paulo Pereira (ambos estudantes do Mestrado em SMP), sob supervisão da EESMP Cristina Boaventura.

Pretende-se com esta atividade, promover uma dinâmica individual (abordar os enfermeiros individualmente para o desenvolvimento da actividade). Neste entendimento procura-se implementar a ideia da analogia de cuidar da planta, como se cuidassem do seu próprio projeto de vida, promovendo o autocuidado (plantar uma planta é um ato que, pode ser significativo para quem o pratica e, para além disso, uma metáfora perfeita sobre a esperança, de forma a fomentá-la e demonstrar que é possível superar fases mais conturbadas, tal como se cuida da recuperação de uma planta que passa por várias fases). No diálogo estabelecido com os enfermeiros deverão ser abordados os fatores promotores de esperança tais como: crença em si mesmo, crença nos outros, otimismo, sensação de autocontrolo, sentido da vida, exibição de gosto pela vida e estabelecimento de metas.

Com a execução da atividade pretende-se potenciar a reflexão e consciencialização sobre a necessidade de investimento pessoal e do autocuidado, na concretização dos objetivos de vida, assim como também é necessário cuidar da planta para que ela se desenvolva e progrida. Para tal, será solicitado a cada enfermeiro que escreva num papel uma palavra ou frase que represente algo, que lhe dê esperança no dia-a-dia e colocá-lo dentro do vaso onde irão depositar a planta. Serão auxiliados na plantação das suculentas que irão ficar ao cuidado de cada um na respetiva unidade (cada enfermeiro irá ficar com uma suculenta para si, simbolizando a esperança de poder concretizar o objetivo desejado), promovendo assim a abstração de emoções negativas através de um objetivo diário: cuidar da planta.

Avaliação dos Resultados: A avaliação de uma intervenção baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Observação individualizada e direta aos enfermeiros, verificando a presença dos indicadores NOC (Nursing Outcomes Classification) adequados à intervenção (Apêndice 2);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 3).

A observação individualizada e direta aos enfermeiros, será efetuada aquando da plantação da suculenta, momento esse, utilizado para abordar os temas referidos nos indicadores NOC.

O questionário de avaliação da sessão será realizado no fim da mesma, com o intuito de quantificar o grau de satisfação dos formandos acerca da pertinência do tema e respetivos efeitos na saúde mental.

Considerações Finais: Com a realização da sessão é expectável que se consiga implementar estratégias promotoras de esperança na equipa de enfermagem e consequentemente fomentar a saúde mental dos seus elementos.

Uma vez que a presente sessão foi elaborada no âmbito do Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de cuidados diferenciados, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está condicionado pelo curto espaço de tempo em que deve ser implementado, o que se identifica à priori como uma limitação. A sua aplicação num período de espaço temporal mais longo seria certamente vantajosa, pois possibilitaria a sua replicação, não só junto dos restantes elementos da equipa de enfermagem, mas também alargar esta informação junto dos utentes, de forma a sensibilizá-los para esta temática e encorajá-los a falar neste tema caso surja necessidade. Além disto, seria interessante uma avaliação contínua sobre processo de cuidar da planta, para se poder proceder à avaliação do impacto desta atividade na saúde mental destes enfermeiros, no entanto devido ao tempo limitado esta atividade não será possível.

Referências Bibliográficas:

Cutcliffe, J. (2009). Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 843–847.

Dixe, M.A., & Querido, A. (2016). A esperança na saúde mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 3), 95-101.

International Council of Nurses (ICN) (2008). Guidelines for ICNP® Catalogue Development. Geneva: Switzerland: International Council of Nurses.

Moorhead, S. Johnson, M.; Maas, M. & Swanson, E. (2010). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 4ª ed. (Trad. R. M. Garcez). Elsevier.

Venning, A., Kettler, L., Zajac, I., Wilson, A., & Elliott, J. (2011). Is Hope or Mental Illness a Stronger Predictor of Mental Health? *International Journal of Mental Health Promotion*, 13, 32–39. <http://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715654>

Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: construct, clinical applications, and supports. *Family Process*, 49(1), 5-25.

World Health Organization (WHO) (2010). Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 1.0. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf

APÊNDICE 1 - PLANEAMENTO DA SESSÃO

Sessão

- Apresentação dos dinamizadores;
- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Explicação da intervenção a desenvolver e do contexto em que se insere;
- Realização da atividade (re)plantar a esperança, com recurso à plantação de uma suculenta por parte de cada enfermeiro;
- Estabelecimento de comunicação terapêutica com os enfermeiros, recorrendo à abordagem dos temas presentes nos indicadores NOC selecionados;
- Observação individualizada e direta aos enfermeiros, verificando a presença dos indicadores NOC;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão.

APÊNDICE 2 - INDICADORES NOC UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO

Indicadores de resultado para Esperança (1201)

Domínio: Saúde Psicossocial

Classe: Bem-Estar Psicológico

Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado

Indicadores de Resultado	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Consistentemente demonstrado 5
120101 – Expressão de expectativas de um futuro positivo.					
120106 – Expressão de otimismo.					
120107 – Expressão de crenças em si mesmo.					
120110 – Expressão de sensação de autocontrole.					
120111 – Exibição de gosto pela vida.					
120112 – Estabelecimento de metas.					

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

PERGUNTA	SIM	NÃO		
Ficou satisfeito com a realização desta atividade?				
Recomendaria esta atividade aos seus colegas?				
Ponderaria realizar uma atividade idêntica em casa?				
Considera a esperança como protetora da saúde mental e preventiva da doença mental?				
No fim da atividade, como se sentiu?				
1- Esperançado	2 - Feliz	3 – Indiferente	4 – Triste	5 – Desesperançado
SUGESTÕES:				

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO:

Tabela 1

Respostas à última pergunta do questionário de avaliação da sessão

Pergunta:	Esperançado	Feliz
No fim da atividade como se sentiu?	5	10

Tabela 2

Resultados da observação direta da presença dos indicadores de resultado

Indicadores de Resultado	Nº de participantes : "Nunca demonstraram"	Nº de participantes : "Raramente demonstraram"	Nº de participantes: "Algumas vezes demonstraram" 3	Nº de participantes: "Frequentemente e demonstraram"	Nº de participantes "Consistentemente demonstraram"
	1	2	3	4	5
120101 – Expressão de expectativas de um futuro positivo.	0	1	4	7	3
120106 – Expressão de otimismo.	0	1	2	11	1
120107 – Expressão de crenças em si mesmo.	0		4	8	3
120110 – Expressão de sensação de autocontrolo.	0	1	4	8	1
120111 – Exibição de gosto pela vida.	0		1	10	4
120112 – Estabelecimento de metas.	0		3	5	7

Para avaliação desta intervenção foi utilizado um questionário de avaliação de satisfação, onde os 15 participantes referiram ter ficado muito satisfeitos com a atividade desenvolvida, revelando sentirem-se “Esperançados” (5 participantes) e “Felizes” (10 participantes). Como sugestão de melhoria foi proposto serem realizadas atividades semelhantes.

Para avaliação da atividade desenvolvida, elaborou-se uma tabela de observação e registo onde foram utilizadas as seguintes instruções para o indicador de resultado “1202-Nível de Esperança”, foi pontuado de 1 a 5, em que 1 significa “nunca demonstrado”, 2 “raramente demonstrado”, 3 “algumas vezes demonstrado”, 4 “frequentemente demonstrado” e 5 “consistentemente demonstrado”. A maioria dos indicadores observados e avaliados foram consistentemente ou frequentemente demonstrados, esta análise das pontuações obtidas relativamente ao comportamento dos profissionais ao longo da sessão, demonstra-nos a presença de esperança influenciada pela concretização desta atividade. Seria vantajoso a implementação desta atividade num período de espaço temporal mais prolongado, possibilitando a sua replicação, facilitando a apropriação de conhecimento e à realização de treino das estratégias de prevenção do *burnout* enunciadas, assim como a evolução dos níveis de esperança, permitindo assim um processo avaliativo mais credível e demonstrativo dos ganhos em saúde.

APÊNDICE 3 - SESSÃO “ONCOSEXOLOGIA”



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sessão: “OncoSexologia”.

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de cuidados diferenciados.

Finalidade: Capacitar o enfermeiro para identificar as alterações da esfera sexual que o um diagnóstico de cancro e respetivos tratamentos podem provocar (e ajudá-lo na abordagem sobre este assunto junto do doente).

Objetivos: Promover a aquisição de conhecimento sobre a OncoSexologia: importância da sexualidade na qualidade de vida, mitos e tabus, sintomas e consequências para a saúde física e mental, estratégias de abordagem.

População-alvo: Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia.

Critérios de Inclusão: Enfermeiros que fazem parte da equipa do HDO.

Critérios de Exclusão: Enfermeiros com menos de um ano de permanência na equipa de enfermagem do HDO.

Parcerias: ULSC – HDO.

Recursos Materiais: Sala ampla, computador, projetor, papel, canetas, panfleto informativo, materiais didáticos.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado sobre OncoSexologia.

Introdução e contextualização teórica:

A saúde sexual é um elemento essencial na qualidade de vida de qualquer indivíduo, segundo a OMS (2009), “a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade. Exige uma abordagem positiva e de respeito pela sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência”.

Uma sexualidade saudável e satisfatória está intimamente ligada ao bem-estar emocional e psicológico. A expressão sexual adequada e positiva contribui para uma maior autoestima, autoconfiança e sensação de conexão emocional e para a qualidade dos relacionamentos.

Na cultura ocidental, apesar do destaque atribuído aos conteúdos sexuais, desde a publicidade, à moda, às artes e aos contextos desenvolvimentais, existe um silêncio notável no que toca à sexualidade das pessoas com doença crónica (Hunger et al., 2017).

O desenvolvimento de tratamentos oncológicos médicos e cirúrgicos cada vez mais eficazes proporcionam um aumento da sobrevivência dos doentes, permitindo que o foco deixe estar apenas na cura, mas também a melhoria da sua qualidade de vida. Embora o diagnóstico e o tratamento do cancro possam ter impactos significativos na vida sexual, é fundamental reconhecer a importância de abordar a sexualidade como parte integrante do bem-estar geral do doente (Pascoal, 2023).

A doença oncológica e respetivos tratamentos podem afetar diferentes aspetos da sexualidade, podendo causar problemas emocionais, como ansiedade, depressão e medo de intimidade, que podem afetar negativamente a vida sexual. O cancro é cada vez mais uma doença crónica e reabilitar a sexualidade do doente oncológico não se resume a reabilitar a capacidade de poder ter relações sexuais, mas a capacidade de se relacionar intimamente com o/a parceira favorecendo também a segurança e o prazer da proximidade física e emocional com o outro.

Os profissionais de saúde a trabalhar com doentes oncológicos mantêm-se relutantes em abordar temas relacionados com a sexualidade (Leung et al., 2016) o que faz com que raramente antecipem mudanças e potenciais problemas sexuais (de Vocht et al., 2011). É essencial que os profissionais de saúde abordem abertamente a sexualidade com os pacientes com cancro, oferecendo informações e apoio adequados. Isso pode ajudar a reduzir o estigma em torno do tema e permitir que os pacientes expressem suas preocupações e necessidades. Além disso, é urgente que os pacientes se sintam à vontade para discutir suas preocupações relacionadas à sexualidade com os profissionais de saúde, a fim de receberem orientações adequadas e encaminhamentos para profissionais especializados. A maioria das pessoas com doença crónica mantém o desejo de vivenciar a sua sexualidade, considerando a atenção à saúde sexual como fundamental para uma melhor qualidade de vida (Verschuren et al., 2010).

Existem diversas estratégias que podem ser adotadas para melhorar a qualidade de vida sexual dos doentes com cancro que devem ser adequadas ao processo de cada um, de forma a readaptar aspetos físicos e emocionais relacionados com a intimidade individual e/ou em casal. A educação e a informação também são fundamentais para ajudar os doentes a

compreender as mudanças que podem ocorrer na sua vida sexual e a explorarem diferentes formas de intimidade e prazer.

Em suma, a abordagem da sexualidade em contexto oncológico reveste-se de uma complexidade acrescida inerente, não só devido à intimidade e privacidade do tema, mas principalmente à vulnerabilidade que o doente apresenta. É também importante reconhecer a importância da sexualidade na saúde mental e a necessidade de buscar uma abordagem positiva e saudável sobre esta temática.

Atividades a Desenvolver: Será realizada uma única sessão, com a duração de 30 minutos (Apêndice 1) à equipa de enfermagem do HDO. Os dinamizadores serão os Enfermeiros Catarina Ribeiro e Paulo Pereira (ambos estudantes do Mestrado em SMP), sob supervisão da EESMP Cristina Boaventura. Com o objetivo de facilitar a abordagem desta temática junto dos doentes, no final da sessão será entregue um panfleto sobre OncoSexologia (Apêndice 2), que servirá não só para esclarecimentos dos mesmos, mas também com o objetivo de ser uma estratégia facilitadora para os enfermeiros com mais dificuldades em abordar a temática em questão.

Avaliação dos Resultados: A avaliação de um programa baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Questionário breve para avaliação dos níveis de conhecimentos sobre OncoSexologia dos enfermeiros, antes e depois da formação (Apêndice 3);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 4);

Considerações Finais: Com a realização da sessão é expectável que se consiga sensibilizar a equipa de enfermagem do HDO para a importância da sexualidade dos doentes oncológicos, capacita-la com conhecimentos na área da OncoSexologia bem como para a aquisição de estratégias de abordagem desta temática.

Uma vez que a presente sessão foi elaborada no âmbito do Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de cuidados diferenciados, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está condicionado pelo curto espaço de tempo em que deve ser implementado, o que se identifica à priori como uma limitação. A sua aplicação num período de espaço temporal mais longo seria certamente vantajosa, pois possibilitaria a sua replicação, não só junto dos restantes elementos da equipa de enfermagem, mas também alargar esta informação junto dos doentes, de forma a sensibilizá-los para esta temática e encorajá-los a falar neste tema caso surja necessidade.

Referências Bibliográficas:

- de Voucht, H., Horden, A., Notter, J., & van de Wiel, H. (2011). Stepped Skills: A team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer and palliative care. *The Australian Medical Journal*, 4(11), 610-619. <https://doi.org/10.4066/AMJ.20111047> .
- Hunger, C., Sanchez-Varela, V., & Bober, S. L. (2017). Self-image and Sexuality Issues among Young women with Breast Cancer: Practical <recommendations. *Revista de Investigacion Clinica*; Organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion, 69(2), 114-122. <https://doi.org/10.24875/ric.17002200>.
- Leung, M. W., Goldfarb, S., & Dizon, D. S. (2016). Communication About Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to Patient-Centered Care. *Current Oncology Reports*, 18(2), 11. <https://doi.org/10.1007/s11912-015-0497-2>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS*. Lisboa: Apf (edição em português) – publicado com o apoio do IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. ISBN: 978-972-8291-25-9.
- Pascoal, P. et al (2023). *Intervenção Psicológica em **Sexologia Clínica**– Perspectiva Multidisciplinar*”, ISBN: 978-989-693-151-3, Lidel-Lisboa
- Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertezen, J. H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and Sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47(2), 153-170. <https://doi.org/10.1080/00224491003658227> .

APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DE SESSÃO

- Apresentação dos dinamizadores;
- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Explicação da intervenção a desenvolver e do contexto em que se insere;
- Avaliação inicial do nível de conhecimento demonstrado sobre OncoSexologia, com a aplicação do questionário de avaliação do conhecimento;
- Apresentação da informação em formato ppt. sobre OncoSexologia;
- Demonstração de material didático (figuras anatómicas, acessórios de reabilitação, hidratantes e lubrificantes);
- Apresentação do panfleto de OncoSexologia;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação final do nível de conhecimento demonstrado acerca da OncoSexologia, com a aplicação do questionário de avaliação do conhecimento;
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão;

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE ONCOSEXOLOGIA

Coloque uma cruz (X) na opção correta

1) A abordagem sobre a sexualidade apenas deve ser efetuada quando solicitada pelo doente.

VERDADEIRO

FALSO

2) As únicas patologias que provocam alteração na sexualidade, são as patologias localizadas na mama e região pélvica.

VERDADEIRO

FALSO

3) A alteração do desejo sexual (desejo sexual hipoativo) é um efeito secundário que apenas afeta o sexo feminino.

VERDADEIRO

FALSO

4) A dispareunia apenas acontece nas patologias ginecológicas.

VERDADEIRO

FALSO

5) As alterações da vivencia da sexualidade, não são impactantes na saúde mental dos doentes.

VERDADEIRO

FALSO

6) Precisamos conhecer várias soluções para o comprometimento sexual, caso contrário não é possível ajudar o doente.

VERDADEIRO

FALSO

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

APENDICE 3 – PANFLETO SOBRE ONCOSEXOLOGIA



Não desvalorize as alterações sexuais

Ter uma alteração sexual que é comum a outras pessoas não significa que se deve resignar e aceitá-la como normal. Cada caso tem as suas especificidades. Verbalize sempre as suas preocupações.

Procure Ajuda

Fale com o profissional de saúde com quem se sente mais próximo. Mesmo que este não tenha soluções imediatas, irá encaminhá-lo para a ajuda que necessita.



OncoSexologia

Sabia que a sua Sexualidade pode sofrer alterações durante os tratamentos Oncológicos?
Este documento esclarece as questões mais frequentes.

Trabalho elaborado pelos alunos do Mestrado de ESMF: Catarina Ribeiro, Paulo Pereira

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

O impacto do diagnóstico e dos tratamentos oncológicos pode desencadear alterações na sexualidade. Numa fase inicial da doença, este assunto pode não ser uma prioridade, mas com o tempo é natural que retorne a sua relevância, assim é importante conhecer o impacto que os tratamentos e/ou a doença podem causar na vida sexual.

QUESTÕES FREQUENTES

01. De que forma a doença afeta a Sexualidade?

A maioria das pessoas submetidas a tratamentos oncológicos sofre alterações na sua sexualidades. Existem alterações que podem ser temporárias e outras definitivas, podendo ser fisiológicas ou emocionais, conduzindo a uma readaptação da vida sexual.

02. A doença oncológica transmite-se por via sexual?

Não, a doença oncológica não é contagiosa. No entanto podem ser necessários alguns cuidados ao longo dos tratamentos, e nesse caso, o seu médico e/ou enfermeiro irão esclarecê-lo dos respetivos cuidados a ter.

03. A atividade sexual pode agravar a doença?

A atividade sexual pode beneficiar o estado físico e psicológico, ajudando inclusive na forma como lida com a doença e na recuperação dos tratamentos. No entanto, após algumas intervenções (tratamentos, cirurgias) pode ser necessário suspender de forma temporária a atividade sexual, mas nestas alturas o doente é informado previamente.

04. Após os tratamentos a atividade sexual volta à normalidade?

Sim. A maioria das pessoas consegue retomar à normalidade da sua vida sexual após os tratamentos. Esta normalidade pode demorar algum tempo e necessitará de algumas adaptações, dependendo do tipo de tratamentos e do tempo de recuperação física e psicológica.

05. Quando não existe parceiro?

A ausência de parceiro não significa que deve desvalorizar a questão da sexualidade. O conforto com o próprio corpo é muito importante, além disso a a situação de ausência de parceiro pode alterar-se.

APENDICE 4 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>				
Ajuste do tema aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>				
Duração da sessão	<input type="checkbox"/>				

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>				
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>				
Documentação de apoio	<input type="checkbox"/>				
Cumprimento de horários	<input type="checkbox"/>				

3. FORMADORES	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>				
Domínio do tema desenvolvido	<input type="checkbox"/>				
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>				
Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>				

4. RESULTADOS EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Tema abordado face às expetativas	<input type="checkbox"/>				
Utilidade prática da sessão	<input type="checkbox"/>				

5. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Globalmente a sessão	<input type="checkbox"/>				

Questões _____ por
esclarecer: _____

Sugestões: _____

Nome (facultativo):

Email (facultativo):

Caso tenha reportado alguma questão/sugestão e pretenda resposta direcionada agradecemos que preencha os campos de identificação

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO

Tabela 1

Resultados obtidos com a aplicação do questionário de avaliação do conhecimento

Perguntas	Antes da Formação		Depois da Formação	
	Respostas Erradas	Respostas Certas	Respostas Erradas	Respostas Certas
P1	0	9	0	9
P2	5	4	0	9
P3	0	9	0	9
P4	5	4	0	9
P5	0	9	0	9
P6	9	0	9	0

A implementação do questionário de avaliação do conhecimento acerca da oncosexologia, antes e depois da sessão, teve como propósito demonstrar a aquisição de conhecimento, verificando-se um aumento significativo das respostas certas no questionário aplicado após a sessão, nomeadamente nas questões 2 e 4. Na última questão, que aborda a necessidade de ter vários conhecimentos sobre a oncosexologia para se poder proceder à abordagem da temática, o elevado número de respostas erradas pode estar relacionado com a dificuldade na clareza da exposição dos formadores ou na dificuldade de compreensão dos formandos, uma vez que a maioria dos profissionais referiu que para se poder abordar a temática é necessário ter um vasto conhecimento sobre esta área. Numa próxima oportunidade será importante clarificar que não é preciso ser detentor de muita informação específica para se proceder à abordagem inicial, sendo que o mais importante é demonstrar permissão ao doente para abordar o assunto. No final da sessão foi aplicado um questionário de satisfação, que traduziu uma apreciação global elevada, quer pela importância dos conteúdos lecionados, quer pela clareza como foram abordados, correspondendo desta forma às expectativas da equipa. Como aspeto menos positivo foram referidas as questões logísticas como sendo apenas suficientes. Numa próxima intervenção deve-se ter em atenção as condições do local e as formas de transmissão da partilha (presencial e/ou on-line), para que não haja interferência com os resultados finais.

APÊNDICE 4 - PROJETO DE PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR “CAMINHAR JUNTOS NA ESQUIZOFRENIA”



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

JOÃO ANDRÉ TEIXEIRA SANTOS

PAULO ANDRÉ DUARTE PEREIRA

**CAMINHAR JUNTOS NA ESQUIZOFRENIA – PROJETO DE PSICOEDUCAÇÃO
FAMILIAR NO CONCELHO DE MONTEMOR-O-VELHO**

COIMBRA 2023



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

JOÃO ANDRÉ TEIXEIRA SANTOS

PAULO ANDRÉ DUARTE PEREIRA

CAMINHAR JUNTOS NA ESQUIZOFRENIA – PROJETO DE PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR NO CONCELHO DE MONTEMOR-O-VELHO

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do segundo semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Simões e Enfermeiras Especialistas Ana Rita Sousa e Mafalda Gonçalves.

COIMBRA 2023

LISTA DE SIGLAS

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

UCCMV – Unidade de Cuidados na Comunidade de Montemor-o-Velho

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA.....	64
1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	65
2. APRESENTAÇÃO DO PROJETO	70
SÍNTESE CONCLUSIVA.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO ACERCA DA ESQUIZOFRENIA

ANEXO II – ESCALA DO STRESS PERCEPCIONADO

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO

APÊNDICE II – PLANEAMENTO DAS SESSÕES

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

NOTA INTRODUTÓRIA

No decorrer do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto comunitário realizado entre o dia 22 de maio e 7 de julho de 2023, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Montemor-o-Velho (UCCMV), foi elaborado um projeto de psicoeducação para famílias de pessoas com esquizofrenia.

Pelas visitas domiciliárias realizadas e a troca de impressões com os enfermeiros da UCCMV, identificou-se conhecimento não demonstrado dos doentes e respetivas famílias deste concelho em relação à doença e denotou-se a presença de barreiras à comunicação entre a família e a pessoa com esquizofrenia, que muitas vezes são geradoras de conflitos e *stress* no seio familiar. Estes dados são fundamentados pela literatura pesquisada, que será enunciada e desenvolvida no capítulo da contextualização e fundamentação teórica.

Foram identificados os diagnósticos de enfermagem, conhecimento não demonstrado por parte da pessoa com esquizofrenia e respetiva família e *stress* do prestador de cuidados, neste caso, papel assumido pela família. Para dar resposta a estes diagnósticos foram delineados os seguintes objetivos gerais: aumentar a literacia em saúde mental e reduzir o *stress* familiar e assim, melhorar a qualidade de vida dos doentes e respetivas famílias, residentes no concelho de Montemor-o-Velho à luz das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A esquizofrenia é uma doença crónica que afeta o pensamento, as emoções e o comportamento. Embora se desconheça a causa exata da esquizofrenia, a maioria dos especialistas onde se insere Kennedy (2015), concorda que na sua origem está uma base biológica (ou genética) e o meio ambiente a que estamos expostos, nomeadamente nascimento traumático, complicações durante a gravidez e infeções virais. Outros fatores ambientais como o *stress*, perder o emprego ou o abuso de substâncias químicas podem desencadear os primeiros sintomas de esquizofrenia. O uso de drogas, em particular os alucinogénios e o cannabis, parecem ser, fatores de risco para a esquizofrenia. Os sintomas devem persistir pelo menos um mês para que um diagnóstico de esquizofrenia seja atribuído.

O diagnóstico é essencialmente clínico baseando-se na presença de sintomas: positivos e/ou negativos. Para Brito (2021), estes podem incluir delírios (ideias e pensamentos que apresentam conteúdos que para os doentes são verdade, como acreditar que é perseguido, filmado, que tem poderes especiais ou uma missão muito importante no mundo), alucinações (ouvir vozes que comentam o seu comportamento ou dão ordens, sem haver ninguém presente, sentir odores e sabores diferentes ou outras sensações táteis), alienação do pensamento (sensação de que os pensamentos podem ser lidos, roubados, inseridos ou controlados por outras pessoas), passividade somática (sensação de estar a ser controlado), alterações do pensamento (bloqueio, pensamento concreto, respostas ao lado, entre outros.), alterações cognitivas (dificuldade de concentração e alterações da memória), falta de interesse e prazer nas atividades, isolamento social e dificuldade na expressão emocional.

A esquizofrenia evolui através de exacerbações e períodos de remissão. Como tal, é importante cumprir a terapêutica prescrita, para evitar o aparecimento de sintomas anteriormente descritos. O tratamento baseia-se no uso de fármacos denominados antipsicóticos, que deverão ser escolhidos de acordo com as necessidades do doente e efeito terapêutico pretendido (Kennedy, 2015).

Os antipsicóticos regulam a ação de determinados neurotransmissores no cérebro, reduzindo assim, os efeitos causados pela libertação excessiva dos mesmos. A ação terapêutica destes fármacos desempenha um papel crucial no tratamento da esquizofrenia.

De acordo com o relatório Health at a Glance de 2020 da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), referentes a dados de 2018, 22,9% da população portuguesa já vivenciou sintomas de sofrimento psicológico, sendo o país europeu com maior prevalência. O registo de doentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011. Cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, onde se insere a esquizofrenia, 11,6% uma perturbação de

gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013). No contexto do concelho de Montemor-o-Velho, foi possível apurar que até ao presente momento, a UCCMV acompanha cerca de 70 pessoas com o diagnóstico clínico de esquizofrenia. Este número não espelha com exatidão a realidade, na medida, em que muitos doentes não estão referenciados, por défice no acesso aos cuidados de saúde. Neste caso relacionado com a não aceitação do estado de saúde, poucos recursos económicos e dificuldade na mobilidade, que influenciam a sua deslocação às instituições de saúde.

Na dimensão da doença mental grave, a esquizofrenia, apesar de não ser a perturbação mental com maior significado epidemiológico, é aquela que provoca maior incapacidade ao doente e em que se denota maior dificuldade da família em lidar com situações de descompensação clínica da perturbação psicótica. Com a mudança do paradigma na saúde mental, em que há um foco na comunidade, a família desempenha um importante papel como cuidador da pessoa portadora de esquizofrenia, manifestando por vezes situações de *stress*, que podem conduzir a um desgaste da relação/dinâmica familiar e mesmo ao desenvolvimento de uma perturbação mental (Suharsono et al., 2023). A esquizofrenia é uma doença mental que se manifesta habitualmente no final da adolescência, ou no início da idade adulta. Altera a forma como a pessoa pensa e sente, e também a forma como se relaciona com as outras pessoas. Tendo em conta as suas características e a habitual idade jovem em que surge leva à ocorrência de alterações importantes a nível social que comprometem a construção pessoal, formação profissional e autonomização das pessoas (Brito, 2021). Segundo a mesma autora, na maioria das situações esta doença tem uma evolução crónica e recorrente, constituindo o diagnóstico mais frequente no que diz respeito às doenças mentais graves. Devido à complexidade de sintomas, comportamentos e problemas associados, quer as pessoas com esquizofrenia, quer os seus familiares têm dificuldades diárias, muitas vezes apresentando sofrimento, angústia e isolamento.

Estima-se que mais de 70% das pessoas com esquizofrenia vivam numa situação de dependência da sua família. Segundo a mesma autora, as famílias nestas situações beneficiarão de apoio e reforço das suas competências de modo a facilitar a aquisição de conhecimentos sobre a doença, sobre como lidar com os sintomas e as consequências que afetam a vida diária (Brito, 2021). Carvalho, Sousa, Pinho, Fernandes e Oliveira (2017) no seu estudo sobre as vivências das famílias da pessoa com esquizofrenia concluíram que as famílias vivenciam situações de medo, cansaço, preocupação e *stress* que resultam em desgaste emocional e físico, surgindo na maioria das situações dificuldades no convívio entre a família e a pessoa. Segundo os mesmos autores, as famílias procuram adaptar-se e aceitar a condição de saúde do seu familiar, mas sentem que precisam de apoio para isso. A família

é o suporte da pessoa com esquizofrenia e é fundamental que esteja consciente do seu papel no tratamento e na prevenção de problemas de saúde mental no seio familiar associados à carga emocional que experienciam (Carvalho, Sousa, Pinho, Fernandes & Oliveira, 2017).

O aparecimento da doença mental pode ser vivenciado pelos familiares de forma nociva, causando *stress* no seio familiar, modificando a estrutura e o ciclo de vida da mesma (Guedes como referido por Pereira, 2015). De forma a mitigar estes impactos negativos na vida da família, estratégias de *coping* como a existência de um suporte social eficaz, a capacidade para enfrentar problemas, realizar atividades fora de casa e pertencer a um grupo de ajuda mútua são eficazes (Guedes; Rose como referido por Pereira, 2015). Xavier et al. (2011) no seu estudo sobre a perceção das famílias da pessoa com esquizofrenia sobre a doença percebeu que existem lacunas de conhecimento sobre a doença e que isso é um aspeto importante a ser transmitido pelos profissionais de saúde. Segundo Brito (2021), a esquizofrenia deve ser encarada como as outras doenças físicas, que na maioria dos casos necessitam de intervenções de reabilitação funcional em paralelo com o tratamento farmacológico.

Recentemente, estudos apontam que para além do tratamento farmacológico também o ambiente em que a pessoa com esquizofrenia vive e a estimulação que recebe são fatores determinantes na evolução da doença e na sua recuperação social. Isto fez com que os profissionais de saúde dessem ênfase ao envolvimento da pessoa e da sua família no processo de tratamento, essencialmente através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares (Brito, 2021).

Pereira (2015) refere que a psicoeducação familiar como parte integrante do tratamento à pessoa com esquizofrenia pretende que o doente e a família compreendam a doença na sua globalidade, de forma a melhorar as suas atitudes e comportamentos. A função da psicoeducação é ensinar aos familiares que cuidam de uma pessoa com doença mental sobre essa mesma doença, sobre os tratamentos e sobre as necessidades que advêm da mesma (Yacubian e Neto como referido por Pereira, 2015). A psicoeducação familiar tem como objetivo ajudar a família a compreender a experiência que está a vivenciar (Moreno e Alencastre como referido por Pereira, 2015). O principal objetivo das intervenções psicoeducativas familiares é ensinar e apoiar as famílias de forma a que estas sejam capazes de lidar com a doença, e, portanto, é fundamental que sejam envolvidas de forma ativa no processo de tratamento (Brito, 2021).

Pinho e Pereira (2015) no seu estudo de revisão da literatura concluíram que a psicoeducação familiar é eficaz na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação da pessoa com esquizofrenia e para preservar a saúde física e mental das

suas famílias e a sua qualidade de vida. É crucial que as famílias façam parte integrante do processo de tratamento e reabilitação da pessoa com esquizofrenia. Os autores afirmam que mais importante do que o conhecimento acerca da esquizofrenia proporcionado pelo programa de psicoeducação, é a aliança terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e o familiar e a sensação de não estarem sozinhas e que não são únicos na vivência do problema. Os resultados do estudo dos mesmos autores apontam para a importância das intervenções psicoeducativas familiares na prática clínica, através da implementação de programas centrados na intervenção familiar.

Também Maia, Araújo e Maia (2018) concluíram através da sua revisão da literatura que a psicoeducação familiar é uma técnica que tem vindo a ser utilizada e que se revela eficaz na promoção da saúde da pessoa com doença mental.

Galdino et al. (2022) conclui no seu estudo que a psicoeducação familiar é uma técnica eficaz para orientar a família e a pessoa sobre a doença e o tratamento, e que promove o processo de aceitação, mudança e melhoria da qualidade de vida da família e da pessoa com esquizofrenia. A psicoeducação familiar deve ser direcionada para o desenvolvimento de novas competências que permitam lidar com situação geradora de *stress*.

Em Portugal, no que diz respeito às intervenções psicoeducativas familiares são conhecidos estudos e experiências da aplicação do modelo de intervenções psicoeducativas para famílias individuais, no entanto diversos estudos apontam para que intervenções multifamiliares sejam mais eficazes no tratamento de pessoas com esquizofrenia, uma vez que para além das vantagens das individuais adiciona vantagens de um grupo de ajuda mútua dirigida, diversificando os recursos e as formas de aprendizagem dos participantes, contrariando a tendência das famílias para o isolamento e a reduzida rede de suporte (Brito, 2021).

O Modelo dos Grupos Psicoeducativos Multifamiliares é um modelo de psicoeducação que "...introduz a componente de ajuda mútua dirigida, já que se desenvolve com um grupo de 6 a 8 famílias, incluindo as pessoas doentes, orientados por dois profissionais" (McFarlane et al. como referido por Brito, 2021, p.70). Segundo os mesmos autores, de acordo com este modelo de intervenção, as famílias ao longo do tempo estabelecem relações de apoio mútuo, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas, redução dos sentimentos de sobrecarga e isolamento e também, para a melhoria do ambiente proporcionado à pessoa com esquizofrenia e para a continuidade destes efeitos para além do tempo de contacto direto com os profissionais.

À luz deste modelo, as intervenções psicoeducativas na esquizofrenia devem incluir:

"...estabelecimento de relação com a família e avaliação individual das suas necessidades e competências; informação relevante sobre a doença e o seu

tratamento; treino de competências de comunicação; treino da técnica de resolução de problemas incluindo a abordagem de problemas específicos (medicação, prevenção de recaídas, ocupação, etc.); gestão das situações de crise e apoio familiar continuado.” (Brito, 2021, p.71).

É necessário tempo para a aquisição de competências e as intervenções de acordo com este modelo, apresentam diversas vantagens, entre as quais: aprendizagem indireta e entre pares; redução do estigma; aumenta a capacidade de resolução dos problemas das famílias, uma vez que existe maior diversidade de experiências e maior número de participantes (Brito, 2021).

Este tipo de intervenção traduz-se assim numa solução para o problema do isolamento que caracteriza a maioria destas famílias. Para além disso o ambiente social terapêutico que surge permite que se desenvolva o sentimento de pertença que “...constituirá o espaço adequado para a modelação e o treino das condições psicossociais necessárias para se lidar com as vulnerabilidades específicas da doença.” (Brito, 2021, p.141). Tendo em conta o que foi supramencionado idealizou-se o projeto que se apresenta de seguida.

2. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

O nome do projeto é “Caminhar Juntos na Esquizofrenia – Projeto de Psicoeducação Familiar no concelho de Montemor-o-Velho”, a implementar em contexto comunitário, na UCCMV. O nome surge com o intuito de transmitir a importância de fortalecer os laços familiares e criar um ambiente de apoio e compreensão para as famílias que convivem com pessoas com esquizofrenia. Destaca-se também a importância da caminhada conjunta, envolvendo tanto a pessoa com esquizofrenia como os seus familiares, na busca pelo conhecimento e compreensão da condição de doença, promovendo a psicoeducação como uma ferramenta valiosa nesse processo.

Os objetivos específicos do projeto são capacitar as famílias da pessoa com doença mental para responder à situação de doença, nomeadamente no que respeita ao conhecimento da doença, controlo dos sintomas e à prevenção ou redução da incapacidade; diminuir o stress do prestador de cuidados; prevenir as recaídas e reinternamentos; facilitar o processo de adaptação familiar.

Serão incluídas no projeto todos os doentes e famílias de pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia que estejam referenciadas na UCCMV, em que todos os participantes devem ter mais que 18 anos, não apresentar cognição comprometida que impossibilite a participação e o desenvolvimento das sessões e que aceitem participar, mediante formulário de consentimento informado assinado.

A duração do projeto será de um ano, com 12 sessões psicoeducativas unifamiliares, uma por cada mês com a duração de 1h30min, em data a combinar com os participantes. O formato de psicoeducação multifamiliar é o modelo mais efetivo na redução das recaídas e na diminuição da sintomatologia negativa, para além de favorecer a recuperação do funcionamento das pessoas com doença mental grave na área ocupacional e a redução do *stress* familiar (Brito, 2021). Neste projeto foi utilizado o modelo unifamiliar em detrimento do multifamiliar, na medida em que os fracos recursos económicos e as dificuldades de mobilidade, das pessoas com doença mental e famílias, no acesso às instalações da UCC condicionaram a sua escolha. No entanto para enriquecer a intervenção psicoeducativa unifamiliar, sugerimos que se realizem reuniões de partilha de experiências em grupo aos 3, 6, 9 e 12 meses, de forma a potenciar alguns dos benefícios do modelo multifamiliar.

Para a implementação do projeto serão necessários recursos humanos e materiais, tais como, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, formulário de consentimento informado, 1 sala de reuniões, 1 apresentação em *PowerPoint* e documentos escritos informativos que a família possa levar para casa (panfletos, poster, entre outros). A principal parceria será a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. As atividades a

desenvolver encontram-se plasmadas no plano de atividades elaborado (**Apêndice I**), e essencialmente são realizadas através de método expositivo, diálogo, debate, trabalhos de grupo e jogos/dinâmica de grupo. A metodologia utilizada será escolhida pelo dinamizador e de acordo com as condições físicas e materiais disponíveis. Realizou-se o planeamento de três sessões (**Apêndice II**), como sugestão e para servir de base para a elaboração das restantes.

A avaliação de um projeto baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da implementação do projeto. Vai incidir em quatro momentos distintos: avaliação antes; avaliação durante; avaliação final e avaliação do impacto.

A avaliação antes, tem caráter quantitativo e caracteriza-se pela aplicação do Questionário de Conhecimento Acerca da Esquizofrenia (QCAE) originalmente criado por Barrowclough e Tarrier em 2001, adaptado por Barreto Carvalho e Barreto em 2007 (**Anexo I**) e a Escala do Stress Percecionado, originalmente criado por Cohen, Kamarck & Mermelstein em 1983 e adaptado por Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. em 2010 (**Anexo II**).

A avaliação durante a implementação do projeto é de caráter qualitativo e baseia-se na resposta dada pelos formandos ao longo das sessões, identificando os fatores dificultadores e considerar comportamentos de mudança.

A avaliação final é de caráter quantitativo e é efetuada através da aplicação do QCAE (**Anexo I**), da escala de avaliação do Stress Percecionado (**Anexo II**) e do questionário de avaliação do projeto (**Apêndice III**).

A avaliação do impacto é de caráter qualitativo e quantitativo. Qualitativo, na medida em que, será aferida através da realização de entrevista de acompanhamento aos doentes e respetivas famílias, 3 e 6 meses após o término da implementação do projeto, de forma a verificar se houve uma melhoria no processo de adaptação familiar. Em termos quantitativos será aferido o número de recaídas e reinternamentos, desde o início do projeto até ao momento do *follow up* final.

SÍNTESE CONCLUSIVA

A convivência da família e/ou das pessoas significativas com o familiar com esquizofrenia gera um grande impacto na vida diária. A família vivencia momentos difíceis e sentimentos desagradáveis, que contribuem para a sobrecarga emocional da família.

Através do projeto “Caminhar Juntos na Esquizofrenia – Projeto de Psicoeducação Familiar no concelho de Montemor-o-Velho” que idealizámos, a família passará a compreender a esquizofrenia e a ter ferramentas para vivenciar experiências emocionais mais positivas, diminuindo o *stress* e a sobrecarga familiar, aumentando a qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia e da sua família, promovendo a integração social de ambos. Desta forma procede-se de forma competente, uma vez que assiste a pessoa e a sua família na otimização da saúde mental; assiste-se a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto; e promove-se a prestação de cuidados psicoeducacionais à pessoa e à família, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, indo de encontro ao que é esperado do EESMP, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015, de 25 junho, o EESMP procura permanentemente os níveis mais elevados na satisfação da pessoa e família, ajuda-os a alcançarem o máximo potencial de saúde, previne complicações para a saúde mental, maximiza o bem-estar e juntamente com ambos, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. M. & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. ISBN: 978-989-98576-0-5. Recuperado de: http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Brito, L. (2021). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia*. Grácio Editor. 1ª Edição. ISBN: 978-989-53233-1-2.
- Carvalho, C.; Sousa, D.; Pinho, R.; Fernandes, M. & Oliveira, A. (2017). Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. *Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool Drogas*. 13(3):125-131. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i3p125-131
- Galdino, M; Silva, M.; Lopes, G.; Souza, G.; Silva, M. & Andrade, L. (2022). Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa. *Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais*. 7(2). 21-29. Recuperado de: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/10328>
- Kennedy, P. (2015). *Understanding Mental Disorders: A Patient and Family «re- source»*. American Psychiatric Association. ISBN 978.1.58562.491.1.
- Maia, R.; Araújo, T. & Maia, E. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. DOI: 10.5935/2318-0404.20180020
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) - *Health at a Glance: Europe 2018*. Recuperado de: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2018_en.
- Pereira, V. (2015). *Programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia* (Dissertação de Mestrado).
- Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (14): 15-23. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101>
- Regulamento nº356/2015, de 25 de junho. *Diário da República – Série II (06-25)*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº515/2018, de 7 de agosto. *Diário da República – Série II (08-07)*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Suharsono, S. Faidah, N. Hanafi, M. (2023). *The effectiveness of nursing psychoeducation toward family burden and quality life on caregiver of people with schizophrenia in the community*. *Healthcare in Low-resource Settings* 2023; volume 11(s1):11215.

Doi:10.4081/hls.2023.11215.

Recuperado

de:

<https://www.pagepressjournals.org/index.php/hls/article/view/11215>

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, (53), p. 353-378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17

Xavier, J.; Brito, E.; Abreu, R.; Moreira, T.; Silva, L. & Vasconcelos, S. (2011). Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*.

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO ACERCA DA ESQUIZOFRENIA

(Barrowclough & Tarrier, 2001, traduzido e adaptado por Barreto Carvalho & Barreto, 2007)

Gostaríamos de saber algumas informações acerca do que sabe sobre a doença do seu familiar. Por exemplo, acerca das razões que levaram ao seu tratamento, qual o tipo de medicação, etc.

Esta informação destina-se a ajudar-nos a dar-lhe informações que lhe poderão ser úteis, acerca da condição do seu familiar. Só queremos conhecer o que pensa e o que já sabe acerca da doença.

SECÇÃO 1: DIAGNÓSTICO

1.1 – Que informações lhe foram dadas, pelos médicos/enfermeiros, acerca do tipo de problema de que o seu familiar padece?

1.2- Sabe o nome da doença do seu familiar? Se sim qual é?

1.3– O que entende ser este problema? Pensa que é:

	Sim	Não	Não sei
a) uma disfunção cerebral mínima ou tem "abusado" ultimamente?			
b) uma doença mental grave que pode afetar todos os aspetos da vida da pessoa?			
c) Outra (especifique.....)			

SECÇÃO 2: SINTOMATOLOGIA

2.2- Tem conhecimento de outras formas pelas quais a doença afete o seu familiar? Ex: dificuldades de pensamento?

2.4 – Sabe quais são os sintomas mais comuns e mais importantes da doença do seu familiar?

2.5- Pensa que os sintomas mais comuns e importantes são:

	Sim	Não	Não sei
a) Alucinações – ouvir, ver ou cheirar coisas que os outros não podem ver, ouvir ou cheirar.			
b) Delírios – crenças ou pensamentos completamente falsos e não partilhados pelos outros.			
c) perturbações do pensamento como por exemplo que os			

pensamentos estão a ser enfiados na sua cabeça ou a ser divulgados para as outras pessoas.			
--	--	--	--

SECÇÃO 3: ETIOLOGIA

3.1- O que pensa que causa esta doença?

3.2- Acredita que alguma das seguintes causas pode estar na origem da doença?

	Sim	Não	Não sei
a) Doença biológica que afeta a forma como o cérebro funciona?			
b) A forma como se é educado? (ex.: ter uma infância infeliz)			
c) É herdado (passa de geração em geração)?			
d) Outras causas? Refira quais.....			

3.3- De todas as coisas que mencionou qual pensa ser a causa principal?

3.4- Em todas as causas que referiu, pensa poder fazer alguma coisa para remediar ou solucionar a doença?

SECÇÃO 4: MEDICAÇÃO

4.6- Pensa que esta medicação devia ser tomada:

	Sim	Não	Não sei
a) Quando ele/ela precisam?			
b) Até ele/ela ficarem melhores novamente?			
c) Quando você (ou outros familiares/amigos) pensa que ele/ela precisam?			
d) Quando o médico diz/prescreve?			
e) Nunca?			

4.7- Conhece algum efeito secundário que possa ocorrer como resultado da medicação?

Secção 5: Curso e Prognóstico

5.2- Quais das seguintes situações podem fazer com que o seu familiar piore?

	Sim	Não	Não sei
a) Não ter nada que fazer?			
b) Problemas de vida stressantes (ex.: mudar de casa; divórcio; etc.)?			
c) Ser pressionado ou chateado pela família em casa?			
d) Não tomar a medicação?			

e) Outra coisa.....

5.3- Imagine que o seu familiar parece e se sente completamente recuperado e decide parar de tomar a medicação. O que pensa que lhe pode acontecer?

	Sim	Não	Não sei
a) Ele/Ela ficaria melhor sem a medicação?			
b) Não lhe faria qualquer diferença?			
c) Ele/Ela poderia ficar pior passado pouco tempo?			
d) Não tomar a medicação?			
e) Outra coisa.....			

Secção 6: Lidar com a doença

6.1- Pensa existir alguma coisa que possa fazer para ajudar?

6.2- Pensa que existe alguma coisa que não deva fazer?

6.3- Acha que algum destes fatores pode ajudar?

	Sim	Não	Não sei
a) Encorajá-lo a tomar a medicação?			
b) Cuidar dele, tratando da roupa, comida, etc.?			
c) Passar com ele o maior tempo possível?			
d) Encorajá-lo a progressivamente voltar a fazer coisas por si próprio?			
e) Dar-lhe um empurrão para continuar?			

ANEXO II - ESCALA DO STRESS PERCEPCIONADO

Escala do Stress Percepcionado

Perceived Stress Scale – PSS (10 item)
Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983)

Nome _____ Data _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4

Fonte: Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (December), 385-396. Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa da PSS de 10 itens: Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da *Perceived Stress Scale* (PSS) na população portuguesa, *Revista Brasileira de Psicologia*, 53, 353-378. Email: miquel.trigo70@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO

Sessões Formativas Famíliares Individuais	Atividades a Desenvolver	Reuniões de Partilha de Experiências Familiares em Grupo	Atividades a Desenvolver
Sessão 1 – janeiro de 2024	Apresentação do Projeto “Caminhar Juntos na Esquizofrenia – Um projeto de Psicoeducação Familiar no conselho de Montemor-o-Velho”.	Reunião 1 – março de 2024	Partilha de experiências. Esclarecimento de dúvidas. Dinâmicas de grupo.
Sessão 2 – fevereiro de 2024	O que é a esquizofrenia? Etiologia, fatores de risco e fatores promotores da saúde mental.		
Sessão 3 – março de 2024	O que é a esquizofrenia? Principal sintomatologia, evolução da doença e tratamento.		
Sessão 4 – abril de 2024	Estigma associado à esquizofrenia.	Reunião 2 – junho de 2024	Partilha de experiências. Esclarecimento de dúvidas. Dinâmicas de grupo.
Sessão 5 – maio de 2024	Técnicas de comunicação assertiva na relação interpessoal.		
Sessão 6 – junho de 2024	Como lidar com a sintomatologia positiva da pessoa com esquizofrenia. Estratégias de <i>coping</i> para os familiares.		
Sessão 7 – julho de 2024	Como lidar com a sintomatologia negativa da pessoa com esquizofrenia. Estratégias de <i>coping</i> para os familiares.	Reunião 3 – setembro de 2024	Partilha de experiências. Esclarecimento de dúvidas. Dinâmicas de grupo.
Sessão 8 – agosto de 2024	Qual o papel da família na estabilização do doente com esquizofrenia?		
Sessão 9 – setembro de 2024	Qual o papel da família na integração social do doente com esquizofrenia?		
Sessão 10 – outubro de 2024	Gestão e adesão ao regime terapêutico.	Reunião 4 – dezembro de 2024	Partilha de experiências. Esclarecimento de dúvidas. Dinâmicas de grupo.
Sessão 11 – novembro de 2024	Qual o papel da família na prevenção da recaída do doente com esquizofrenia?		
Sessão 12 – dezembro de 2024	Avaliação do projeto.		

APÊNDICE II - PLANEAMENTO DAS SESSÕES

SESSÃO 1 – APRESENTAÇÃO DO PROJETO

OBJETIVOS:

Apresentar o projeto e os dinamizadores;

Motivar a participação no projeto;

Garantir o consentimento informado;

Realizar uma avaliação diagnóstica inicial (conhecimento sobre a esquizofrenia e *stress* do prestador de cuidados).

Dinâmica da sessão:

Apresentação dos dinamizadores e participantes;

Apresentação das normas de confidencialidade e de compromisso pela participação no projeto, assim como regras de assiduidade e pontualidade. Explicação aos participantes dos benefícios esperados com a participação no projeto;

Apresentação do Projeto “Caminhar Juntos na Esquizofrenia – Projeto de Psicoeducação Familiar no Concelho de Montemor-o-Velho”, fazendo referência aos objetivos gerais e específicos, à estrutura, às atividades a desenvolver e esclarecimento de dúvidas;

Aumentar interação e conhecimento entre participantes com recurso a dinâmica de quebra-gelo;

Promover a expressão de expectativas/emoções dos participantes;

Realizar o reforço positivo à participação;

Preenchimento do formulário do consentimento informado;

Aplicação do QCAE e da Escala do Stress Percepcionado.

Sessão 2 – O que é a Esquizofrenia?

Objetivos:

Promover a aquisição de conhecimento sobre a Esquizofrenia (etiologia, fatores de risco da doença e fatores promotores da saúde mental).

Dinâmica da sessão:

Solicitar a cada participante que fale sobre o impacto da doença no seu cotidiano, verbalizando as dificuldades sentidas;

Através do método expositivo e com recurso a *Powerpoint*, dar a conhecer a definição e diagnóstico da Esquizofrenia. Abordar a origem da doença, fatores de risco e fatores promotores da saúde mental;

Realizar o reforço positivo à participação, incentivando os participantes a identificar os fatores de risco e fatores promotores da saúde mental no seu contexto de vida;

Realizar questões pontuais sobre a temática de forma a aferir a compreensão dos participantes acerca do assunto abordado;

Realizar o reforço positivo à participação;

Executar escuta ativa;

Executar aconselhamento;

Sugestões de melhoria;

Tarefa para casa (identificar um fator promotor da saúde mental que possa ser implementado no seu quotidiano).

Sessão 3 – O que é a Esquizofrenia?

Objetivos:

Promover a aquisição de conhecimento sobre a Esquizofrenia (principal sintomatologia, evolução da doença e tratamento).

Dinâmica da sessão:

Partilha e discussão da tarefa para a casa;

Solicitar a cada participante que fale sobre o sua sintomatologia e tratamento farmacológico;

Através do método expositivo e com recurso a *Powerpoint*, dar a conhecer os principais sintomas da Esquizofrenia. Abordar a evolução da doença e tratamento;

Realizar questões pontuais sobre a temática de forma a aferir a compreensão dos participantes acerca do assunto abordado;

Realizar o reforço positivo à participação;

Executar escuta ativa;

Executar aconselhamento;

Sugestões de melhoria;

Tarefa para casa (identificar os benefícios do tratamento farmacológico na redução da sintomatologia).

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>				
Ajuste dos temas aos objetivos definidos	<input type="checkbox"/>				
Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>				

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>				
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>				
Documentação de apoio	<input type="checkbox"/>				
Cumprimento de horários	<input type="checkbox"/>				

3. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>				
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>				
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>				
Gestão do tempo disponível	<input type="checkbox"/>				

4. RESULTADOS EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>				
Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>				

5. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>				

Questões _____ por
esclarecer: _____

Sugestões: _____

.....
Nome (facultativo):

.....
Email (facultativo):

.....
Caso tenha reportado alguma questão/sugestão e pretenda resposta direcionada agradecemos que preencha os campos de identificação

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



II Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Paulo André Duarte Pereira

CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

1. INTRODUÇÃO

Este caso clínico elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, decorre de 21 de setembro até 30 de novembro de 2023, na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel em Condeixa, na Unidade de Santo Agostinho.

Os estudos de caso podem ser utilizados em diferentes situações e contribuem para um aumento do conhecimento dos fenómenos, constituindo métodos de pesquisa estruturados (Andrade et al. 2017).

De forma a estruturar a sua intervenção psicoterapêutica, o enfermeiro deve definir as suas ações com base na análise da história do paciente pelo que o estudo de caso surge assim como um bom método para atingir este fim (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Constata-se assim que o “estudo de um caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações.” (Galdeano, Rossi & Zago, 2003: 373)

De forma a aumentar os meus conhecimentos na área da doença mental, que é um dos objetivos definidos no projeto de estágio, e na tentativa de atingir algumas das competências definidas pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, entre elas a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, foi elaborado o presente estudo de caso.

A situação clínica foi selecionada por conveniência, uma vez que é uma pessoa com um diagnóstico clínico que se alinha com a área de intervenção que pretendo desenvolver na componente investigativa do relatório final de estágio. Para além disso, trata-se de uma pessoa com boa adesão e interesse na execução das atividades terapêuticas, sendo um elemento facilitador na elaboração do presente documento.

A metodologia aplicada neste estudo de caso atravessou diferentes etapas, desde a seleção da pessoa assistida, o seu consentimento informado para a realização do mesmo, assim como a recolha de informações através de entrevistas semi-estruturadas e acesso ao processo clínico da pessoa, com o objetivo de identificar focos e diagnósticos de enfermagem, efetuando de seguida planos de intervenção individualizados e respetiva avaliação. Este caso constitui uma oportunidade interessante para aplicar clinicamente as técnicas e instrumentos específicos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) e promover cuidados especializados de saúde mental, ajudando a pessoa assistida a lidar com a sua doença mental e simultaneamente fornecendo-lhe instrumentos que a ajudarão a enfrentar as adversidades com que se deparará quando tiver alta clínica.

O presente caso clínico inicia-se pela apresentação dos dados sociodemográficos e motivo de internamento, seguido da história do desenvolvimento pessoal e familiar e história psiquiátrica e antecedentes de doença. Posteriormente é apresentado o exame do estado mental, a caracterização da situação clínica e raciocínio clínico, terminando com a apresentação do plano de cuidados. Para finalizar, é apresentada a conclusão, que inclui uma análise crítica da situação, da tomada de decisão e dos resultados obtidos.

2. DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA

Nome: F. S.

Sexo: Feminino.

Idade: 55 anos.

Nacionalidade: Portuguesa.

Estado Civil: Solteira.

Escolaridade: 12º ano.

Profissão: Reformada por invalidez.

Residência: Marinha Grande.

3. MOTIVO DO INTERNAMENTO

Pessoa assistida com diagnóstico clínico de Perturbação Esquizoafetiva, acompanhada no serviço de psiquiatria do Hospital de Leiria desde 2021. Tem sucessivos internamentos por agravamento de sintomatologia psicótica. O comportamento que conduziu ao último internamento (12/2022), foi caracterizado por ideação delirante místico-religiosa, com presença de alucinações auditivas. Neste contexto foi trazida ao serviço de urgência do Hospital de Leiria pelos bombeiros por estar na igreja a tocar piano e a cantar “canções lindas que Jesus me estava a transmitir” sic, tendo sido o pastor da igreja que chamou a ambulância porque “queria fechar a igreja” sic, e a utente não queria ir embora, argumentando que não estaria a fazer mal a ninguém e que era por indicação de Jesus que estava a cantar. Na altura sem crítica para a desadequação de tais comportamentos.

As sucessivas recaídas estão relacionadas com o provável abandono da terapêutica e pouco suporte familiar, que desempenharia um papel importante de supervisão nas suas atividades de vida diária, adesão e gestão terapêutica. Nestas circunstâncias trata-se de um internamento compulsivo, que foi referenciada para a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI) para internamento prolongado com o objetivo de maior consolidação dos ganhos terapêuticos e com cariz reabilitativo do ponto de vista psicossocial, para treino de competências sociais e ganhos de autonomia.

Medicação atual: Levotiroxina sódica 75mcg (jejum); Diazepam 5mg (PA e Almoço); Diazepam 10mg (Jantar); Biperideno 4mg (PA); Sulfato Ferroso 329,7mg (PA); Esomeprazol 40mg (PA); Molinar (mensal); Xeplion 150mg (mensal); Haldol decanoato 100mg (mensal).

4. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E FAMILIAR

A pessoa assistida, alvo deste estudo de caso, nasceu na cidade da Lousã, onde permaneceu até aos 6 meses de vida, juntamente com o seu irmão e respetivos pais. Por questões de falta de emprego, meses depois do nascimento da F.S. a família muda-se para a Marinha Grande, local de grande desenvolvimento industrial na altura e onde de momento ainda residem.

Segundo a própria, teve uma infância feliz até aos três anos de idade, momento que se inicia um período longo de abusos sexuais por parte do pai, que se prolongam até aos 12 anos. No momento da ocorrência desta situação de abusos, o restante agregado familiar nunca teve conhecimento destes abusos, uma vez que a F.S. era ameaçada pelo pai e persuadida a não o fazer. Tal situação traumática terá sido um fator predisponente para o aparecimento da perturbação mental na sua vida, uma vez que segundo informação da pessoa assistida, aos 14 anos teve uma depressão, que a obrigou a perder um ano no seu percurso académico, que até ao momento seria regido pela normalidade. Segundo a própria, atribui a cura desta

depressão a Deus, na medida em que um dia teve um vislumbre da imagem do próprio, que lhe terá dito que ela estaria curada “Vi Deus e ele disse-me que eu ia ficar curada e no dia seguinte, quando acordei já estava totalmente recuperada” sic. Não foi possível aferir a veracidade da identificação deste diagnóstico, por não estar mencionado na informação disponível no processo clínico.

Ao nível da relação interpessoal no microsistema familiar, a pessoa com quem estabelecia laços afetivos sempre foi o seu irmão, que desempenhou e desempenha o papel de suporte.

Aos 19 anos, a pessoa assistida, influenciada pelo fluxo migratório vivido no país e pela vontade em sair do contexto familiar onde estava inserida, emigra sozinha para a Suíça, onde permaneceu até aos 32 anos.

Neste período manteve-se sempre profissionalmente ativa, desempenhando funções enquanto empregada de mesa e ama. Na dimensão relacional, sempre foi uma pessoa reservada, muito fechada em si mesmo, sem estabelecimento de grandes laços afetivos. A rotina diária era dividida entre o trabalho e o jogging que praticava e que até aos dias de hoje lhe proporciona um sentimento de prazer e bem-estar.

Outro fator indutor de bem-estar para a F.S. é o culto religioso, uma vez, que desde tenra idade (não sabe especificar) desenvolveu um apreço pela religião, nomeadamente a evangélica, “desde pequena que gosto da palavra de Deus e tenho muita fé” sic, “adormeço a ler a bíblia e acordo a ler a bíblia” sic. Facto esse, que aparentemente estará na base da ideiação delirante de conteúdo místico-religioso.

O primeiro contato com a área da psiquiatria, foi em 1998, quando estava emigrada na Suíça, “quando lá estava fiquei doente, deixei de comer, não dormia bem” sic, resultando segundo a mesma, num internamento em hospital psiquiátrico. Em 1999, derivado da sua perturbação mental e porque o irmão precisava de auxílio para cuidar dos pais, pessoas já com grau de dependência elevado, regressou a Portugal. Entre 1998 e 2022 teve inúmeros reinternamentos hospitalares por agudização da sintomatologia psicótica. De 2000 a 2009 ainda conseguiu, com algumas interrupções pelo meio devido a internamentos hospitalares, manter uma ocupação profissional em fábricas de moldes, na hotelaria, em ERPI e na restauração.

Devido à sua condição mental, que lhe provoca uma incapacidade significativa, em 2017, ficou reformada por invalidez.

Do contato presencial com os familiares da pessoa assistida, em contexto de reunião familiar, foi possível aferir que as expectativas para o internamento estavam desajustadas para a realidade da pessoa assistida, uma vez que para o irmão, o futuro da mesma passaria por um internamento crónico em uma estrutura residencial e não por uma alta para a comunidade. A

família, nomeadamente o irmão, não acredita para já, na reabilitação da pessoa assistida, remetendo-se para as inúmeras recaídas que a irmã sofreu nos últimos anos, cerca de nove. Reconhece melhoras significativas no comportamento e conteúdo do pensamento, mas deveras os anos de sofrimento mental a que esta família foi submetida não lhes permite acreditar nas potencialidades da pessoa assistida, porém a cunhada demonstrou interesse em ser parte ativa na recuperação da pessoa assistida.

Através de todos os dados recolhidos, para melhor compreender a estrutura familiar da pessoa assistida, foi elaborado o genograma familiar (Figura 1). De forma a aferir a presença, a intensidade, a direcionalidade e a intencionalidade das relações estabelecidas entre a pessoa assistida e o ambiente que a rodeia, apresenta-se o ecomapa (Figura 2).

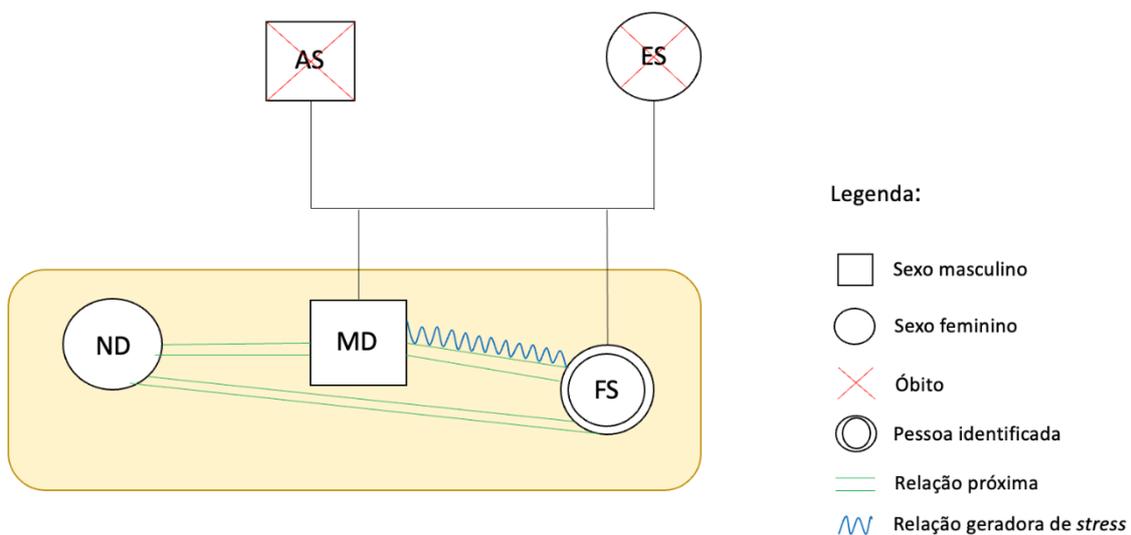


Figura 1 – Genograma Familiar da pessoa assistida F.S..

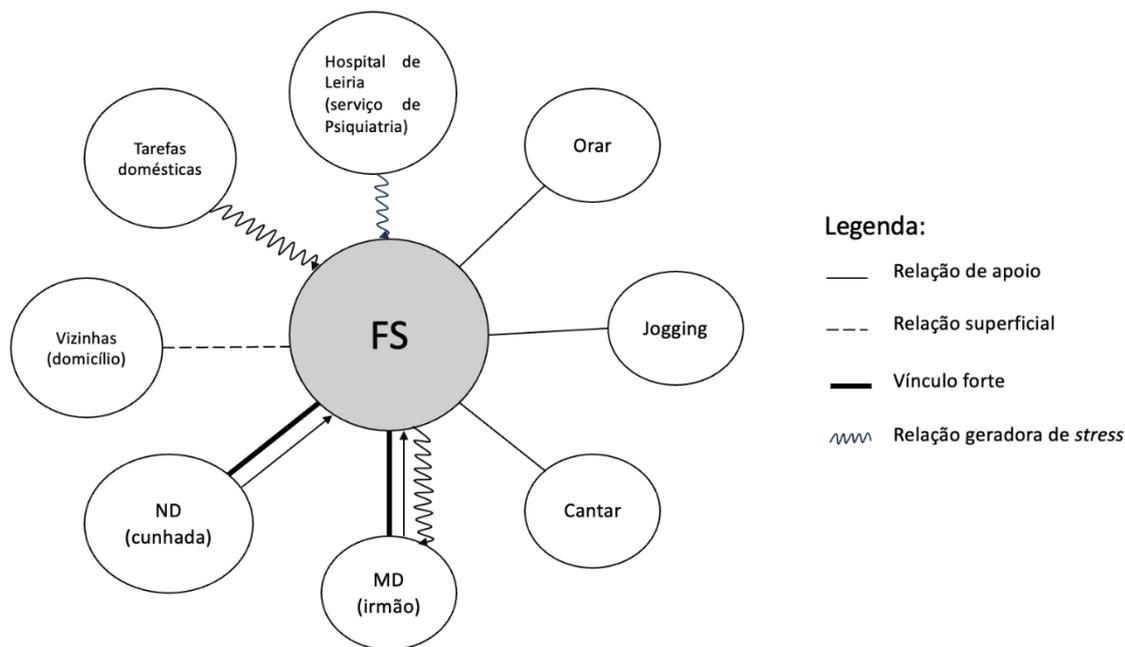


Figura 2 – Ecomapa da pessoa assistida F.S..

5. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E ANTECEDENTES DE DOENÇA

A história psiquiátrica da pessoa assistida, foi elaborada através de informação fornecida pela equipa de enfermagem e médica, pelo processo clínico da pessoa e informação fornecida pela mesma, contudo alguns factos não foram passíveis de serem comprovados por falta de documentação no processo clínico disponível.

A pessoa assistida F. S. tem antecedentes familiares de doença mental da parte paterna, nomeadamente esquizofrenia, contudo sem mais informação documentada em processo clínico. Quando questionada sobre esta informação, utente reconhece a presença da perturbação mental no pai “vim a saber mais tarde que ele tinha esquizofrenia” sic.

Por ter sido alvo de múltiplos abusos sexuais por parte do pai desde os 3 até aos 12 anos, refere ter sofrido uma depressão aos 14 anos, “não conseguia dormir, com medo que ele viesse, por isso tinha noites em branco” sic. Não foi possível comprovar a veracidade deste diagnóstico clínico de depressão porque não consta na história clínica da pessoa.

O primeiro contato com a área da psiquiatria, foi em 1998, quando estava emigrada na Suíça, “quando lá estava fiquei doente, deixei de comer, não dormia bem” sic, resultando segundo a mesma, num internamento em hospital psiquiátrico. A este nível apresenta vários internamentos hospitalares no SNS, primeiro em 2001, posteriormente em 2006 e 2012, já com diagnóstico clínico de Psicose tipo esquizoafetivo. Em 2019, foi internada por tentativa

de suicídio “estava farta de viver, já não aguentava mais e atirei-me para a frente de um carro” sic. Os internamentos mais recentes foram em 02/2021 e 03/2022, com o diagnóstico clínico de Patologia esquizoafetiva do tipo maníaco. Neste último internamento, o quadro psicótico agudo era caracterizado por delírios de cariz místico-religioso com presença de alucinações auditivas.

Como antecedentes pessoais de doença apresenta o diagnóstico médico de anemia e hipotireoidismo, mantendo tratamento farmacológico e controlo analítico regular para estes parâmetros.

6. EXAME DO ESTADO MENTAL

O exame do estado mental foi realizado no dia 31 de outubro de 2023.

Descrição geral e apresentação: Bom estado geral e bem nutrida; idade aparente coincide com a idade real; higiene cuidada com vestuário muito cuidado e adequado à época.

Contacto: Contacto adequado, encontra-se aparentemente serena, sorridente e recetiva ao contato visual.

Consciência: Vigília normal, sem sonolência. Apresenta clareza da consciência tendo em conta que tem capacidade de apreensão e compreensão de si e do mundo que a rodeia.

Atenção: Demonstra esforço intencional para dirigir a atenção a um determinado estímulo.

Orientação: Manifesta capacidade de se identificar e de se situar adequadamente no tempo, na sua situação pessoal e no geral do seu quotidiano. Orientada auto e alopsiquicamente.

Memória: Apesar de alguns lapsos relativos a nomes de familiares já falecidos, conserva a memória episódica.

Percepção: Sem aparentes alterações.

Discurso e linguagem: Apresenta um tom de voz calmo, com vocabulário simples e bem estruturado. Com discurso coerente e organizado.

Pensamento: Curso: circunstancial, por vezes com perda em detalhes para além do necessário; Forma: sem alteração; Posse: sem alterações. Conteúdo: delírios secundários de contexto místico suportados no passado por alucinações visuais e auditivas; No presente sem alucinações.

Humor, afetos e emoções: Humor com temperamento ansioso, pelo fato de ser uma pessoa tendencialmente preocupada, com maior sensibilidade ao ambiente externo. É notório o nível de ansiedade mais alto quando se depara com um obstáculo, fora da sua rotina diária.

Interação social com baixo interesse e iniciativa. Interage socialmente na maioria das situações quando estimulada. Sem alterações aparentes ao nível das emoções.

Motricidade: Quando confrontada com situações geradoras de *stress*, manifesta uma certa inquietude motora. Nas restantes situações não apresenta alterações.

Energia vital, vontade e impulsividade: Sem alterações ao nível energia vital. Apresenta força de vontade na recuperação funcional e motivada em cumprir o plano terapêutico. Apesar de ter historial de tentativa de suicídio, de momento não se denota quaisquer sinais de ideação nesse sentido. Aparentemente com dificuldade no controlo dos impulsos relacionados com gastos desnecessários e acessórios, que apresentava no domicílio (segundo informação verbal do irmão). Durante o internamento não manifestou esse comportamento de risco.

Vida instintiva: Sem alteração da quantidade, qualidade ou horas do sono. Sem alteração do comportamento alimentar. Sem alteração do comportamento sexual.

Insight e Juízo crítico: Insight e juízo crítico parcialmente presentes, uma vez que manifesta algum conhecimento acerca da doença, mas não consegue caracterizá-la por completo, em termos de causas, sinais e sintomas e respetivo tratamento. Apresenta uma atitude proativa perante o curso da doença, demonstrando interesse em adquirir mais conhecimento sobre a mesma e no presente momento é autónoma na preparação da medicação, necessitando apenas de supervisão.

7. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

Ao longo da evolução das ciências da enfermagem, em alguns momentos, foi questionado o carácter científico da enfermagem, o que contribuiu para o desenvolvimento de várias teorias como forma de suporte para a prática de enfermagem (Nóbrega & Santos, 1996).

Neste entendimento as teorias de enfermagem devem ser fortalecidas, tanto na formação do enfermeiro como na prática quotidiana com o objetivo de promover e melhorar o estado de saúde das pessoas e grupos e não apenas aumentar os indicadores e a produtividade, pois as ciências da enfermagem devem basear-se em pressupostos teóricos (Jensen & Andersen, 2005).

Desta forma, é essencial que os enfermeiros usem as teorias, além das evidências, como base para a proposição de estratégias de promoção da saúde mental. Estas teorias permitem uma reflexão sobre a amplitude do olhar que devemos ter ao propor estratégias que envolvam a promoção de comportamentos mais saudáveis pelo sujeito, pelos seus familiares e pela comunidade onde vive.

A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau representa um marco na história da enfermagem psiquiátrica, uma vez que foi a primeira enfermeira a dar contribuições teóricas neste âmbito.

De acordo com a teoria de Peplau, as relações interpessoais são essenciais para que pacientes e enfermeiros cresçam e se desenvolvam juntos, por isso é um processo dinâmico que deve ocorrer durante o processo de assistência de enfermagem. Outros agentes importantes neste processo são a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde essas mudanças ocorrem (Peplau, 1990).

Para que esta relação interpessoal exista, Peplau propõe um processo de quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução.

O desenvolvimento da relação terapêutica com a pessoa assistida é fundamental para a eficácia das intervenções realizadas. Neste âmbito, foi estabelecida uma relação terapêutica com a pessoa assistida, o que permitiu ajudar a pessoa a reconhecer as necessidades específicas para atingir a sua autonomia e à aquisição de estratégias promotoras da saúde física e mental. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deve desempenhar um papel de agente terapêutico, no sentido de utilizar o seu corpo de conhecimentos na implementação de intervenções no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, sempre em vista a promoção de ganhos em saúde da pessoa assistida.

A teoria das transições de Meleis defende que, para o sujeito passar para uma nova forma de viver, é essencial que ele incorpore novas questões na sua vida, o que envolve a aquisição de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos, e que mude a forma como se define a si mesmo, ou seja, apresenta ferramentas importantes para que as transições que ocorrem em vários aspetos da vida sejam mais saudáveis (Meleis et al., 2000).

Assim, por este processo das transições ser tão complexo e singular, estas podem ter naturezas diversas: desenvolvimentais, situacionais, de saúde / doença e organizacionais. As pessoas podem experienciar várias transições em simultâneo, tornando-se, por isso, mais vulneráveis.

Para que seja possível a compreensão do enfermeiro quanto ao que é vivenciado pela pessoa nos processos de transição, é importante que se faça um trabalho de reconhecimento das suas características pessoais e da sociedade e comunidade em que vive, pois esses condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, a modificação de comportamentos e a inserção de novas habilidades na sua vida (Meleis et al., 2000).

Por fim, é essencial avaliar os indicadores que mostram como o indivíduo responde ao processo de transição, a fim de identificar se esse processo promove a sua saúde e bem-

estar ou leva a riscos e situações de vulnerabilidade (Meleis et al., 2000). Quanto à natureza da transição da presente situação, a pessoa assistida encontra-se a viver uma transição de saúde/doença uma vez que é associada ao agravamento do estado da condição de saúde. A pessoa assistida ainda não finalizou o processo de transição, uma vez que precisa de ser trabalhado o conhecimento da sua doença e o reconhecimento do seu estado de saúde. A intervenção planeada irá incidir sobre a temática do conhecimento da doença, tratamento e prevenção de recaídas, facilitando esta transição.

8. RACIOCÍNIO CLÍNICO

Após a caracterização da situação clínica, segue-se o raciocínio clínico que sustenta a identificação dos focos, diagnósticos e intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica prioritários.

Decorrente do exame do estado mental realizado à pessoa assistida, identificou-se a presença de humor com temperamento ansioso. Após a aplicação de instrumentos para avaliar essa dimensão, identificou-se alteração nos níveis de ansiedade, que justificaram uma intervenção psicoterapêutica, afim de os diminuir. O recurso a técnicas de relaxamento tem vindo a ser adotada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), sendo uma das intervenções psicoterapêuticas que este pode aplicar no diagnóstico de ansiedade moderada a elevada (Sampaio; Sequeira; Canut, 2018). O relaxamento conduz o corpo a ter um conjunto integrado de alterações fisiológicas, que são o oposto das reações de luta/fuga presentes na ansiedade, tais como, redução da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial e do consumo de oxigénio, assim como alterações na atividade do sistema nervoso central (Medina; Heitor, 2016). Neste sentido a pessoa assistida foi integrada no programa “RelaxaMente”, com a finalidade de a capacitar na aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade. Neste programa a pessoa assistida foi alvo de 3 sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, resultando numa diminuição dos níveis de ansiedade e na capacitação no autocontrolo da ansiedade.

Decorrente da avaliação realizada, é possível perceber que a pessoa assistida apresenta *insight* e juízo crítico parcial para a doença. Entendendo o nível de *insight* ou consciência para a doença, como um importante fator preditivo do curso da mesma, nomeadamente a nível de uma maior duração da psicose e baixo nível de adesão terapêutica (Vanelli et al., 2010), é um dado que requer intervenção, no sentido de manter e aumentar este estado de conhecimento e reconhecimento da doença, prevenindo assim as recaídas e reinternamentos.

Neste entendimento é possível identificar o processo de transição saúde-doença, que implica ajustamento e aceitação. A aceitação é concretizada através do processo de

consciencialização para a doença, pois a pessoa necessita de se confrontar e reconhecer as mudanças que estão a ocorrer, os efeitos da doença na vida pessoal e familiar, e ser ajudado a ajustar expectativas e a encontrar soluções e estratégias de adaptação à nova realidade. Considera-se que só após este passo ser dado, a pessoa pode compreender a importância da adesão ao regime terapêutico. Deste modo, um dos focos prioritários a intervir é a conhecimento acerca da doença e a autogestão do regime medicamentoso.

Dando substância ao disposto no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), optou-se pelo uso da intervenção psicoeducativa, que se trata de uma intervenção de enfermagem que engloba intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas às necessidades da pessoa sobre a sua doença, tratamento, facilitando o processo de compreensão e gestão da própria doença. Sendo assim com a implementação do programa de psicoeducação “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio” pretende-se aumentar o conhecimento da pessoa assistida nas seguintes áreas: etiologia da doença, principais sinais e sintomas, tratamento, fatores de risco, fatores promotores da saúde mental e prevenção de recaídas.

Com a participação na reunião familiar da pessoa assistida e com análise do ecomapa elaborado, é possível verificar que a F. S. vê no irmão um suporte importante para a sua recuperação e posterior alta, representando para ela uma relação de apoio. No sentido inverso, o irmão vê a pessoa assistida, como um fator gerador de *stress* e sobrecarga, não acreditando na reabilitação e reinserção da mesma na comunidade. O *stress* causado pela doença da irmã, encontra-se também sustentado no facto do irmão não possuir conhecimento suficiente acerca da doença da irmã. Não foram envolvidos como parte ativa no processo de reabilitação da pessoa assistida e como tal faz todo o sentido que a intervenção psicoeducativa não esteja limitada à pessoa assistida, mas também inclua o irmão e a cunhada, uma vez que estes serão sempre o único suporte familiar existente. Neste caso específico o mais benéfico seria a implementação de uma intervenção psicoeducativa familiar, tal como nos refere Brito (2021) que realça o envolvimento da pessoa e da sua família no processo de tratamento, essencialmente através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares.

Pinho e Pereira (2015) no seu estudo de revisão da literatura concluíram que a psicoeducação familiar é eficaz na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação da pessoa com esquizofrenia e para preservar a saúde física e mental das suas famílias e a sua qualidade de vida. É crucial que as famílias façam parte integrante do processo de tratamento e reabilitação da pessoa com esquizofrenia.

9. PLANO DE CUIDADOS

Decorrente do raciocínio clínico apresentado anteriormente, identificaram-se os focos de enfermagem prioritários, os respetivos diagnósticos e as intervenções de enfermagem autónomas que lhe dão resposta.

Foco: Ansiedade

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente

Objetivo: Capacitar a pessoa para o autocontrolo da ansiedade; Diminuir os níveis de ansiedade.

Intervenções de Enfermagem: Ensinar sobre estratégias de redução da ansiedade; Executar apoio emocional; Executar intervenção psicoeducativa – “RelaxaMENTE”; Executar relação de ajuda; Executar relaxamento muscular progressivo de Jacobson; Treinar técnicas de autocontrolo; Monitorizar e vigiar a ansiedade.

Avaliação: Aplicado o questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2) antes, durante e após a intervenção, com diminuição considerável dos scores, nomeadamente no domínio da ansiedade estado e mantendo o score no domínio da ansiedade traço, como se pode observar na tabela 1. No final de cada sessão, através do preenchimento do questionário de avaliação da sessão, a pessoa assistida sempre referiu ter ficado mais relaxada. Em termos da execução autónoma dos exercícios de relaxamento, no questionário de avaliação do programa “RelaxaMENTE”, a pessoa assistida refere conseguir replicar os mesmos.

Tabela 1

Scores obtidos pela F.S. através do preenchimento do questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2)

Data Realização	de	11/10/23	23/10/23	24/10/23	31/11/23		
Instrumento Avaliação	de	STAI Y1	STAI Y2	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y2
Scores Obtidos		32	30	20	20	20	30

Em paralelo, foi monitorizada a tensão arterial e a frequência cardíaca, antes e depois da sessão de relaxamento, tendo-se obtido os resultados apresentados na tabela 2. Através da sua análise, pode-se verificar uma descida dos valores dos parâmetros vitais após a sessão de relaxamento, excetuando no dia 24/10/23, onde os valores de tensão arterial subiram após

o relaxamento. Neste sentido pode-se afirmar que a pessoa assistida reduziu os níveis de ansiedade, após o relaxamento, o que vai ao encontro da bibliografia consultada sobre a temática.

Tabela 2

Valores de tensão arterial e frequência cardíaca obtidos pela F.S., antes e após cada sessão

Data de Realização	23/10/23		24/10/23		31/10/23	
	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão
Valores de Tensão Arterial (mmHg)	129/84	124/83	117/88	140/83	117/79	111/76
Valores de Frequência Cardíaca (bpm)	69	61	59	43	68	46

Foco: Aceitação do Estado de Saúde

Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação do Estado de Saúde Comprometida

Objetivo: Promover a Aceitação do Estado de Saúde; Aumentar o Insight e o Juízo Crítico sobre a doença.

Intervenções de Enfermagem: Executar intervenção psicoeducativa – “Compreender a Esquizofrenia: Um caminho para o Equilíbrio”; Incentivar a comunicação de emoções; Escuta ativa; Assistir na identificação de crenças limitadoras da aceitação do estado de saúde; Encorajar tomadas de decisão; Incentivar a aceitação do estado de saúde; Incentivar apoio\Suporte familiar; Promover consciencialização.

Avaliação: Aplicada a Escala de Avaliação de *Insight* de Marková e Berrios no início e no fim da intervenção psicoeducativa, tendo-se verificado um aumento do score do *insight* acerca da doença (tabela 3), nomeadamente decorrente das temáticas abordadas serem todas relacionadas com a doença, dando enfoque também a estratégias e comportamentos a adotar que melhoram a sua aceitação do estado de saúde.

Tabela 3

Scores obtidos pela F.S. através do preenchimento da Escala de Avaliação de Insight de Marková e Berrios

Data de realização	14/11/2023	24/11/2023
Instrumento de avaliação	Escala de Avaliação de <i>Insight</i> de Marková e Berrios	Escala de Avaliação de <i>Insight</i> de Marková e Berrios
Scores obtidos	12	16

Foco: Conhecimento sobre a Doença

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento sobre a Doença Comprometido

Objetivo: Consolidar e aumentar o conhecimento acerca da doença; Saber caracterizar a doença, identificar as causas, os sinais e sintomas, o tratamento e prevenção de recaídas.

Intervenções de Enfermagem: Executar Intervenção Psicoeducativa – “Compreender a Esquizofrenia: Um caminho para o Equilíbrio”;

Avaliação: Com a aplicação do questionário de avaliação de conhecimento acerca da esquizofrenia, realizado no dia 14/11/23 foi possível apurar que a pessoa assistida identifica a doença como sendo “...uma doença mental que conduz à loucura” sic. Reconhece a componente genética como fator de risco “...herdada dum progenitor” sic. Como principais sinais e sintomas afirma que a doença a leva a “fazer coisas que não fazem sentido. Não ter controlo sobre o que se faz” sic. Em relação ao tratamento e efeitos secundários, identifica o tratamento como sendo “comprimidos e injeções” sic e relata os efeitos secundários como sendo “...sono durante o dia, cansaço. Falta de vontade para fazer seja o que for e vontade de dormir muito” sic. Em termos de medidas a tomar para prevenir recaídas e reinternamentos identifica as seguintes: “Não parar ou esquecer de tomar os medicamentos. Comer comida regrada e saudável. Disciplina. Desporto e dormir bem” sic. No final da intervenção psicoeducativa será aplicado novamente o questionário, de forma a aferir se houve um aumento de aquisição de conhecimento nas várias dimensões da doença.

De acordo com o conjunto de sintomas presentes na escala para avaliação do reconhecimento da doença mental, foram identificados pela equipa de enfermagem os seguintes sintomas manifestados pela pessoa assistida: Delírio, alteração do pensamento, estereotípias ou rituais e relacionamento social pobre. Neste caso a pessoa assistida só reconhece a presença do sintoma relacionamento social pobre, que associa à presença da

doença. No final da intervenção psicoeducativa será aplicada novamente esta escala, sendo expetável que a pessoa reconheça mais sintomas presentes.

Foco: Autogestão do Regime Medicamentoso

Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido

Objetivo: Capacitar a pessoa para a autogestão do regime medicamentoso; Aumentar o conhecimento acerca do seu regime medicamentoso; Identificar os fármacos que constituem o seu regime medicamentoso; Identificar os principais efeitos secundários dos psicofármacos que fazem parte do seu regime medicamentoso; Desmistificar crenças em relação ao regime medicamentoso; Conseguir preparar o dispensador de medicação semanal de forma autónoma e sem erros; Garantir a estabilização clínica; Prevenir recaídas.

Intervenções de Enfermagem: Executar Intervenção Psicoeducativa – “Compreender a Esquizofrenia: Um caminho para o Equilíbrio”, dando mais ênfase à temática do tratamento farmacológico e respetivos efeitos secundários e prevenção de recaídas; Definir um dia da semana (3ªF) para treinar a preparação autónoma do dispensador da medicação.

Avaliação: No dia 14/11, com a aplicação do questionário de avaliação de conhecimento acerca da esquizofrenia, foi possível verificar que a pessoa assistida reconhece que o tratamento farmacológico é constituído por “comprimidos e injeções” sic. Neste domínio é importante que reconheça o grupo dos antipsicóticos e identifique aqueles que fazem parte do seu regime medicamentoso.

Em relação aos efeitos secundários, identifica-os como sendo “...sono durante o dia, cansaço. Falta de vontade para fazer seja o que for e vontade de dormir muito” sic. Nesta dimensão será importante aumentar o leque de conhecimento, de forma a que consiga identificar mais efeitos secundários e relacioná-los com os antipsicóticos que faz.

Em termos de medidas a tomar para prevenir recaídas e reinternamentos identifica as seguintes: “Não parar ou esquecer de tomar os medicamentos. Comer comida regrada e saudável. Disciplina. Desporto e dormir bem” sic. Nesta dimensão será importante aumentar o leque de conhecimento, de forma a que consiga identificar mais estratégias que pode utilizar, nomeadamente aproveitamento dos recursos de saúde presentes na comunidade e do seu suporte familiar.

De momento apresenta total conhecimento dos fármacos que constituem o seu regime medicamentoso e a preparação do dispensador ocorre todas as 3ªF sob supervisão, não apresentando falhas.

No dia 24/11 será realizada a avaliação dos conhecimentos adquiridos com a implementação do programa e comparados com os inicialmente presentes, no sentido de aferir se houve aumento da capacitação para a autogestão do regime medicamentoso.

Foco: Papel do Cuidador

Diagnóstico de Enfermagem: Papel do Cuidador Comprometido

Objetivo: Capacitar o cuidador para o seu papel; Aumentar conhecimento sobre a doença da pessoa assistida; Reconhecer a importância do cumprimento do regime medicamentoso para a estabilidade clínica da pessoa assistida; Identificar os fármacos constituintes do regime medicamentoso; Reconhecer a importância do seu papel de supervisão na adesão e gestão terapêutica e na prevenção de recaídas.

Intervenções de Enfermagem: Realizar reunião familiar; Executar intervenção psicoeducativa – “Compreender a Esquizofrenia: Um caminho para o Equilíbrio”; Executar aconselhamento; Executar apoio emocional; Informar sobre estratégias de *coping*; Treinar estratégias de *coping*; Executar programa de capacitação do cuidador.

Avaliação: Aguarda-se realização de contato com a família, para marcar reunião familiar. Neste momento terapêutico, deve-se aferir o conhecimento da mesma em relação à doença da pessoa assistida, nomeadamente, definição, etiologia, sinais e sintomas, tratamento e prevenção de recaídas (aplicação do questionário de avaliação de conhecimento acerca da esquizofrenia). Dar enfoque à importância do papel que deve ser desempenhado pela família, como parte ativa no tratamento e adaptação da pessoa assistida, aquando do regresso à comunidade. Garantir que a família adquira conhecimentos que lhe permitam reconhecer os sinais e sintomas de uma eventual recaída para que possam atuar de forma preventiva. Dar a conhecer os recursos na comunidade a que podem recorrer em caso de necessitar de esclarecimento e de agudização do quadro psicótico.

CONCLUSÃO

A metodologia de Estudo de Caso tem demonstrado ser um método que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas e situações, e que contribui para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem.

Esta metodologia permite descrever, entender, avaliar e explorar a situação vivenciada, e, conseqüentemente refletir acerca dos fatores que interferem na situação. Por este motivo, e após a conclusão da elaboração deste estudo de caso, posso afirmar que este possibilitou e contribuiu para o aumento dos conhecimentos acerca da patologia em causa e permitiu um maior envolvimento e interiorização da situação experienciada.

Este trabalho favoreceu assim a aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, como a execução de uma avaliação global da pessoa e a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado, tendo por base o padrão documental de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Na elaboração deste trabalho, deparei-me com algumas dificuldades e limitações principalmente na recolha e síntese de informação e gestão de tempo, ainda assim considero ter ultrapassado essas dificuldades e atingido os objetivos a que me propus inicialmente. Considero que a elaboração deste estudo de caso permitiu assim a observação, compreensão, descrição e análise reflexiva da situação real da pessoa assistida, o que favoreceu a aquisição de conhecimentos e experiências, que podem ser úteis em situações idênticas à retratada neste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, S. R. de ., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e5360016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Brito, L. (2021). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia*. Grácio Editor. 1ª Edição. ISBN: 978-989-53233-1-2.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Jensen, U. J., & Andersen, P. F. (2005). *Sundhedsbegreber: Filosofiog praksis* [Health concepts: Philosophy and practice] (2º ed.). Aarhus, Denmark: Philosophia.
- Medina, Miriam; Heitor, Filipa. (2016). Relaxamento físico e mental: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo. In III CONGRESSO DA RESAPES. [https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento físico e mental construção impl](https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento_f%C3%ADsico_e_mental_constru%C3%A7%C3%A3o_implimenta%C3%A7%C3%A3o_e_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_um_programa_de_interven%C3%A7%C3%A3o_em_grupo)
[ementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo.](https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento_f%C3%ADsico_e_mental_constru%C3%A7%C3%A3o_implimenta%C3%A7%C3%A3o_e_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_um_programa_de_interven%C3%A7%C3%A3o_em_grupo)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Nóbrega, S. S., & Santos, M. M. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: Análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 55-64. doi: 10.1590/S0034-71671996000100007

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE-Classificação Internacional para a prática de Enfermagem-versão 2015-Edição Portuguesa. Lusodidata. ISBN-978-989-8444-35-6

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas->

Peplau, H. E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Salvat Editores.

Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (14): 15-23. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101> pr%C3%A1ticas-1/

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P. & Lleix-Fortuo, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2757-67. doi: 10.1111/jocn.13266.

Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1011–1016. <https://www.actamedicaportuguesa.com>

APÊNDICE 6 - PROGRAMA “COMPREENDER A ESQUIZOFRENIA: UM CAMINHO PARA O EQUILÍBRIO”



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Programa: “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio”.

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar.

Finalidade: Capacitar a pessoa com diagnóstico clínico de esquizofrenia para responder à situação de doença.

Objetivos: Promover a aquisição de conhecimento acerca da doença; identificar sinais e sintomas e aumentar o *insight* sobre a doença; prevenir as recaídas e os reinternamentos; combater o estigma em relação à doença mental.

População-alvo: Utentes da unidade Santo Agostinho.

CrITÉRIOS de Inclusão: Utentes com diagnóstico clínico de esquizofrenia e sem défice cognitivo.

CrITÉRIOS de Exclusão: Utentes com agitação psico-motora, com alteração do pensamento e do comportamento.

Parcerias: Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

Recursos Materiais: Sala ampla, computador, projetor, papel, canetas.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado acerca da doença; *Insight* comprometido.

Introdução e Contextualização Teórica: A esquizofrenia é uma doença crónica que afeta o pensamento, as emoções e o comportamento. Embora se desconheça a causa exata da esquizofrenia, a maioria dos especialistas onde se insere Kennedy (2015), concorda que na sua origem está uma base biológica (ou genética) e o meio ambiente a que se está exposto, nomeadamente nascimento traumático, complicações durante a gravidez e infeções virais. Outros fatores ambientais como o *stress*, desemprego ou o abuso de substâncias químicas podem desencadear os primeiros sintomas de esquizofrenia. O uso de drogas, em particular os alucinogénios e o cannabis, parecem ser, fatores de risco para a esquizofrenia.

O diagnóstico é essencialmente clínico baseando-se na presença de sintomas: positivos e/ou negativos. Para Brito (2021), estes podem incluir delírios (ideias e pensamentos que apresentam conteúdos que para os doentes são verdade, como acreditar que é perseguido, filmado, que tem poderes especiais ou uma missão muito importante no mundo), alucinações (ouvir vozes que comentam o seu comportamento ou dão ordens, sem haver ninguém presente, sentir odores e sabores diferentes ou outras sensações táteis), alienação do pensamento (sensação de que os pensamentos podem ser lidos, roubados, inseridos ou controlados por outras pessoas), passividade somática (sensação de estar a ser controlado), alterações do pensamento (bloqueio, pensamento concreto, respostas ao lado, entre outros.), alterações cognitivas (dificuldade de concentração e alterações da memória), falta de interesse e prazer nas atividades, isolamento social e dificuldade na expressão emocional. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014) na elaboração da DSM-5, considera que os sintomas devem persistir pelo menos um mês para que o diagnóstico de esquizofrenia seja atribuído.

A esquizofrenia evolui através de exacerbações e períodos de remissão. Como tal, é importante cumprir a terapêutica prescrita, para evitar o aparecimento de sintomas anteriormente descritos. O tratamento baseia-se no uso de fármacos denominados antipsicóticos, que deverão ser escolhidos de acordo com as necessidades do doente e efeito terapêutico pretendido (Kennedy, 2015).

Os antipsicóticos regulam a ação de determinados neurotransmissores no cérebro, reduzindo assim, os efeitos causados pela libertação excessiva dos mesmos. A ação terapêutica destes fármacos desempenha um papel crucial no tratamento da esquizofrenia.

De acordo com o relatório Health at a Glance de 2020 da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), referentes a dados de 2018, 22,9% da população portuguesa já vivenciou sintomas de sofrimento psicológico, sendo o país europeu com maior prevalência. O registo de doentes com perturbações mentais tem vindo a aumentar desde 2011. Cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, onde se insere a esquizofrenia, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira (Almeida & Xavier, 2013).

Na dimensão da doença mental grave, a esquizofrenia, apesar de não ser a perturbação mental com maior significado epidemiológico, é aquela que provoca maior incapacidade ao doente, nomeadamente em fases de descompensação clínica da perturbação psicótica. A esquizofrenia é uma doença mental que se manifesta habitualmente no final da adolescência, ou no início da idade adulta. Altera a forma como a pessoa pensa e sente, e também a forma como se relaciona com as outras pessoas. Tendo em conta as suas características e a habitual

idade jovem em que surge leva à ocorrência de alterações importantes a nível social que comprometem a construção pessoal, formação profissional e autonomização das pessoas (Brito, 2021). Segundo a mesma autora, na maioria das situações esta doença tem uma evolução crónica e recorrente, constituindo o diagnóstico mais frequente no que diz respeito às doenças mentais graves. Devido à complexidade de sintomas, comportamentos e problemas associados, as pessoas com esquizofrenia, denotam dificuldades diárias, muitas vezes apresentando sofrimento, angústia e isolamento, decorrentes do novo estado de saúde.

Uma mudança ao nível do estado de saúde, prevê um processo de consciencialização e aceitação da nova condição de saúde, facilitando assim a adesão ao regime terapêutico e a diminuição de episódios de agudização (Vanelli et al. 2010). Os mesmos autores reforçam que a ausência de *insight*, ou consciência da doença, é frequente em doentes com perturbações psicóticas, constituindo um importante fator preditivo do curso da doença, nomeadamente a nível de uma maior duração da psicose, baixo nível de adesão terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais (Vanelli et al. 2010).

O *insight* é um fenómeno multidimensional, que pode variar ao longo da doença, devendo ser considerados os aspetos culturais (Vanelli et al. 2010). A manutenção das funções neurocognitivas são um pré-requisito para o *insight*, assim como parece estar associado às funções complexas do pensamento como a metacognição e cognição social. Nesta perspetiva, a aceitação da nova condição de saúde está também condicionada pela forma como a pessoa vê a sua doença, o efeito negativo do estigma e autoestigma e baixos níveis de autoestima.

O Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros prevê que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), através dos seus conhecimentos e competências no âmbito terapêutico, é capaz de “*umentar o insight sobre os problemas e melhorar a capacidade de encontrar novas vias de resolução*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427), sendo que uma intervenção do EESMP com resultados eficazes na promoção do *insight* são os programas de psicoeducação.

A psicoeducação deve ser usada como uma ferramenta de intervenção, desempenhando um papel importante na prevenção de doenças e na promoção da saúde, com efeitos imediatos e a longo prazo na vida dos doentes. É ideal para orientar os doentes e suas famílias sobre o funcionamento de uma doença ou perturbação, diagnósticos, sintomas e tratamento, facilitando processos de mudança, aceitação e melhora dos doentes, de acordo com a situação e o contexto em que estão inseridos (Lemes & Neto, 2017).

Quanto à sua operacionalização, Galdino et al. (2022) enfatizam que a intervenção deve ser pedagógica e utilizar uma linguagem adequada ao público-alvo. A transmissão desse

conhecimento pode ser realizada de diversas maneiras, seja em grupos ou individualmente, através de discussão, vídeos, palestras e outros métodos. Sousa, Sequeira, Ferré Grau, Neves & Lleixà Fortuno (2016), salientam ainda que este tipo de intervenção deve ser composto por três a seis sessões formativas (uma a duas por semana), cada sessão de 45 a 90 minutos e a sua implementação deve ser prolongada no tempo, de três a seis semanas e com direito a três momentos de avaliação (inicial, final e follow-up a três meses).

De acordo com Lemes & Neto (2017), a psicoeducação tem demonstrado eficácia no empoderamento de indivíduos em sofrimento psicológico, uma vez que é efetuada com o intuito de favorecer o fortalecimento de vínculos e a construção de redes de apoio e suporte social. A psicoeducação também contribui para que a pessoa possa enfrentar possíveis estigmas e preconceitos por parte de outras pessoas, além de promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida. Neste entendimento é um importante instrumento no combate ao estigma associado às perturbações mentais (Galdino et al. 2022).

Atividades a Desenvolver: Serão realizadas 4 sessões, com a duração de 45 a 60 minutos cada e ministradas semanalmente (Apêndice 1). O local de implementação será gabinete de enfermagem da unidade de Santo Agostinho. As sessões serão realizadas como o máximo de quatro participantes e o dinamizador será o Enf.º Paulo Pereira (estudante do mestrado em SMP), sob supervisão do EESMP Jorge Façanha. Optou-se pela sessão com o máximo de quatro participantes, no sentido de possibilitar ao dinamizador uma abordagem mais individualizada a cada pessoa e um esclarecimento de dúvidas mais próximo e personalizado. Com esta opção, garante-se à partida maior efetividade no cumprimento dos objetivos do programa. A sua duração inicial será de 4 semanas, mas em caso de necessidade de replicar alguma sessão, por dificuldades de compreensão dos conteúdos por parte dos participantes, poderá sempre ser prolongada até às 6 semanas.

Avaliação dos Resultados: A avaliação de um programa baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação do programa vai incidir em três fases distintas, a fase inicial, final e de *follow up*. Será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental (Anexo 1);
- Escala de Avaliação de *Insight* de Marková e Berrios (Anexo 2);
- Questionário de avaliação de conhecimento acerca da Esquizofrenia (Apêndice 2);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 3);

- Questionário de avaliação do programa (Apêndice 4).

Como é passível de observar no planeamento de sessões (Apêndice 1), a escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental, a escala de Avaliação de *Insight* de Marková e Berrios e o questionário de avaliação de conhecimento acerca da Esquizofrenia, serão implementadas na sessão 1 e 4. O questionário de avaliação da sessão será aplicado na sessão 2, 3 e 4 e o questionário de avaliação do programa será efetuado na sessão 4. A fase do *follow up* será realizada três meses após o término da implementação do programa, com a finalidade de validar junto do doente, se a participação no mesmo, trouxe ganhos de saúde percebidos pelo doente, nomeadamente ao nível do conhecimento, identificação de sinais e sintomas, *insight* sobre a doença e aferido o número de recaídas e reinternamentos desde o início do programa até à data do *follow up*. Para o efeito será conduzida uma entrevista semiestruturada que aborde os conteúdos acima descritos.

Considerações Finais: Com a implementação do programa é exetável que se consiga capacitar a pessoa com diagnóstico clínico de esquizofrenia para responder à situação de doença, através da aquisição e aumento do conhecimento. Espera-se que o doente identifique os principais sinais e sintomas, aumentar o *insight* sobre a doença e diminuir o número de recaídas e reinternamentos. Como o estigma advém do desconhecimento sobre a doença, é exetável que este seja combatido e contrariado com a implementação deste programa.

Uma vez que o presente programa foi elaborado no âmbito do Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está condicionado pelo curto espaço de tempo em que deve ser implementado, o que se identifica à priori como uma limitação. A sua aplicação num período de espaço temporal mais longo seria certamente vantajosa, pois possibilitaria a realização de mais sessões de psicoeducação, facilitando a apropriação dos conhecimentos e uma consciencialização para o atual estado de saúde mais gradual e eficaz, permitindo também um processo avaliativo mais credível e demonstrativo dos ganhos em saúde.

Outra sugestão, para aumentar a eficácia do programa, seria a adição da família neste processo de psicoeducação. Recentemente, estudos apontam que para além do tratamento farmacológico também o ambiente em que a pessoa com esquizofrenia vive e a estimulação que recebe são fatores determinantes na evolução da doença e na sua recuperação social. Isto fez com que os profissionais de saúde dessem ênfase ao envolvimento da pessoa e da sua família no processo de tratamento, essencialmente através da implementação de intervenções psicoeducativas familiares (Brito, 2021). Pinho e Pereira (2015) no seu estudo de revisão da literatura concluíram que a psicoeducação familiar é eficaz na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação da pessoa com

esquizofrenia e para preservar a saúde física e mental das suas famílias e a sua qualidade de vida. É crucial que as famílias façam parte integrante do processo de tratamento e reabilitação da pessoa com esquizofrenia.

Referências Bibliográficas:

- Almeida, J. M. & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Universidade Nova de Lisboa. ISBN: 978-989-98576-0-5. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 873–879. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.873>
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Ed., Artmed.
- Brito, L. (2021). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia*. Grácio Editor. 1ª Edição. ISBN: 978-989-53233-1-2.
- Galdino, M; Silva, M.; Lopes, G.; Souza, G.; Silva, M. & Andrade, L. (2022). Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa. *Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais*. 7(2). 21-29. <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/10328>
- Kennedy, P. (2015). Understanding Mental Disorders: A Patient and Family «re- source». American Psychiatric Association. ISBN 978.1.58562.491.1.
- Lemes, C., B. & Neto, O., J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas psicol.*, 25(1). 17-28. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) - *Health at a Glance: Europe 2018*. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2018_en.
- Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (14): 15-23. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101>
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 151/2018. Série II de 2018-08-07, 21427-21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P. & Lleix-Fortuo, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2757-67. doi: 10.1111/jocn.13266.

Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1011–1016. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/748/425>

Research, 60, 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

ANEXO 1 – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RECONHECIMENTO DA DOENÇA MENTAL
(SCALE TO ACCESS UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER)

Amador F. Xavier et al. (1993) "Assessment of Insight in Psychosis" *Am J Psychiatry* 150(6): 873-879 – Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando Fonseca, 2003

Identificação do doente:	Data:
--------------------------	-------

Indicações

- Esta escala requer que o sujeito tenha uma doença mental com pelo menos um dos sintomas listados adiante.
- É necessário verificar se o sujeito apresentou o sintoma em causa durante o período de investigação.
- É importante que o sintoma esteja claramente presente; a sua gravidade não é relevante.
- A lista dos sintomas tem de ser preenchida antes do preenchimento da escala, referindo a sua ordem de importância.
- Os Itens gerais (1,2 e 3) são geralmente importantes e têm de ser preenchidos se for o caso.
- Na coluna **ACTUAL (A)** assinale o mais alto nível de reconhecimento do sintoma obtido na altura da sua existência.
- Na coluna **PASSADO (P)** assinale o nível presente de reconhecimento do sintoma que existiu anteriormente (por outras palavras, quando questionado sobre um episódio do passado, o sujeito actualmente refere que estava delirante, com alucinações, etc. na altura?)
- Períodos maiores ou menores podem ser usados para avaliar o reconhecimento e atribuição do sintoma, actual e retrospectivo, consoante o objectivo da investigação.
- Por cada sintoma (Itens 4-20), terá de perguntar ao doente se sabe a causa desse sintoma (ie, atribuição);

NOTA: Para qualquer um dos sintomas, a atribuição só é avaliada se o sujeito obtiver a pontuação de 1 a 3 no reconhecimento do sintoma em causa.

LISTA DOS SINTOMAS

Assinale A para actual e P para passado na linha do item para escolher o sintoma em causa e altura da sua existência.

	Actual	Passado	Sintomas
ITEM 4	A	P	Alucinações
ITEM 5	A	P	Delírio
ITEM 6	A	P	Alterações do pensamento
ITEM 7	A	P	Afectos Inadequados
ITEM 8	A	P	Aparência ou forma de vestir inusual
ITEM 9	A	P	Esteriotipias ou rituais

	Actual	Passado	Sintomas
ITEM 10	A	P	Julgamento social pobre
ITEM 11	A	P	Pobre controlo dos impulsos agressivos
ITEM 12	A	P	Pobre controlo dos impulsos sexuais
ITEM 13	A	P	Alogia
ITEM 14	A	P	Afectos embotados
ITEM 15	A	P	Avolição – Apatia
ITEM 16	A	P	Anedonia – Ausência de sociabilidade
ITEM 17	A	P	Atenção pobre
ITEM 18	A	P	Confusão – desorientação
ITEM 19	A	P	Contacto do olhar inusual
ITEM 20	A	P	Relacionamento social pobre

Copyright © McEvoy e col. 2003; Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria do HFF, 2003

PARTE 1 - ITENS GERAIS		
ITEM 1. Reconhecimento da doença mental	Actual	Passado
De uma forma geral, o sujeito acredita que tem uma doença mental, um problema psiquiátrico, dificuldade emocional, etc?		
Não pode ser avaliado	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que tem uma doença mental	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se tem uma doença mental, mas pode conceber essa ideia.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que tem uma doença mental.	5	5
TOTAL:		

ITEM 2. Reconhecimento dos efeitos da medicação	Actual	Passado
Em que é que o sujeito acredita relativamente aos efeitos da medicação? O sujeito acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas (se aplicável)?		
Não pode ser avaliado ou item pouco relevante	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas.	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas, mas consegue conceber essa ideia.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas.	5	5
TOTAL:		

ITEM 3. Reconhecimento das consequências sociais da doença mental	Actual	Passado
Em que é que o sujeito acredita relativamente à razão para a qual foi internado no hospital (internamento voluntário, compulsivo, preso, etc.)?		
Não pode ser avaliado ou item pouco relevante	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental.	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental.	5	5
TOTAL:		

PARTE 1 - ITENS DA SUBSCALA		
Reconhecimento do sintoma Item nº...	Actual	Passado
Não pode ser avaliado ou item não relevante.	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que tem o sintoma.	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se tem esse sintoma, mas pode conceber essa ideia.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que tem esse sintoma.	5	5
TOTAL:		

Atribuição; Como é que o sujeito explica essa experiência?	Actual	Passado
Não pode ser avaliado ou item pouco relevante	0	0
Correcto; O sujeito acredita claramente que essa experiência é explicada pela doença mental	1 2	1 2
Parcial; O sujeito não tem a certeza se essa experiência é explicada pela doença mental, mas consegue conceber essa ideia.	3 4	3 4
Incorrecto; O sujeito não acredita que essa experiência é explicada pela doença mental.	5	5
TOTAL:		

ANEXO 2 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE *INSIGHT* DE MARKOVÁ E BERRIOS

Versão portuguesa (Vanelli et al. 2010)

Por favor leia cada frase e escolha qual a opção que melhor se aplica a si.

Não há respostas certas ou erradas, dê a sua opinião.

1. Sinto-me diferente do que sou normalmente	SIM	NÃO
2. Não há nada de errado comigo	SIM	NÃO
3. Estou doente	SIM	NÃO
4. As pessoas em torno de mim parecem diferentes	SIM	NÃO
5. Não me sinto parte de nada	SIM	NÃO
6. Tudo parece desorganizado	SIM	NÃO
7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo	SIM	NÃO
8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes	SIM	NÃO
9. Sinto-me pouco à vontade	SIM	NÃO
10. Tenho dificuldade em pensar	SIM	NÃO
11. Nesta altura, sofro de problemas dos nervos	SIM	NÃO
12. Tudo à minha volta está diferente	SIM	NÃO
13. Estou a perder o contato comigo mesmo	SIM	NÃO
14. É difícil para mim sentir-me à vontade com as pessoas que conheço	SIM	NÃO
15. Algo de estranho me está a acontecer	SIM	NÃO
16. Quero saber porque me sinto assim	SIM	NÃO
17. Não pareço ser capaz de funcionar normalmente	SIM	NÃO
18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população	SIM	NÃO
19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos	SIM	NÃO
20. Não estou doente, mas estou cansado	SIM	NÃO
21. Sinto que a mente me está a fugir	SIM	NÃO
22. Estou a perder o contato com aquilo que me rodeia	SIM	NÃO

23. Tudo me parece agora mais claro do que nunca	SIM	NÃO
24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim	SIM	NÃO
25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada	SIM	NÃO
26. Tudo parece diferente à minha volta	SIM	NÃO
27. As coisas já não fazem sentido	SIM	NÃO
28. O meu problema principal é a minha saúde física	SIM	NÃO
29. Sinto que o meu estado atual foi causado deliberadamente	SIM	NÃO
30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda	SIM	NÃO

APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES

Sessão 1

- Apresentação dos objetivos do programa e dos dinamizadores;
- Motivar a participação no programa;
- Explicação aos participantes dos benefícios esperados com a participação no programa;
- Aumentar interação e conhecimento entre participantes com recurso a dinâmica de quebra-gelo;
- Promover a expressão de expectativas/emoções dos participantes;
- Realizar o reforço positivo à participação;
- Aplicação da escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental, escala de Avaliação de *Insight* de Marková e Berrios e questionário de avaliação de conhecimento acerca da Esquizofrenia.

Sessão 2

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre a Esquizofrenia (etiologia, sinais e sintomas) e estigma;
- Solicitar a cada participante que fale sobre o impacto da doença no seu quotidiano, verbalizando as dificuldades sentidas;
- Realizar o reforço positivo à participação, incentivando os participantes a identificar os fatores de risco e fatores promotores da saúde mental no seu contexto de vida;
- Realizar questões pontuais sobre a temática de forma a aferir a compreensão dos participantes acerca do assunto abordado;
- Realizar o reforço positivo à participação;
- Tarefa para casa (identificar um fator promotor da saúde mental que possa ser implementado no seu quotidiano).
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão.

Sessão 3

- Promover a aquisição de conhecimento sobre a Esquizofrenia (fatores de risco e fatores promotores da saúde mental, tratamento);
- Partilha e discussão da tarefa para a casa;
- Solicitar a cada participante que fale sobre a sua sintomatologia e tratamento farmacológico;
- Realizar questões pontuais sobre a temática de forma a aferir a compreensão dos participantes acerca do assunto abordado;
- Realizar o reforço positivo à participação;
- Tarefa para casa (identificar os benefícios do tratamento farmacológico na redução da sintomatologia);
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão.

Sessão 4

- Promover a aquisição de conhecimento sobre a Esquizofrenia (prevenção de recaídas);
- Partilha e discussão da tarefa para a casa;
- Solicitar a cada participante que fale sobre as suas recaídas e situações de estigma que tenham sofrido;
- Realizar questões pontuais sobre a temática de forma a aferir a compreensão dos participantes acerca do assunto abordado;
- Realizar o reforço positivo à participação;
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão, questionário de avaliação do programa, escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental, escala de avaliação de *Insight* de Marková e Berrios e questionário de avaliação de conhecimento acerca da Esquizofrenia.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO ACERCA DA ESQUIZOFRENIA

1. O que sabe sobre a Esquizofrenia?

2. Identifique quais os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da Esquizofrenia.

3. Quais os principais sinais e sintomas da Esquizofrenia?

4. Que tipo de fármacos são utilizados no tratamento da Esquizofrenia e quais os principais efeitos secundários que provocam?

5. Quais as medidas a tomar para prevenir as recaídas e reinternamentos?

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

PERGUNTA					SIM	NÃO
Ficou satisfeito com a realização da sessão?						
Achou úteis os conteúdos abordados na sessão?						
No fim da sessão, qual foi o seu nível de esclarecimento?						
1 - muito esclarecido	2 - esclarecido	3 - nem muito, nem pouco	4 - pouco esclarecido	5 - nada esclarecido		
SUGESTÕES:						

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

PERGUNTA					SIM	NÃO
Os conteúdos abordados no programa são benéficos para a sua vida?						
Qual o grau de satisfação da sua participação no programa?						
1- muito satisfeito	2 - satisfeito	3 – nem muito, nem pouco	4 – pouco satisfeito	5 – nada satisfeito		
Quais os aspetos positivos do programa?						
Quais os aspetos negativos do programa?						
SUGESTÕES:						

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO

Tabela 1

Scores obtidos pela F.S. através do preenchimento da Escala de Avaliação de Insight de Marková e Berrios

Data de realização	14/11/2023	24/11/2023
Instrumento de avaliação	Escala de Avaliação de <i>Insight</i> de Marková e Berrios	Escala de Avaliação de <i>Insight</i> de Marková e Berrios
Scores obtidos	12	3

Tabela 2

Scores obtidos pela N.H. através do preenchimento da Escala de Avaliação de Insight de Marková e Berrios

Data de realização	14/11/2023	24/11/2023
Instrumento de avaliação	Escala de Avaliação de <i>Insight</i> de Marková e Berrios	Escala de Avaliação de <i>Insight</i> de Marková e Berrios
Scores obtidos	11	13

Tabela 3

Resultados obtidos com o questionário de avaliação de conhecimento acerca da Esquizofrenia, preenchidos pela F.S.

	14/11/2023	24/11/2023
1. O que sabe sobre a Esquizofrenia?	“É uma doença mental que conduz à loucura.” sic	“Que é uma doença mental, altamente incapacitante.” sic
2. Identifique quais os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da Esquizofrenia?	“Bater com a cabeça em algo duro tipo no chão, contra uma pedra ou parede. Herdada dum progenitor.” sic	“Falta de prazer em fazer coisas, falta de apetite, deixar tomar os medicamentos, isolamento, dormir demais ou não ter sono.” sic
3. Quais os principais sinais e sintomas da Esquizofrenia?	“Fazer coisas que não fazem sentido. Não ter controlo sobre o que se faz.” sic	“Delírio, isolamento, alucinações, falta de motivação, perda de memória, da atenção, do raciocínio lógico, não comer, não beber, depressões.” sic
4. Que tipo de fármacos são utilizados no tratamento da	“Comprimidos e injeções. Efeitos secundários: sono durante o dia, cansaço. Falta de vontade para	“São os antipsicóticos que causam falta de memória, aumento do apetite, gordura nos

Esquizofrenia e quais os principais efeitos secundários?	fazer seja o que for. Vontade de dormir muito." sic	vasos sanguíneos, tonturas, visão turva, sonolência, espasmos oculares." sic
5. Quais as medidas a tomar para prevenir as recaídas e reinternamentos?	"Não parar ou esquecer de tomar os medicamentos. Comer comida regrada e saudável. Disciplina. Desporto e dormir bem." sic	"Adesão terapêutica, interagir com os outros, cumprir rotinas, exercício físico, não criticar, reforço positivo, comer saudavelmente." sic

Tabela 4

Resultados obtidos com o questionário de avaliação de conhecimento acerca da Esquizofrenia, preenchidos pela N.H.

	14/11/2023	24/11/2023
1. O que sabe sobre a Esquizofrenia?	"É uma doença do foro mental que no meu caso tem uma componente genética, tanto do meu pai como da minha mãe. Manifesta-se em delírios, ouvir vozes, sensações de mau estar mental como é o caso de chorar na posição fetal." sic	"A esquizofrenia é uma doença do foro mental, que tem por base no meu caso uma origem genética. É de caráter crónico." sic
2. Identifique quais os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da Esquizofrenia?	"Fatores genéticos ou agudos que se podem desenvolver ao longo da vida, nomeadamente ter masturbação excessiva em extase." sic	"Origem genética, origem familiar, fato de não dormir, ambiente externo, situações traumáticas." sic
3. Quais os principais sinais e sintomas da Esquizofrenia?	"No meu caso é choro excessivo durante algum tempo fechada no quarto sem qualquer contato com a luz. Desde que saí da universidade nunca ou quase nunca me masturbei e isto era uma sinal da doença...passei a revirar os olhos como se fosse um espasmo." sic	No meu caso é o pânico (espasmos oculares, olhos revirados para cima), falta de motivação, isolamento social, perda da atenção, perda do raciocínio lógico." sic
4. Que tipo de fármacos são utilizados no tratamento da Esquizofrenia e quais os principais efeitos secundários?	"Antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, fármacos que nos proporcionam um melhor dormir e um melhor andamento durante o dia, sem sonolência." sic	"Antipsicóticos (risperidona e haloperidol), aumento de peso, resistência à insulina, obstipação, boca seca, tonturas, visão turva, sonolência." sic
5. Quais as medidas a tomar para prevenir as recaídas e reinternamentos?	"Devemos tomar sempre os fármacos recomendados pelos psiquiatras, ter ocupações que nos libertem o pensamento, como é o caso do teatro, piscina, psicomotricidade, trabalhar a dar de comer aos doentes, fazer camas, estar ocupado..." sic	"Adesão terapêutica (tomar a medicação), convívio social, rotinas, exercício físico, não consumir bebidas alcólicas nem fumar, reforço positivo." sic

Tabela 5

Resultados obtidos com a escala para avaliação do reconhecimento da doença mental, preenchidos pela F.S.

	14/11/2023	24/11/2023
Item 1 – Reconhecimento da doença mental	No presente o sujeito reconhece claramente que tem uma doença mental No passado o sujeito não reconhecia	No presente o sujeito reconhece claramente que tem uma doença mental No passado o sujeito não tem a certeza se tinha uma doença mental, mas podia conceber essa ideia
Item 2 – Reconhecimento dos efeitos da medicação	No presente o sujeito acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas No passado o sujeito não tinha a certeza que a medicação reduzia a intensidade e frequência dos seus sintomas	No presente o sujeito acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas No passado o sujeito não acreditava que a medicação reduzia a intensidade e a frequência dos seus sintomas
Item 3 – Reconhecimento das consequências sociais da doença mental	No presente o sujeito acredita que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza que as consequências sociais existiam por ele ter uma doença mental	No presente o sujeito acredita que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza que as consequências sociais existiam por ele ter uma doença mental
Reconhecimento do sintoma item nr. 5 (Delírio)	No presente o sujeito não acredita que tem o sintoma. No passado o sujeito acreditava que tinha o sintoma e reconhecia que essa experiência era explicada pela doença mental	No presente o sujeito não acredita que tem o sintoma. No passado o sujeito acreditava que tinha o sintoma e reconhecia que essa experiência era explicada pela doença mental
Reconhecimento do sintoma item nr. 6 (Alteração do pensamento)	No presente o sujeito não acredita que tem o sintoma. No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma e reconhecia que essa experiência era explicada pela doença mental	No presente o sujeito não acredita que tem o sintoma. No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma e reconhecia que essa experiência era explicada pela doença mental
Reconhecimento do sintoma item nr. 9 (Estereotípias ou rituais)	No presente o sujeito não acredita que tem o sintoma. No passado o sujeito acreditava que tinha o sintoma, mas não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental	No presente o sujeito não tem a certeza se tem o sintoma e não acredita que essa experiência é explicada pela doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza se tinha o sintoma e não acreditava que essa experiência era explicada pela doença mental
Reconhecimento do sintoma item nr. 20 (Relacionamento social pobre)	No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental.	No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental.

	No passado o sujeito não tinha a certeza se tinha esse sintoma, mas podia conceber essa ideia e como tal não tem a certeza se essa experiência era explicada pela doença mental.	No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma, mas não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental.
--	--	--

Tabela 6

Resultados obtidos com a escala para avaliação do reconhecimento da doença mental, preenchidos pela N.H.

	14/11/2023	24/11/2023
Item 1 – Reconhecimento da doença mental	No presente o sujeito reconhece claramente que tem uma doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza se tinha uma doença mental, mas podia conceber essa ideia	No presente o sujeito reconhece claramente que tem uma doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza se tinha uma doença mental, mas podia conceber essa ideia
Item 2 – Reconhecimento dos efeitos da medicação	No presente o sujeito acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas No passado o sujeito não acreditava que a medicação reduzia a intensidade e a frequência dos seus sintomas	No presente o sujeito acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas No passado o sujeito não acreditava que a medicação reduzia a intensidade e a frequência dos seus sintomas
Item 3 – Reconhecimento das consequências sociais da doença mental	No presente o sujeito não tem a certeza se as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental No passado o sujeito não acreditava que as consequências sociais existiam por ele ter uma doença mental	No presente o sujeito acredita que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental No passado o sujeito não acreditava que as consequências sociais existiam por ele ter uma doença mental
Reconhecimento do sintoma item nr. 5 (Delírio)	No presente o sujeito não tem a certeza se tem esse sintoma e não tem a certeza se essa experiência é explicada pela doença mental No passado o sujeito não acreditava ter o sintoma	No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza se tinha o sintoma e não acreditava que essa experiência era explicada pela doença mental
Reconhecimento do sintoma item nr. 6 (Alteração do pensamento)	No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma mas não tem a certeza que essa experiência é explicada pela doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza de ter o sintoma e não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental	No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental No passado o sujeito não tinha a certeza se tinha o sintoma e não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental

Reconhecimento do sintoma item nr. 7 (Afetos inadequados)	<p>No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental</p> <p>No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma e reconhecia que essa experiência era explicada pela doença mental</p>	<p>No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental</p> <p>No passado não acreditava que tinha o sintoma</p>
Reconhecimento do sintoma item nr. 9 (Estereotípias ou rituais)	<p>No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma, mas não tem a certeza que essa experiência é explicada pela doença mental.</p> <p>No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma, mas não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental.</p>	<p>No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental.</p> <p>No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma, mas não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental.</p>
Reconhecimento do sintoma item nr. 12 (Pobre controlo dos impulsos sexuais)	<p>No presente o sujeito não tem a certeza se tem esse sintoma, mas acredita que essa experiência pode ser explicada pela doença mental</p> <p>No passado o sujeito acreditava claramente que tinha o sintoma, mas não acreditava que essa experiência era explicada pela doença mental</p>	<p>No presente o sujeito não tem esse sintoma</p> <p>No passado o sujeito não tem esse sintoma</p>
Reconhecimento do sintoma item nr. 17 (Atenção pobre)	<p>No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental</p> <p>No passado o sujeito tinha muitas dúvidas que tinha o sintoma</p>	<p>No presente o sujeito acredita claramente que tem o sintoma e reconhece que essa experiência é explicada pela doença mental</p> <p>No passado o sujeito não tinha esse sintoma</p>

No sentido de interpretar os resultados obtidos com a implementação do programa de psicoeducação “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio”, começou-se pela análise da variação do *insight*. Nesta dimensão é possível aferir que no caso da N.H. o *score* final aumentou comparativamente ao obtido antes da intervenção. No caso da F.S. não houve melhoria a considerar, muito pelo contrário, o *score* baixou bastante, sem justificação aparente.

Houve de uma forma geral um ligeiro aumento no conhecimento adquirido sobre a esquizofrenia, tal como se pode verificar através da análise dos resultados do questionário de avaliação de conhecimento acerca da doença, uma vez que nos casos das duas participantes, observou-se uma melhoria no conteúdo da informação descrita. Na pessoa assistida F.S. verificou-se melhoria nas respostas às questões 1, 3, 4 e 5, enquanto a pessoa assistida N.H. verificou-se melhoria em todas as respostas, inclusive na questão 4 para além de identificar

o grupo dos antipsicóticos, enumera dois deles. É de realçar que ambas na questão 5, evocam a importância da adesão terapêutica como principal estratégia para prevenir recaídas.

Da análise dos resultados obtidos através da escala para avaliação do reconhecimento da doença mental, ambas as pessoas assistidas reconhecem e identificam a sua doença no presente, mas no passado a F.S. não reconhecia a doença antes de participar no programa e agora já concebe a ideia que no passado já teria a doença.

Ao nível do reconhecimento dos efeitos da medicação, as duas pessoas acreditam que a medicação reduz a intensidade e a frequência dos seus sintomas, fato esse valorizado no passado.

No reconhecimento das consequências sociais da doença mental, ambas identificam no presente que essas consequências estão relacionadas com a doença mental, porém a N.H. antes da intervenção não tinha a certeza que essas consequências sociais existiam por causa de ela ter uma doença mental, o que pode aparentemente ser considerado um ganho adquirido.

Na identificação do sintoma “delírio”, é de salientar que a F.S. não reconhece a presença deste sintoma no presente, somente no passado. O fato de no atual momento estar estabilizada, portanto com a sintomatologia atenuada, não a permite reconhecer essa alteração do pensamento. Em oposição a N.H. antes desta intervenção não tinha a certeza se tinha o sintoma e agora já acredita claramente que tem o sintoma e que ele é explicado pela doença mental.

No sintoma “alteração do pensamento”, a N.H. reconhece a presença do sintoma antes e depois da intervenção, mas registou-se uma melhoria, uma vez que antes não tinha a certeza que essa experiência era explicada pela doença mental e após a intervenção reconhece que a manifestação do sintoma está relacionada com a doença mental.

No sintoma “estereotipias ou rituais” pode-se verificar um ganho no seu reconhecimento, pelo menos parcial, por parte da F.S., uma vez que antes da intervenção não acreditava que tinha este sintoma e agora não tem a certeza se possui o sintoma, mas pode conceber essa ideia. Nesta dimensão, a pessoa assistida N.H. também apresentou melhoria, uma vez que antes da intervenção não tinha certeza que a presença do sintoma estava relacionado com a doença mental e após a participação no programa reconhece que essa experiência é explicada pela doença.

Relativamente ao reconhecimento de sintomas da doença mental, a F.S. antes da intervenção apenas reconhecia como presente no momento atual o sintoma “Relacionamento social pobre”. Após a participação no programa já consegue conceber a ideia de ter também o sintoma “estereotipias ou rituais”.

Em termos de apreciação global, apesar de se verificar alguns ganhos pontuais, não se verificam ganhos em saúde significativos que se possam relacionar com a implementação do programa “Compreender a Esquizofrenia: Um Caminho para o Equilíbrio”, no entanto esses ganhos pontuais juntamente com os resultados obtidos em estudos recentes consultados aquando da realização do estudo de caso, pode-se afirmar que as intervenções psicoeducativas produzem ganhos em saúde de grande relevo, mas têm que ser prolongadas no tempo (cerca de 12 meses de duração) e sempre que possível com a colaboração do suporte familiar.



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

JOÃO ANDRÉ TEIXEIRA SANTOS

PAULO ANDRÉ DUARTE PEREIRA

PROJETO: OS CAMINHOS DO RELAXAMENTO E DO *MINDFULNESS*

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular:
Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica do segundo semestre do Mestrado em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob a
orientação da Professora Doutora Rosa Simões e
Enfermeiras Especialistas Ana Rita Sousa e Mafalda
Gonçalves.

Introdução e contextualização teórica: A infância e a adolescência são períodos desenvolvimentais em que a saúde mental pode ser positivamente influenciada. No entanto, na última década, tem havido uma incidência crescente de perturbação mental em crianças e adolescentes, o que tem levado ao aumento do interesse pelo fenómeno e identificação de formas de intervenção junto desta população específica. As formas mais prevalentes de perturbação mental são a ansiedade, as perturbações comportamentais e de humor e o abuso de substâncias.

A depressão e a ansiedade estão entre as dez causas principais de doença e incapacidade entre as crianças e os adolescentes, sendo reconhecido que estas perturbações apresentam altas taxas de incapacidade, morbilidade e mortalidade (Direção-Geral da Saúde, 2015). O estudo de Aguiar *et al.* (2022), indicia uma prevalência de 26,9% de sintomas relacionados com a ansiedade, sendo que na faixa mais jovem, entre os 18 e 30 anos os níveis de ansiedade atingiram níveis mais altos (40%).

Intervenções escolares integradas, com foco em crianças e adolescentes, conferem a possibilidade de influenciar o desenvolvimento, de forma que este seja saudável, e de diminuir o risco de desenvolvimento de perturbações de saúde mental (Las Hayas *et al.* 2019).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014) na elaboração da DSM-5, a ansiedade pode ser definida como um sentimento de medo/apreensão que provoca tensão e/ou desconforto em relação a uma situação estranha ou de perigo e que pode ser evidenciada por um leque de sintomas, que atuam a nível cognitivo e comportamental. No entanto, a ansiedade pode muitas vezes ser uma emoção adaptativa, uma vez que é necessário ficar ansioso em situações de perigo, e que é através dessa ansiedade que as pessoas vão conseguir responder, face a um estímulo de ameaça (Cruz, 2012). A ansiedade pode até ser uma emoção normal e de grande importância para a manutenção do indivíduo (Ströhle; Gensichen; Domschke, 2018).

Altos níveis de ansiedade prejudicam o jovem no presente, mas podem também ter implicações no futuro, pois segundo Arantes e Gomes (2020), esta pode continuar ou projetar-se no futuro da pessoa e até ser predecessora de depressão. A ansiedade na adolescência incomoda de tal forma que deixa o indivíduo muito apreensivo, pois este distúrbio implica uma inquietação que se pode traduzir em manifestações de ordem fisiológica e cognitiva que gera angústias, medos e até insatisfações com a vida (Oliveira & Oliveira, 2021).

Considerando a ansiedade em contexto não adaptativo, ou seja, em termos de perturbação de ansiedade, estão presentes sentimentos subjetivos que englobam o desconforto, medo ou o pavor; comportamentos ostensivos que abrangem o evitamento e a retirada; e, por último, respostas fisiológicas que se traduzem em sintomas, tais como transpiração, náuseas,

tremores e agitação (Cruz, 2012). Continuada no tempo, a ansiedade torna-se severamente patológica, levando a alterações importantes do funcionamento diário da criança e da sua família. Muitas crianças com este tipo de perturbações têm, por exemplo, dificuldades de atenção e de desempenho escolar, lutam por fazer e manter amizades na escola, têm ambientes familiares muito conflituosos e inúmeras experiências de angústia (Cruz, 2012). Acrescenta-se ainda que o transtorno de ansiedade na adolescência se associa a complicações e à minimização do desempenho académico e apresenta uma tendência de cronicidade (Arantes; Gomes, 2020). Em muitos casos ainda, quadros de ansiedade nos adolescentes, podem levar a danos cognitivos ligados à atenção, memória e funções executivas, resultando como consequência a diminuição do rendimento escolar e dificuldades no relacionamento social (Toassi & Carvalho, 2021).

Neste entendimento, é assim fundamental, desenvolver programas que visem o desenvolvimento de competências psicoemocionais nas crianças e jovens, nomeadamente a autorregulação emocional. A escola parece ser um local de eleição para intervenção, até porque é o local privilegiado para compreender os alunos, como seres biopsicossociais, com questões e necessidades próprias, abrindo janelas de intervenção, que vão muito para além da aprendizagem dos conteúdos escolares. Em ambiente escolar podem ser desenvolvidas ações de promoção da saúde mental, principalmente no que diz respeito a mudanças comportamentais das crianças e adolescentes, até porque na escola são reproduzidos padrões de relacionamentos e comportamentos que podem ser prejudiciais ou, pelo contrário, protetores para a saúde dos jovens, desempenhando um papel fundamental na promoção, prevenção e proteção da saúde dos seus alunos, podendo auxiliar no diagnóstico precoce dos possíveis problemas (Silva & Barros, 2021), mas também na aprendizagem e treino de técnicas, que empoderem os jovens em termos de saúde mental.

O Enfermeiro, particularmente o Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, deve desempenhar um papel crucial no desenvolvimento e na aplicação de projetos e ações de promoção da saúde mental dos adolescentes em contexto escolar.

O recurso a técnicas de relaxamento tem vindo a ser adotada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), sendo uma das intervenções psicoterapêuticas que este pode aplicar no diagnóstico de ansiedade moderada a elevada (Sampaio et al., 2018). O relaxamento conduz o corpo a ter um conjunto integrado de alterações fisiológicas, que são o oposto das reações de luta/fuga presentes na ansiedade, tais como, redução da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial e do consumo de oxigénio, assim como alterações na atividade do sistema nervoso central (Medina; Heitor, 2016). Este baseia-se no princípio de que não é possível estar tenso e relaxado ao mesmo tempo (Willhelm et al., 2015).

A técnica de relaxamento do tipo Imaginação Guiada é uma intervenção que engloba a parte mental, a concentração e a parte física. Esta técnica recorre ao processo de imaginação da própria pessoa para que origine uma representação mental de um objeto, local ou situação que para esta possua um significado positivo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Outra estratégia que pode ser implementada para reduzir a ansiedade nas crianças e nos adolescentes, é o *Mindfulness*, que pode ser definido como uma atenção plena e direcionada ao momento presente com uma determinada orientação, que é de abertura às experiências, de curiosidade, de não julgamento, de não reatividade, de descentralização e profunda compreensão (Brown & Ryan, 2004).

A prática de *Mindfulness*, permite que as crianças aprimorem a habilidade de auto controlar a sua atenção e emoção, e, como resultado, conseguem melhorar a concentração e a aprendizagem à medida que desenvolvem uma relação mais adaptativa com as preocupações e as tensões físicas e contribui na redução da ansiedade. A sua prática é realizada mediante uma série específica de exercícios, conforme menciona Conlon et al (2017), os exercícios devem ser variados durante a sessão como a prática da atenção plena respiratória, na qual ensina os indivíduos a usar a respiração como um instrumento para ajudar na elaboração de perspectivas diferenciadas dos pensamentos e dos sentimentos. A atenção plena do movimento também é outra prática que dá ênfase nas sensações físicas durante a realização de movimentos corporais. Há ainda a prática "*Mindful eating*", que tem o objetivo de levar o indivíduo a alimentar-se, focando a sua atenção na sensação do aroma e o sabor do alimento, observando o que acontece dentro da boca sem julgar o alimento ou os pensamentos como algo positivo ou negativo, apenas observando-os e desenvolvendo mais consciência no ato de comer (Snel, 2016).

Além dessas práticas, existem outras que possuem a mesma finalidade, ou seja, auxiliar a criança a obter a atenção plena nas atividades do dia a dia de forma habitual, para que ela possa praticá-las e aumentar o seu potencial de trabalhar a regulação emocional. A prática de *Mindfulness* retira o indivíduo do piloto automático, da forma rígida e limitada que o impede de lidar com os eventos do momento presente para que eles aprendam a lidar de forma flexível às diferentes demandas da vida. Para Zack, Saekow, Kelly e Radke (2014) ao fundamentar as práticas em exercícios concretos como comer ou caminhar, o conceito de atenção plena torna-se prático e acessível através da experiência. As intervenções baseadas no *Mindfulness* têm se revelado promissoras para auxiliar as crianças com sintomas de ansiedade. Essas intervenções visam auxiliar as crianças a promover o autoconhecimento; desenvolver a autorregulação emocional; compreender melhor a relação entre pensamentos, sentimentos, comportamentos e aprender a lidar com os desafios da vida, sem ter que fugir ou se sentir paralisadas por eles.

Qualquer uma das estratégias enunciadas anteriormente, necessita de ser treinada, sendo que a facilidade em aplicar a técnica e a maximização dos seus resultados, aumenta com o tempo e a persistência do treino.

Torna-se fundamental, pelo aumento da prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e na adolescência, implementar projetos comunitários dirigidos a estas faixas etárias.

Título do Projeto: Os Caminhos do Relaxamento e do *Mindfulness*.

Contexto: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Comunidade

Objetivo geral: Promover a saúde mental dos alunos do ensino básico.

Objetivos específicos: Capacitar, ensinar e treinar com os alunos do ensino básico, algumas técnicas que promovem o auto-controlo e o relaxamento em situações geradores de ansiedade.

População alvo: Alunos do ensino básico do Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Velho.

Duração: A Caminhada terá uma duração de 2 horas e a intervenção de 30min.

Recursos: Estímulos externos fornecidos pelo ambiente, material de apoio à intervenção e morangos.

Dinamizador: Dois Estudantes do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Mafalda Gonçalves.

Parcerias: UCC de Montemor-o-Velho e Agrupamento de Escolas do Ensino Básico de Montemor-o-Velho.

Atividade Planeada: Das técnicas enunciadas no anexo 1 e anexo 2, optou-se pela realização de uma sessão de "*Mindful eating*" (Anexo 2), com a duração de 30min a alunos do ensino básico, com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos. A realização da sessão vai estar inserida numa caminhada promovida pelo agrupamento de escolas de Montemor-o-Velho, com a colaboração da UCC. Uma vez que a atividade será implementada ao ar livre, serão utilizados os estímulos externos do ambiente como facilitador na eficácia da intervenção. Esta foi a técnica eleita, uma vez que foi solicitada pelo agrupamento de escolas uma sessão formativa que abrangesse esta técnica inovadora do *Mindfulness*. Como serão fornecidos morangos aos alunos durante a caminhada, optou-se pelo "*Mindfull eating*". Trata-se de um projeto operacionalizado numa única sessão, o que seria por si só uma limitação, que será esbatida com a possibilidade de continuidade do mesmo pela UCC. Para manter a ligação entre a população escolar e a UCC no âmbito deste projeto, no fim da sessão será

distribuído um guião da atividade, de forma a que os alunos a possam replicar em outros contextos, e os contatos da UCC, para que possam ser esclarecidas dúvidas na aplicação da mesma.

Avaliação da Atividade: Utilização de um questionário de avaliação da atividade, que será aplicado no fim da mesma, com o intuito de aferir o sucesso na concretização da atividade, a satisfação na execução, se as técnicas transmitidas potenciaram o relaxamento e a atenção plena e se as técnicas adquiridas seriam aplicadas em situações futuras, geradoras de ansiedade (Apêndice 1).

Considerações Finais: De acordo com a bibliografia consultada e a análise dos resultados dos questionários obtidos, é expetável que após a intervenção, a técnica implementada, tenha induzido uma propensão positiva para a redução da ansiedade. Pelo fato de ter sido aplicada uma vez de forma isolada, os ganhos em saúde não serão muito evidentes, pelo o que se recomenda a necessidade de reforçar a prática da técnica, quer em sala de aula regularmente, quer incentivando que cada aluno treine em casa, sozinho ou juntamente com os pais. Acredita-se que com o treino continuado da mesma, se obtenham resultados mais significativos, contribuindo assim para ganhos em saúde a longo prazo. Por este motivo, recomenda-se a elaboração e implementação de um programa, continuado no tempo com recurso a uma ou mais técnicas, que os estudantes sejam capazes de treinar com o apoio ou incentivo externo, mas também de forma autónoma e individual.

É de salientar que a realização de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas dirigidas a crianças e jovens, em contexto escolar, são intervenções prioritárias e devem ter um caráter de continuidade, dado serem um grupo vulnerável, pela fase do ciclo vital em que se encontram. Acrescenta-se ainda que estas intervenções assentaram em evidências científicas e em métodos ativos e dinâmicos, por forma a estimular o desenvolvimento de habilidades sociais, nomeadamente, as habilidades comunicativas, assertivas, empáticas e de sentimento positivo, as quais são tão importantes nas relações saudáveis e no percurso de vida.

Referências Bibliográficas:

Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Report*, 7. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>

Arantes, Juliana R.; GOMES, Karin (2020). Autoexigência como fator preponderante no desenvolvimento da ansiedade na infância e adolescência. *Revista de Iniciação Científica*, v. 18, n. 1.

Associação Americana de Psiquiatria (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Ed., Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph078>

Coelho, J., Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. (pp.202-210). Lisboa, Portugal: Lidel.

Conlon, D. S. B., Maynard, B. R., Brendel, K. E., Farina, A. S. J. (2017). Mindfulness-based interventions for youth with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *American Family Children's Hospital, University of Wisconsin, Madison, WI, USA*, p. 1-11. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/312149055_Mindfulness_Based_Interventions_for_Youth_With_Anxiety_A_Systematic_Review_and_Meta-Analysis

Cruz, I. (2012). Relação entre a ansiedade e as cognições das crianças perante situações ambíguas, e a ansiedade das mães e suas cognições. Tese de Mestrado ISPA. Recuperado de: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3942>

Direção-Geral da Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Direção-Geral da Saúde.

Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjemdal, O., Gudmundsdottir, D.G., Knoop H.H., Olafsdottir, A.S., Donisi, V., Carbone, S., Rizzi, S., Mazur, I., Krolicka-Deregowska, A., Morote R., Anyan, F., Ledertoug, M.M., Tange, N., Kaldalons, I., ... Keenoy, E. M. (2019). UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: study rationale and methodology for a European randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7759-0>

Medina, Miriam; Heitor, Filipa. (2016). Relaxamento físico e mental: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo. In III CONGRESSO DA RESAPES. Recuperado de: https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento_fisico_e_mental_construcao_implementacao_e_avaliacao_de_um_programa_de_intervencao_em_grupo

Oliveira, Talles, A., Oliveira, Andrea, A. (2021). A percepção da ansiedade pelos adolescentes. In VI SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG – 12 e 13 de novembro de 2021. Recuperado

de: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef/gipeef/publicacoes/e-book-ii-cirsqvasf-i-olymhealthcare-2022.pdf>

Sampaio, Francisco M. C.; Sequeira, Carlos; Lluch-canut, Teresa. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 19, p. 77-84.

Sequeira, C., Sampaio, Francisco M., C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental*. Lisboa: Lidel.

Silva, Mariana M.; Barros, Lucian S. (2021). A contribuição da escola para a promoção da saúde mental de adolescentes no combate a depressão e ao suicídio. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 21078-21095.

Snel, E. (2016). *Quietinho feito um sapo: exercícios de meditação para crianças (e seus pais)*. Rio de Janeiro: Bicicleta Amarela.

Ströhle, A., Gensichen, J., Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, 155(37), 611–620.

Toassi, Danieli, G., F., De Carvalho, Chrissie F. (2021). O impacto do transtorno de ansiedade generalizada nas funções executivas dos adolescentes, *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v.7, n.11, nov.

Willhelm, Alice R.; Andretta, Ilana; Ungaretti, Mariana S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1):79-86, janeiro-junho.

Zack, S., Saekow, J., Kekky, M. (2014). Mindfulness based interventions for youth. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, p. 44-56.

ANEXO 1 - TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Técnica 1:

Começar por escolher uma música de eleição e imaginar o som dessa música e começar a dançar. Quando o dinamizador disser para **PARAR**, têm de contrair todos os músculos que puderem. Quando o dinamizador disser **COMEÇAR**, soltam os músculos como uma gelatina e continuam a dançar. Repetem o exercício 5x.

Com o corpo relaxado, pedir para imaginarem que têm uma flor na mão direita e uma vela na mão esquerda, cheirar a flor e apagar a vela, cheirar a flor e apagar a vela. Fazê-lo demoradamente. Podemos ir dando características visuais imaginárias da flor e da vela;

Manter um ambiente calmo e relaxante e não forçar a respiração – 5 minutos.

Técnica 2: Guião de relaxamento com crianças (Koeppen, 1974) (Tradução e adaptação de Daniel Bugalho Rijo)

Mãos e Braços

Vamos fingir que tens um limão inteiro na tua mão esquerda. Agora aperta-o com força. Tenta espremer todo o sumo do limão. Sente a força na tua mão e no teu braço, à medida que vais espremendo.

Agora deixa cair o limão. Repara como ficam os teus músculos quando estão relaxados. Agora pega noutro limão e espreme-o. Tenta espremer este com mais força do que a que fizeste no primeiro. É assim mesmo! Com força! Agora deixa cair o teu limão e relaxa. Repara como a tua mão e o teu braço se sentem muito melhor quando estão relaxados.

Mais uma vez, pega num limão com a tua mão esquerda e espreme todo o seu sumo. Não deixes ficar nem uma só gota. Espreme com força. Está bem! Agora relaxa e deixa cair o limão da tua mão.

(Repetir o processo para a mão e braço direitos.)

Braços e Ombros

Vamos fingir que tu és um gato muito peludo e preguiçoso. E queres espreguiçar-te. Estende os teus braços para a frente. Levanta-os acima da tua cabeça. Puxa-os para trás. Sente o puxão nos teus ombros. Estende-os ainda mais. Agora deixa-os cair normalmente.

O.K., gatinho, espreguiça-te novamente. Estica os teus braços para a frente. Levanta-os acima da tua cabeça. Puxa-os para trás. Puxa com força. Agora deixa-os cair normalmente. Está bem! Repara como os teus ombros estão mais relaxados.

Desta vez vamos espreguiçar-nos mesmo a sério. Tenta tocar no teto. Estende os teus braços para a frente diante de ti. Levanta-os acima da tua cabeça. Puxa para trás. Repara na tensão e no puxão nos teus braços e nos teus ombros. Aguenta com força. Estupendo! Deixa-os cair rapidamente e sente como é bom estar relaxado. É bom, quentinho e confortável.

Ombros e pescoço

Agora, vamos fingir que tu és uma tartaruga. Estás sentado numa rocha perto de um lindo e calmo lago, descansado sob um sol quente.

Sentes-te bem, quentinho e seguro. Oh-oh! Sentes perigo! Puxa a tua cabeça para dentro da tua casota, contra os teus ombros. Mantem-te apertado. Não é fácil ser uma tartaruga dentro da casca. O perigo já passou.

Podes sair para fora e sentir o calor do sol e, mais uma vez, podes relaxar e sentir o quentinho do sol. Cuidado agora! Mais perigo!

Depressa, puxa a tua cabeça para dentro da tua casa e aguenta bem apertadinho. Tens que estar muito apertadinho para te protegeres.

O.K., já podes relaxar. Deita a cabeça de fora e deixa os teus ombros relaxar.

Repara como é muito mais agradável estar relaxado do que estar todo apertado. Mais uma vez agora.

Perigo! Esconde a tua cabeça. Puxa os teus ombros contra as tuas orelhas e aguenta. Não deixes nem um só cabelo fora da casota. Aguenta. Sente a tensão no teu pescoço e nos ombros. O.K., já podes sair. Já passou outra vez o perigo. Relaxa e sente-te confortável na tua segurança. Já não há mais perigo. Nada com que te preocupares.

Nada de que ter medo. Sentes-te bem.

Queixo

Tens uma pastilha elástica gigante na tua boca. É muito difícil de mastigar. Trinca bem nela. Força! Deixa que os músculos do teu pescoço te ajudem. Agora relaxa. Deixa que o teu queixo descaia. Repara como sabe bem deixares o teu queixo descair. O.K., vamos voltar a atacar a pastilha elástica novamente. Morde-a com força.

Tenta fazê-la passar por entre os teus dentes. Está bem! Estás mesmo a conseguir destruir essa pastilha. Agora relaxa outra vez. Deixa apenas que o teu queixo se afaste da tua cara.

Sabe tão bem descontrair e não ter que estar contra essa pastilha elástica. O.K., mais uma vez. Desta vez vamos mesmo despedaçá-la. Trinca. Com toda a força que conseguires. Ainda com mais força. Oh, estás mesmo a esforçar-te! Assim é que é! Agora relaxa.

Tenta relaxar todo o teu corpo. Venceste a pastilha elástica. Descontrai-te o mais que puderes.

Cara e Nariz

Aí vem uma mosca velha e chata. Pousou no teu nariz. Tenta que ela saia sem usares as tuas mãos. É assim mesmo, encolhe o teu nariz. Faz tantas rugas no teu nariz quantas puderes. Puxa o teu nariz para cima com força. O.K. Conseguiste afastara a mosca. Agora podes relaxar o teu nariz. Oops, lá vem ela outra vez! Vê se a espantas! Enruga o teu nariz com força. Aguenta-o tão apertado quanto conseguires. O.K., a mosca desapareceu.

Podes relaxar a tua cara. Repara que quando encolheste o teu nariz, as tuas bochechas. A tua boca, a tua testa e os teus olhos também te ajudaram e ficaram apertados. Assim, quando relaxas o teu nariz, a tua cara inteira relaxa também. E isso sabe bem. Oh-oh! Desta vez a mosca velha voltou. Mas agora pousou na tua testa.

Faz montes de rugas. Tenta apanhá-la no meio dessas rugas todas. Mantém a testa apertada. O.K., já podes descontrair. Ainda bem que a mosca já desapareceu. Agora já podes relaxar.

Deixa a tua cara ficar lisinha; nem uma só ruga. Sente a tua cara agradável, lisa e relaxada.

Estômago

Hey! Aí vem um bebé elefante bem giro. Ele não te está a ver deitado sobre a relva e está quase a pisar-te no estômago. Não te mexas, fica quietinho. Não tens tempo de sair do caminho. Prepara-te que ele aí vem: faz o teu estômago ficar muito duro. Aperta os músculos do teu estômago com toda a força. Aguenta. Parece que o bebé elefante está a caminhar noutra sentido. Já podes relaxar. Deixa que o teu estômago fique molinho. Deixa que ele fique tão relaxado quanto conseguires. Sabe bem melhor assim. Oops! Lá vem ele outra vez. Prepara-te!

Aperta o teu estômago. Com toda a força. Se ele te pisar quando o teu estômago está duro, não te magoa. Faz o teu estômago ficar como uma pedra. O.K., ele está novamente a afastar-se.

Agora já podes relaxar. Fica mais confortável e calmo. Repara nas diferenças entre um estômago apertado e um estômago relaxado. É assim que queremos que ele fique, agradável, descontraído e relaxado. Tu não vais acreditar mas, desta vez, o elefante vem mesmo na tua direção e nem se vira um bocadinho. Ele vem mesmo ter contigo. Faz força! Aperta mesmo! Aí vem ele! Desta vez é que é. Tens que manter o teu estômago bem duro.

Ele está a pisar-te. Ele está a passar por cima de ti. Agora já se foi embora. Ainda bem. Podes relaxar completamente. Já estás seguro. Já passou o perigo e podes sentir-te bem e relaxado.

Desta vez, imagina que queres passar através de uma passagem estreita, de uma fenda em que as paredes são rugosas e podem magoar. Tens que te fazer muito magrinho se queres passar através da fenda. Puxa o teu estômago para dentro. Tenta apertá-lo contra as tuas costas. Tenta ficar o mais magrinho que conseguires. Tens que passar na fenda. Agora relaxa. Já não tens que ser magrinho. Relaxa e sente o teu estômago ficar quentinho e à vontade. O.K., vamos agora tentar passar pela fenda. Encolhe o teu estômago. Faz com que ele toque nas tuas costas. Fá-lo ficar verdadeiramente pequeno e apertado. Fica o mais magrinho que conseguires. Aguenta firme.

Tens que passar na fenda. Já passaste por dentro dessa fenda estreitinha e não te arranhaste.

Agora já podes relaxar. Descontraí e deixa que o teu estômago fique como habitualmente. Já te podes sentir verdadeiramente bem. Fizeste muito bem.

Pernas e pés

Agora vamos fingir que estás descalço numa poça cheia de lama, enorme, muito grande. Estica os teus dedos bem fundos na lama. Tenta fazer chegar os teus pés até ao fundo da poça de lama. Provavelmente vais precisar que as tuas pernas te ajudem a empurrar. Empurra para baixo, afasta os dedos dos teus pés uns dos outros e sente a lama escorregar por entre os teus dedos.

Agora salta para fora da poça de lama. Relaxa os teus pés. Deixa os teus dedos descontraírem e sente como isso sabe bem. Sabe bem estar relaxado. Volta para dentro da poça de lama. Empurra os teus dedos para baixo. Deixa que os músculos das tuas pernas te ajudem a empurrar os teus dedos para baixo. Empurra os teus pés. Força! Tenta tocar no fundo seco da poça. O.K., agora podes saltar para fora.

Relaxa os teus pés, relaxa as tuas pernas, relaxa os teus dedos, sabe tão bem estar relaxado. Não há tensão em lado nenhum. Sentes-te quentinho e aconchegado.

Adolescentes

Preparar ambiente calmo, reduzir ruído e concentrar a atenção no ambiente envolvente.

Treino de Respiração

Podemos induzir a que imaginem a vela e a flor de modo a ajuda a respirar calmamente. Com a duração de 5 minutos.

Técnica: Guião para Treino Muscular Progressivo de Jacobson

Explicar o treino de relaxamento: O treino de relaxamento muscular progressivo consiste numa técnica de relaxamento ativo para a pessoa aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, dando atenção às sensações do corpo que acompanham a tensão e o relaxamento. É importante ficar atento e aprender a contrastar as sensações associadas a estes dois estados: tensão e relaxamento.

Esta técnica de relaxamento, requer treino, sendo que o ideal é treinar pelo menos duas vezes por dia entre 15 a 20 minutos. Ao fim de algum tempo, esta técnica será automática, permitindo-te com facilidade realizá-la em qualquer lugar, sempre que te sintas tenso e ansioso. Começa por treinar esta técnica de relaxamento, num local com pouca intensidade de luz e com poucos ruídos. Tenta também que seja num tempo e espaço livre de distrações. À medida que vais fazendo este exercício de contração e descontração do corpo, tenta não pensar em nada, apenas nas sensações produzidas nas diferentes partes do corpo.

Instruções:

Começa por colocar-te confortável, podes escolher deitar-te ou ficar sentado/a numa cadeira com as costas bem encostadas e sentir os pés bem assentes no chão. (PAUSA). As mãos, podes colocá-las em cima das suas pernas. Se preferires, podes optar por deitar-te de barriga para cima, pernas esticadas, com os braços estendidos ao longo do corpo e as palmas da mão voltadas para cima. (PAUSA). Se sentires frio, coloca uma manta sobre ti, de modo a ficar o mais confortável possível. (PAUSA). Fecha os olhos e mantém-nos fechados durante o treino.

Vais agora utilizar os músculos que te indicar. Produz tensão durante 10 segundos e depois relaxa durante 40 segundos. Interioriza e utiliza as seguintes formas de produção de tensão e relaxamento:

Mão e antebraço direito: Contrainos os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg.). Podes imaginar que apertas o sumo de meio limão. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Braço direito: Contrainos os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente a tensão no braço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Mão e antebraço esquerdo: Contrainos os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço esquerdo. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg.). Podes imaginar que apertas o sumo de meio limão. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Braço esquerdo: Contrainos os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente tensão no braço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Parte superior da face (testa): Contrainos os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sente a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz): Contrainos os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo): Contrainos os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg.). Sente a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Pescoço: Contrain os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sente a tensão no pescoço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Peito, ombros e parte superior das costas: Contrain os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, ombros e costas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Abdômen: Contrain os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sente o estômago tenso e apertado (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Coxa direita: Contrain os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (como que para «fugir com o rabo à seringa») e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Parte inferior da perna direita: Contrain os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sente a tensão na barriga da perna (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Pé direito: Contrain os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Coxa esquerda: Contrain os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (como que para «fugir com o rabo à seringa») e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Parte inferior da perna esquerda: Contrain os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sente a tensão na barriga da perna (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Pé esquerdo: Contraí os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

Aos poucos, se estiveres preparado, ao teu ritmo e ao teu tempo, podes começar por mexer os pés, as mãos, abrir os olhos, espreguiçar.

ANEXO 2 – TÉCNICA DE “MINDFUL EATING”

Tente ficar quieto durante o exercício e concentre toda a sua atenção no morango. Aborde o exercício com a mente aberta e cheia de curiosidade.

- Pegue no seu morango.
- Coloque-o na palma da mão e observe as cores, a forma e a textura. Sinta o peso dele em sua mão.
- Finja que nunca viu um morango antes e examine-o de perto.
- Toque no morango com os dedos e sinta a textura. Preste atenção em qualquer alteração na sua forma. Examine bem de perto as sementes do morango, observando todas as cores e as suas imperfeições. Passe o dedo lentamente sobre as sementes e foque o seu pensamento nas rugosidades que sente.
- Se sua mente começar a divagar e pensar em outras coisas, tudo bem. Observe os pensamentos e volte sua atenção para o morango.
- Leve o morango ao nariz e cheire o morango. Respire lentamente várias vezes e concentre-se nos diferentes cheiros. Cheirar o morango desencadeia mais alguma coisa em seu corpo?
- Está com água na boca? Você está a pensar: “Apreste-se e deixe-me comer o morango!” “Porque está a demorar tanto?” Nesse caso, abandone esses pensamentos e volte a sua atenção para o cheiro do morango.
- Aproveite essa atenção plena para passar o morango nos lábios, mas sem o morder. Foque a sua atenção nesse movimento e na satisfação que provoca.
- Agora, lentamente, dê uma pequena mordida no morango, mas não o mastigue ou engula. Observe a sensação e o sabor do morango na sua boca. Qual é a sensação? Observe o sabor e as sensações do morango na sua língua. Mova o morango na sua boca. Tente perceber o momento em que você sente vontade de engolir. Engula lentamente o morango, concentrando-se nas sensações. Observe quaisquer gostos ou sensações persistentes. É doce ou amargo? Áspero ou aveludado a engolir? Foque a sua atenção no prazer que lhe deu a comer o morango...Vamos repetir?!

Como isso foi diferente da sua maneira normal de comer morango? O que você percebeu durante o exercício?

Alguma ideia de como esta técnica pode ser aplicada à alimentação ou a outras áreas da sua vida?

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

PERGUNTA	SIM	NÃO
Conseguiste fazer a atividade até ao fim?		
Ficaste satisfeito com a realização desta atividade?		
No fim da sessão sentiste-te mais relaxado?		
As técnicas transmitidas são importantes para a tua saúde mental?		
Depois desta sessão, achas que conseguias utilizar estas técnicas no futuro, em situações que possam gerar ansiedade?		
SUGESTÕES:		

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO:

Tabela 1

Resultados do questionário de avaliação da atividade

PERGUNTA	SIM	NÃO
Conseguiste fazer a atividade até ao fim?	140	0
Ficaste satisfeito com a realização desta atividade?	140	0
No fim da sessão sentiste-te mais relaxado?	127	13
As técnicas transmitidas são importantes para a tua saúde mental?	102	38
Depois desta sessão, achas que conseguias utilizar estas técnicas no futuro, em situações que possam gerar ansiedade?	89	51
SUGESTÕES:		
SEM SUGESTÕES REGISTADAS		

A avaliação da atividade foi realizada através da aplicação de um questionário, com o intuito de aferir o sucesso na concretização da atividade, a satisfação na execução, se as técnicas transmitidas potenciaram o relaxamento e a atenção plena e se as técnicas adquiridas seriam aplicadas em situações futuras, geradoras de ansiedade. A adesão à atividade foi surpreendente, uma vez que estiveram presentes 140 alunos. Os resultados obtidos com a avaliação da atividade foram muito proveitosos, uma vez que a maioria dos participantes conseguiu realizar a atividade e compreendeu a sua utilidade na promoção da saúde mental.

APÊNDICE 8 - PROGRAMA “RELAXAMENTE”



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Programa: “RelaxaMENTE”.

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar.

Finalidade: Capacitar a pessoa na aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade.

Objetivos: Reconhecer a importância do relaxamento; manter ou reduzir os níveis de ansiedade.

População-alvo: Utentes da unidade Santo Agostinho.

Critérios de Inclusão: Utentes sem défice cognitivo.

Critérios de Exclusão: Utentes com agitação psico-motora, com alteração do pensamento e do comportamento.

Parcerias: Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

Recursos Materiais: Sala ampla, com pouca luz e com temperatura amena, colchões ou cadeiras, almofadas, computador, música ambiente que induza o relaxamento.

Diagnóstico de Enfermagem: Autocontrolo de ansiedade comprometido.

Introdução e contextualização teórica: A ansiedade tem uma elevada prevalência em Portugal sendo um problema de saúde pública. Em 2017, o relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017” publicado pela DGS - indicava que 21% da população portuguesa tinha alguma perturbação da ansiedade. Trata-se de uma patologia mais prevalente em mulheres e com maior gravidade em, pelo menos, um terço dos casos sintomáticos com curso moderado a grave, continuando a ter grande impacto negativo na sociedade moderna, tanto ao nível da saúde, como no funcionamento social e ocupacional da própria pessoa.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014) na elaboração da DSM-5, a ansiedade pode ser definida como um sentimento de medo/apreensão que provoca tensão e/ou desconforto em relação a uma situação estranha ou de perigo e que pode ser

evidenciada por um leque de sintomas, que atuam a nível cognitivo e comportamental. No entanto, a ansiedade pode muitas vezes ser uma emoção adaptativa, uma vez que é necessário ficar ansioso em situações de perigo, e que é através dessa ansiedade que as pessoas vão conseguir responder, face a um estímulo de ameaça (Cruz, 2012). A ansiedade pode até ser uma emoção normal e de grande importância para a manutenção do indivíduo (Ströhle; Gensichen; Domschke, 2018).

O recurso a técnicas de relaxamento tem vindo a ser adotada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), sendo uma das intervenções psicoterapêuticas que este pode aplicar no diagnóstico de ansiedade moderada a elevada (Sampaio; Sequeira; Canut, 2018). O relaxamento conduz o corpo a ter um conjunto integrado de alterações fisiológicas, que são o oposto das reações de luta/fuga presentes na ansiedade, tais como, redução da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial e do consumo de oxigénio, assim como alterações na atividade do sistema nervoso central (Medina; Heitor, 2016). Este baseia-se no princípio de que não é possível estar tenso e relaxado ao mesmo tempo (Willhelm; Andretta; Ungaretti, 2015).

O treino de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Anexo 1), consiste numa técnica de relaxamento ativo para a pessoa aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, dando atenção às sensações do corpo que acompanham a tensão e o relaxamento. É importante ficar atento e aprender a contrastar as sensações associadas a estes dois estados: tensão e relaxamento. Esta técnica de relaxamento, requer treino, sendo que o ideal é treinar pelo menos duas vezes por dia entre 15 a 20 minutos. Ao fim de algum tempo, esta técnica será automática, permitindo com facilidade a sua realização em qualquer situação geradora de ansiedade. Deve ser realizada num local com pouca intensidade de luz, com poucos ruídos e livre de distrações.

Atividades a desenvolver: Serão realizadas 4 sessões, com a duração de 20 a 30 minutos cada e ministradas bissemanalmente (Apêndice 1). O conteúdo formativo das sessões é o mesmo, mas será replicado quatro vezes. O local de implementação será repartido entre o gabinete de enfermagem da unidade de Santo Agostinho, a sala de *snoezelan* e a unidade de ganho de autonomia. As sessões serão realizadas individualmente e o dinamizador será o Enf.º Paulo Pereira (estudante do mestrado em SMP), sob supervisão do EESMP Jorge Façanha. Optou-se pela sessão individual, no sentido de possibilitar ao dinamizador uma observação mais atenta ao comportamento da pessoa, corrigindo possíveis desvios efetuados na execução da atividade. Com esta opção, garante-se à partida maior efetividade da sessão de relaxamento. A sessão denominada de 0, terá como principal objetivo familiarizar a pessoa com o guião de relaxamento utilizado e efetuar um treino de forma a corrigir erros de interpretação e esclarecer dúvidas. Pretende-se assim, aumentar a adesão da pessoa à

atividade terapêutica e otimizar a sua performance, de forma a potenciar os ganhos em saúde provocados pela sessão de relaxamento.

Avaliação dos Resultados: A avaliação de um programa baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Questionário de Auto-avaliação da Ansiedade Estado-Traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2), (Anexo 2);
- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca (Apêndice 2);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 3);
- Questionário de avaliação do programa (Apêndice 4).

Como é passível de observar no planeamento de sessões (Apêndice 1), o Questionário de Autoavaliação da Ansiedade Estado-Traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2) será implementado na sessão 0 e sessão 3 e o Questionário de Autoavaliação da Ansiedade Estado de Spielberger (STAI Y1) será realizado na sessão 1 e 2. A monitorização da tensão arterial e frequência cardíaca será avaliada na sessão 1, 2 e 3. O questionário de avaliação da sessão será aplicado na sessão 1, 2 e 3 e o questionário de avaliação do programa só será implementado na sessão 3.

Considerações Finais: De acordo com a bibliografia consultada, é expetável que após a intervenção, a técnica implementada, tenha induzido uma propensão positiva para a redução da ansiedade. Pelo fato do mesmo conteúdo formativo ter sido replicado durante 4 sessões, espera-se que os ganhos em saúde sejam mais notórios. Por este motivo, recomenda-se a implementação deste programa, continuado no tempo com recurso a uma ou mais técnicas de relaxamento de forma a reforçar a capacitação da pessoa na aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade.

É de salientar que a realização de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas dirigidas à pessoa assistida, em contexto de internamento, são intervenções prioritárias do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e devem ter um carácter de continuidade. Acrescenta-se ainda que estas intervenções assentaram em evidências científicas e em métodos ativos e dinâmicos, por forma a estimular o desenvolvimento de habilidades sociais, nomeadamente, as habilidades comunicativas, assertivas, empáticas e de sentimento positivo, as quais são tão importantes nas relações saudáveis e no percurso de vida.

Referências Bibliográficas:

- Associação Americana de Psiquiatria (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Ed., Artmed.
- Cruz, I. (2012). Relação entre a ansiedade e as cognições das crianças perante situações ambíguas, e a ansiedade das mães e suas cognições. Tese de Mestrado ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3942>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>.
- Medina, Miriam; Heitor, Filipa. (2016). Relaxamento físico e mental: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo. In III CONGRESSO DA RESAPES. [https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento físico e mental construção implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo](https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento_f%C3%ADsico_e_mental_constru%C3%A7%C3%A3o_implementa%C3%A7%C3%A3o_e_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_um_programa_de_interven%C3%A7%C3%A3o_em_grupo).
- Sampaio, Francisco M. C.; Sequeira, Carlos; Lluch-canut, Teresa. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 19, p. 77-84.
- Ströhle, A., Gensichen, J., Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, 155(37), 611–620.
- Willhelm, Alice R.; Andretta, Ilana; Ungaretti, Mariana S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1):79-86, janeiro-junho.

ANEXO 1 - GUIÃO PARA O TREINO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

Agora que está confortavelmente sentado ou deitado... Feche os olhos suavemente, centrando a sua atenção neste exercício... De seguida respire lenta e profundamente, de modo que quando inspirar devagar encha os pulmões de ar e depois expire suavemente o ar para fora... Continue com este tipo de respiração, lentamente... profundamente... Aprecie a tranquilidade associada a este tipo de respiração... Preste atenção à minha voz e dirija a sua atenção da minha voz para o som da música do som da música para a minha voz... Continue a respirar lenta e profundamente... Sem pressas... Vamos então dar início ao exercício de relaxamento.

1. BRAÇO E MÃO DOMINANTE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos da sua mão e braço direito... Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos, fechando a mão com força e dobrando o braço pelo cotovelo, fazendo força, ... AGORA Sinta a tensão na sua mão e no seu braço até ao ombro. Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados... Repare em todas essas sensações desagradáveis... 2 (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair, diluir-se... Repare na diferença na sua mão, no seu braço... Repare na diferença entre tensão e relaxamento... Repare a mudança...preste atenção a estes músculos, como os seus músculos se sentem quando estão relaxados. Continue a respirar lenta e profundamente... Isso!.. Deixe toda a tensão sair enquanto expira... (Manter durante 30-40 segundos)

2. BRAÇO E MÃO NÃO DOMINANTE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos da sua mão e braço esquerdo ... Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos, fechando a mão com força e dobrando o braço pelo cotovelo, fazendo força,... AGORA Sinta a tensão na sua mão e no seu braço até ao ombro. Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados... Repare em todas essas sensações desagradáveis... (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair, diluir-se... Repare na diferença na sua mão, no seu braço... Repare na diferença entre tensão e relaxamento... Repare a mudança...preste atenção a estes músculos, como os seus músculos

se sentem quando estão relaxados. Continue a respirar lenta e profundamente... Isso!.. Deixe todo a tensão sair enquanto expira... (Manter durante 30-40 segundos).

3. FACE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos do seu rosto. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraía os músculos da sua face enrugando a testa com força, fechando os olhos com muita força, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás... AGORA ... contraía os músculos da sua face enrugando a testa com força, fechando os olhos com muita força, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás. Sinta a tensão em toda a sua face...nos músculos da testa, da face e do nariz....Repare em todas essas sensações desagradáveis de tensão e contração... (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair, diluir-se...Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados...Repare na diferença entre tensão e relaxamento...Repare na mudança...Aprecie as sensações, profundamente agradáveis, à medida que os seus músculos se vão soltando suavemente... Preste toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento... Note a diferença entre estar tenso e relaxado e como é tão agradável estar calmo e relaxado... Continue a respirar lenta e profundamente...Sem pressas...Isso!.. Deixe todo a tensão sair enquanto expira...Aprecie todas as sensações agradáveis associadas à sensação de relaxamento...que percorrem suavemente o seu corpo... (Manter durante 30-40 segundos)

4. PESCOÇO E OMBROS

Vamos focar a sua atenção nos músculos do pescoço e da garganta. Quando eu disser AGORA vou pedir-lhe que contraía esses músculos puxando o queixo para o peito sem tocar no peito ... AGORA Contraía os músculos do pescoço e da garganta puxando o queixo para o peito sem tocar no peito ... Note a tensão nesses músculos...É como é desagradável essa sensação... (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados... Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos. Respire lentamente...profundamente...Sem pressas...Isso mesmo... (Manter durante 30-40 segundos)

5. PEITO, OMBROS, PARTE SUPERIOR DAS COSTAS E BARRIGA

Preste agora atenção aos músculos do peito, dos ombros, da parte superior das costas e da barriga... Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando os ombros para trás, fazendo a barriga muito dura ... AGORA Contraia os músculos do peito, dos ombros, da parte superior das costas e da barriga... inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando os ombros para trás, fazendo a barriga muito dura ... Sinta a tensão no peito, nos ombros, na parte superior das costas e na barriga... Repara em todas essas sensações desagradáveis, derivadas da tensão, de ter os músculos duros e apertados (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe a tensão sair... Repare como esses músculos estão agora, comparando com o que se passava anteriormente... À medida que o exercício decorre sentes-te cada vez mais relaxado ... Continua com a respiração lenta e profunda... Devagar... Sem pressas... Este é um momento para si... Para relaxar e descontraír... (Manter durante 30-40 segundos)

6. PERNA DOMINANTE

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé direito. Quando eu disser AGORA vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna direita, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente... AGORA Contraia os músculos da perna direita, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente... Sinta a tensão através da sua perna até ao pé... e com isso é desagradável... (Manter 5-7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair... Relaxe o pé e a perna... Deixe que os dedos e que a perna fiquem soltos e sinta como isso é agradável. Deixe toda a tensão sair... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais relaxados, mais libertos, mais soltos... É bom estar relaxado. (Manter durante 30-40 segundos)

7. PERNA NÃO DOMINANTE

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé esquerdo. Quando eu disser AGORA vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna esquerda, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente... AGORA Contraia os músculos da perna esquerda, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente. Sinta a tensão através da sua perna até ao pé... e com isso é desagradável... (Manter 5-7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair... Relaxe o pé e a perna... Deixe que os dedos e que a perna fiquem soltos e sinta como isso é agradável. Deixe toda a tensão sair... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais relaxados, mais libertos, mais soltos... É bom estar relaxado. (Manter durante 30-40 segundos) À medida

que ouve a minha voz, e sente essas sensações, cada vez se sente mais calmo e mais profundamente relaxado... Este é um momento de tranquilidade...Continue a respirar lenta e profundamente... Sem pressas...Este momento é só seu, para relaxar e apreciar todas as sensações associadas ao relaxamento...À medida que o ar entra...e sai....sente-se cada vez mais relaxado, os seus músculos estão cada vez mais e mais relaxados e pensa “É tão bom sentir-me assim” (Manter 30-40 segundos)

Concentre-se no ambiente calmo e tranquilo que a rodeia, sinta o odor à sua volta,... sinta os sons que o rodeiam... sinta a tranquilidade sente-se tão bem... e pensa “é tão bom sentir-me assim”

FINAL

Já relaxámos os músculos dos braços e das mãos... Deixe que eles continuem a relaxar... Relaxámos os músculos da face e do pescoço.... Continue a deixar que eles se mantenham profundamente relaxados.... Relaxámos os músculos das pernas e dos pés... Deixe que esses músculos se mantenham profunda e completamente relaxados.... Sente-se calmo, relaxado e pensa para si próprio “É tão bom sentir-me assim...” pode fazer este exercício mais vezes...Tirar algum tempo para siparar....para relaxar...

Suavemente prepara-se para abandonar este exercício.... Vou contar de trás para a frente de 5 até 0...

5. Sente-se calmo, mais tranquilo...sabe que o relaxamento está dentro de si....

4. Vai aprender que pode transportar o relaxamento para onde quiser, o relaxamento está dentro de si....

3. Muito devagar e suavemente pode mexer os braços e as mãos

2. Devagar pode mexer o pescoço e a cara, lentamente pode ir abrindo os olhos como se acabasse de acordar....

1. Ao longo do dia vai lembrar-se como é bom estar relaxado. Pode praticar estes exercícios todos os dias para que consiga relaxar cada vez melhor. Assim, quando se tornar um especialista em relaxamento, poderá relaxar em qualquer lugar. Basta que se lembre dos exercícios que realizou

0. Suavemente transporte consigo essa sensação de calma.... Sabe que o relaxamento está dentro de si e que o pode levar para onde quiser...Transporte-o para o aqui e agora... regressando a esta sala.... terminando assim o seu exercício de relaxamento.

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO DE SPIELBERGER (STAI Y1 e STAI Y2)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Desenvolvido por Charles Spielberger
em colaboração com R.L. Gorush, R. Lushene, P. R. Vagg, e G. A. Jacobs
Traduzido por
Teresa McIntyre, M. A., e Lurdes Barros, LICSW
Copyright 1988
STAI Form Y-1

Data: __/__/____

Idade: _____

Sexo: M ___ F ___

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora.

	DE MODO NENHUM	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me transtornado (a)	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado (a) com coisas más que possam acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio (a)	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado (a)	1	2	3	4
14. Estou indeciso (a)	1	2	3	4
15. Sinto-me repousado (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Sinto-me preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Form Y-2

Data: ___/___/___

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **a maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEM ENTE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso (a) e inquieto (a)	1	2	3	4
23. Estou satisfeito comigo próprio (a)	1	2	3	4
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto que sou um fracasso	1	2	3	4
26. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
27. Sinto-me calmo (a), refrescado (a) e composto (a)	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não posso vencê-las	1	2	3	4
29. Preocupo-me demasiado com coisas que realmente não importam	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos incomodativos	1	2	3	4
32. Não tenho confiança em mim próprio (a)	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
34. Faço decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado (a)	1	2	3	4
36. Sinto-me contente	1	2	3	4
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	1	2	3	4
38. Fico tão sentido (a) com desapontamentos que não consigo deixar de pensar neles	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40. Fico tenso (a) ou transtornado (a) quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	1	2	3	4

APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DE SESSÕES

Sessão 0

- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Explicação da intervenção a desenvolver;
- Avaliação inicial do nível de ansiedade estado-traço;
- Treino do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Esclarecimento de dúvidas.

Sessão 1

- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.
- Execução do relaxamento, através da leitura do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Avaliação final do nível de ansiedade estado, monitorização de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca e questionário de avaliação da sessão.

Sessão 2

- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.
- Execução do relaxamento, através da leitura do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Avaliação final do nível de ansiedade estado, monitorização de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca e questionário de avaliação da sessão.

Sessão 3

- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.
- Execução do relaxamento, através da leitura do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Avaliação final do nível de ansiedade estado-traço, monitorização de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca, questionário de avaliação da sessão e questionário de avaliação final do programa.

APÊNDICE 2 – MONITORIZAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL E FREQUÊNCIA CARDÍACA

	INICIO		FIM	
PARTICIPANTES	TENSÃO ARTERIAL	FREQUÊNCIA CARDÍACA	TENSÃO ARTERIAL	FREQUÊNCIA CARDÍACA

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

PERGUNTA					SIM	NÃO
Conseguiu cumprir com as indicações presentes no guião até ao fim?						
Ficou satisfeito com a realização desta atividade?						
No fim da sessão como se sentiu?						
1- muito relaxado	2 - relaxado	3 – nem muito, nem pouco	4 – pouco relaxado	5 – nada relaxado		
SUGESTÕES:						

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

PERGUNTA	SIM	NÃO
As técnicas transmitidas são importantes para a sua saúde mental?		
Depois desta sessão, acha que conseguiria utilizar estas técnicas no futuro, em situações geradoras de ansiedade?		
SUGESTÕES:		

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO:

Tabela 1

Scores obtidos pela F.S. através do preenchimento do questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2)

Data Realização de	11/10/23		23/10/23	24/10/23	31/11/23	
Instrumento Avaliação de	STAI Y1	STAI Y2	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y2
Scores Obtidos	32	30	20	20	20	30

Tabela 2

Valores de tensão arterial e frequência cardíaca obtidos pela F.S., antes e após cada sessão

Data de Realização	23/10/23		24/10/23		31/10/23	
	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão
Valores de Tensão Arterial (mmHg)	129/84	124/83	117/88	140/83	117/79	111/76
Valores de Frequência Cardíaca (bpm)	69	61	59	43	68	46

Tabela 3

Scores obtidos pela M.N. através do preenchimento do questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2)

Data Realização de	06/10/23		23/10/23	31/10/23	02/11/23	
Instrumento Avaliação de	STAI Y1	STAI Y2	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y2
Scores Obtidos	52	62	31	27	30	58

Tabela 4

Valores de tensão arterial e frequência cardíaca obtidos pela M.N., antes e após cada sessão

Data de Realização	23/10/23		31/10/23		02/11/23	
	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão
Valores de Tensão Arterial (mmHg)	91/72	99/72	97/73	111/86	83/68	91/76
Valores de Frequência Cardíaca (bpm)	78	83	92	93	89	82

Tabela 5

Scores obtidos pela M.C., através do preenchimento do questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2)

Data de Realização	06/10/23		26/10/23	31/10/23	09/11/23	
Instrumento de Avaliação	STAI Y1	STAI Y2	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y2
Scores Obtidos	46	53	44	48	42	46

Tabela 6

Valores de tensão arterial e frequência cardíaca obtidos pela M.C., antes e após cada sessão

Data de Realização	26/10/23		31/10/23		09/11/23	
	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão
Valores de Tensão Arterial (mmHg)	109/83	120/81	122/88	120/83	110/75	107/79
Valores de Frequência Cardíaca (bpm)	77	63	90	71	72	70

Tabela 7*Resultados obtidos pelo preenchimento do questionário de avaliação em todas as sessões do programa*

	SIM	NÃO
Conseguiu cumprir com as indicações presentes no guião até ao fim?	9	0
Ficou satisfeito com a realização desta atividade?	9	0

Tabela 8*Resultados obtidos pelo preenchimento do questionário de avaliação em todas as sessões do programa*

	1-muito relaxado	2-relaxado	3-nem muito, nem pouco	4-pouco relaxado	5-nada relaxado
No fim da sessão como se sentiu?	3	6	0	0	0

Tabela 9*Resultados obtidos pelo preenchimento do questionário de avaliação do programa*

	SIM	NÃO
As técnicas transmitidas são importantes para a sua saúde mental?	3	0
Depois deste programa, acha que conseguiria utilizar estas técnicas no futuro, em situações geradoras de ansiedade?	2	1

Os resultados obtidos, permitiram concluir que a intervenção implementada conseguiu parcialmente atingir um dos objetivos, nomeadamente na diminuição dos níveis de ansiedade, visível quer nos scores obtidos pela aplicação do auto questionário de ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2), quer pelas alterações fisiológicas provocadas, diminuindo, na maior parte das avaliações, os valores da tensão arterial e frequência cardíaca. O retorno dos participantes, no fim de cada sessão foi bastante positivo, verificando-se que em 6 sessões a pessoa assistida refere ter ficado relaxada e em 3 sessões refere ter ficado muito relaxada. Ao nível da capacitação das pessoas assistidas, os resultados são positivos, apenas havendo um participante a referir que não se sentia capacitado para realizar as técnicas de relaxamento, de forma autónoma, em situações geradoras de ansiedade.

APÊNDICE 9 - PROGRAMA DE RELAXAMENTO NO CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Programa: Relaxamento

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de respostas diferenciadas.

Finalidade: Capacitar a pessoa na aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade.

Objetivos: Reconhecer a importância do relaxamento; Reduzir os níveis de ansiedade.

População-alvo: Utente do HDO.

Recursos Materiais: Sala ampla, com pouca luz e com temperatura amena, colchões ou cadeiras, almofadas, computador, música ambiente que induza o relaxamento.

Diagnóstico de Enfermagem: Autocontrolo de ansiedade comprometido.

Introdução e contextualização teórica: A ansiedade tem uma elevada prevalência em Portugal sendo um problema de saúde pública. Em 2017, o relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017” publicado pela DGS - indicava que 21% da população portuguesa tinha alguma perturbação da ansiedade. Trata-se de uma patologia mais prevalente em mulheres e com maior gravidade em, pelo menos, um terço dos casos sintomáticos com curso moderado a grave, continuando a ter grande impacto negativo na sociedade moderna, tanto ao nível da saúde, como no funcionamento social e ocupacional da própria pessoa.

A doença oncológica é uma condição física que constitui uma ameaça à saúde e à vida das pessoas, com repercussões a vários níveis, incluindo psicossociais. O diagnóstico e tratamento do cancro pode, em alguns casos, ter consequências emocionais significativas, resultando a experiência da doença oncológica num considerável e permanente *distress* emocional. Para este grupo de doentes, as reações emocionais iniciais parecem, assim, evoluir para problemas psicológicos e psiquiátricos clinicamente significativos, os quais, normalmente, ocorrem no quadro de uma perturbação de adaptação, perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade (Holland et al., 2006).

No presente é reconhecido que cerca de um terço de todos os doentes oncológicos exibem um *distress* emocional significativo associado ao diagnóstico e tratamento do cancro, que requer uma intervenção diferenciada (Carlson et al., 2003), defendendo os mesmos autores que, por este motivo, o impacto emocional do cancro não deve ser desvalorizado, mas sim considerado o sexto sinal vital em oncologia e encarado como um componente essencial nos cuidados a prestar. Nesta medida, reconhece-se hoje a importância do rastreio do *distress* emocional em todos os doentes oncológicos, da identificação dos doentes em risco e da intervenção dirigida ao sofrimento psicossocial.

No sentido de avaliar o grau de *distress* emocional da pessoa, será aplicado o Termómetro de *Distress*, que foi desenvolvido pela National Comprehensive Cancer Network como um instrumento de rastreio (Anexo 1), com o objetivo de promover o diagnóstico precoce, monitorização e tratamento eficaz do *distress* na pessoa com cancro, estabelecendo o quadro sintomático subjacente e sugerindo métodos de intervenção e acompanhamento (NCCN, 2014). Trata-se de um questionário muito simples, traduzido e reproduzido por Bacalhau (2004), cuja sensibilidade e especificidade foi testada para a população portuguesa (Teixeira et al., 2020), onde a pessoa é solicitada a assinalar o grau de sofrimento emocional percecionado numa escala de 0 (sem sofrimento) a 10 (sofrimento extremo) e onde é também pedido que sinalize numa lista de problemas, que possam contribuir para o seu sofrimento.

O termómetro de *distress*, apesar de ser um instrumento útil para o rastreio do *distress*, tem um uso mais limitado na identificação de perturbações psiquiátricas (como perturbações depressivas ou ansiosas) (Mitchel et al., 2011). Nesse sentido foi utilizado em complementaridade com a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983), que é uma escala de 14 itens, desenhada para avaliação de sintomas ansiosos e depressivos em doentes com patologias médico-cirúrgicas (Anexo 2). Foi validada para a população portuguesa (Pais Ribeiro, 2007) e pode ser bastante útil, pela sua simplicidade e facilidade de aplicação, como instrumento de rastreio a aplicar pelas equipas terapêuticas. Os valores são cotados para cada subescala (ansiedade e depressão) e interpretados da seguinte forma, scores de 0 a 7 indicam ausência de sintomatologia, scores de 8 a 10 demonstram sintomatologia leve, de 11 a 14 apresenta sintomatologia moderada e scores de 15 a 21, presença de sintomatologia severa.

O recurso a técnicas de relaxamento tem vindo a ser adotada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), sendo uma das intervenções psicoterapêuticas que este pode aplicar no diagnóstico de ansiedade moderada a elevada (Sampaio et al., 2018). O relaxamento conduz o corpo a ter um conjunto integrado de alterações fisiológicas, que são o oposto das reações de luta/fuga presentes na ansiedade, tais como, redução da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial e do consumo de oxigénio, assim como

alterações na atividade do sistema nervoso central (Medina & Heitor, 2016). Este baseia-se no princípio de que não é possível estar tenso e relaxado ao mesmo tempo (Willhelm et al., 2015).

O treino de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Anexo 3), consiste numa técnica de relaxamento ativo para a pessoa aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, dando atenção às sensações do corpo que acompanham a tensão e o relaxamento. É importante ficar atento e aprender a contrastar as sensações associadas a estes dois estados: tensão e relaxamento. Esta técnica de relaxamento, requer treino, sendo que o ideal é treinar pelo menos duas vezes por dia entre 15 a 20 minutos. Ao fim de algum tempo, esta técnica será automática, permitindo com facilidade a sua realização em qualquer situação geradora de ansiedade. Deve ser realizada num local com pouca intensidade de luz, com poucos ruídos e livre de distrações.

Atividades a desenvolver: Serão realizadas 4 sessões, com a duração de 20 a 30 minutos cada e ministradas bissemanalmente (Apêndice 1). O conteúdo formativo das sessões é o mesmo, mas será replicado quatro vezes. As sessões serão realizadas individualmente e o dinamizador será o Enf.º Paulo Pereira (estudante do mestrado em SMP), sob supervisão do EESMP Cristina Boaventura. Optou-se pela sessão individual, no sentido de possibilitar ao dinamizador uma observação mais atenta ao comportamento da pessoa, corrigindo possíveis desvios efetuados na execução da atividade. Com esta opção, garante-se à partida maior efetividade da sessão de relaxamento. A sessão denominada de 0, terá como principal objetivo familiarizar a pessoa com o guião de relaxamento utilizado e efetuar um treino de forma a corrigir erros de interpretação e esclarecer dúvidas. Pretende-se assim, aumentar a adesão da pessoa à atividade terapêutica e otimizar a sua performance, de forma a potenciar os ganhos em saúde provocados pela sessão de relaxamento.

Avaliação dos Resultados: A avaliação de um programa baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Termómetro de *Distress* (Anexo 1);
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983) (Anexo 2);
- Questionário de Auto-avaliação da Ansiedade Estado-Traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2), (Anexo 4);
- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca (Apêndice 2);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 3);

- Questionário de avaliação do programa (Apêndice 4).

Como avaliação diagnóstica será aplicado o Termómetro de *Distress* e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983), que posteriormente será repetido no fim das 4 sessões de relaxamento.

Como é passível de observar no planeamento de sessões (Apêndice 1), foi utilizado o questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço (STAI Y1 e STAI Y2) de Spielberger (1983), adaptada para a população portuguesa por Santos & Silva (1997) e foi efetuada a monitorização da tensão arterial e frequência cardíaca (Anexo 4). O STAI Y1 foi aplicado no fim de cada sessão de relaxamento e o STAI Y2 no início e fim das 4 sessões. A monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca foi efetuada no início e no fim de cada sessão de relaxamento.

No sentido de prolongar os ganhos em saúde, será disponibilizado à pessoa, um ficheiro áudio, que utiliza uma técnica de relaxamento por imaginação guiada e que pode ser usado em qualquer situação fora do contexto hospitalar.

Considerações Finais: De acordo com a bibliografia consultada, é exetável que após a intervenção, a técnica implementada, tenha induzido uma propensão positiva para a redução da ansiedade. Pelo fato do mesmo conteúdo formativo ter sido replicado durante 4 sessões, espera-se que os ganhos em saúde sejam mais notórios. Por este motivo, recomenda-se a implementação deste programa, continuado no tempo com recurso a uma ou mais técnicas de relaxamento de forma a reforçar a capacitação da pessoa na aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade.

Referências Bibliográficas:

Bacalhau, R. (2004). Termómetro de Distress – Tradução e Reprodução para o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil: CROL, SA.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571–581. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000074003.35911.41>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>.

Medina, Miriam; Heitor, Filipa. (2016). Relaxamento físico e mental: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo. In III CONGRESSO DA RESAPES.

[https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento físico e mental construção implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo.](https://www.academia.edu/en/30558264/Relaxamento_f%C3%ADsico_e_mental_constru%C3%A7%C3%A3o_implementation_e_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_um_programa_de_interven%C3%A7%C3%A3o_em_grupo)

- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet. Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X).
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines Version 2. (2014). DistressManagement. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol, Health Med*;12, 225-237.
- Sampaio, Francisco M. C.; Sequeira, Carlos; Lluch-canut, Teresa. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 19, p. 77-84.
- Teixeira, R. J., Machado, J. C., Faria, S., Remondes-Costa, S., Brandão, T., Branco, M., Moreira, S., & Pereira, M. G. (2020). Brief emotional screening in oncology: Specificity and sensitivity of the emotion thermometers in the Portuguese cancer population. *Palliative & supportive care*, 18(1), 39–46. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000208>.
- Willhelm, Alice R.; Andretta, Ilana; Ungaretti, Mariana S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1):79-86, janeiro-junho.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXO 1 – TERMÓMETRO DE *DISTRESS*

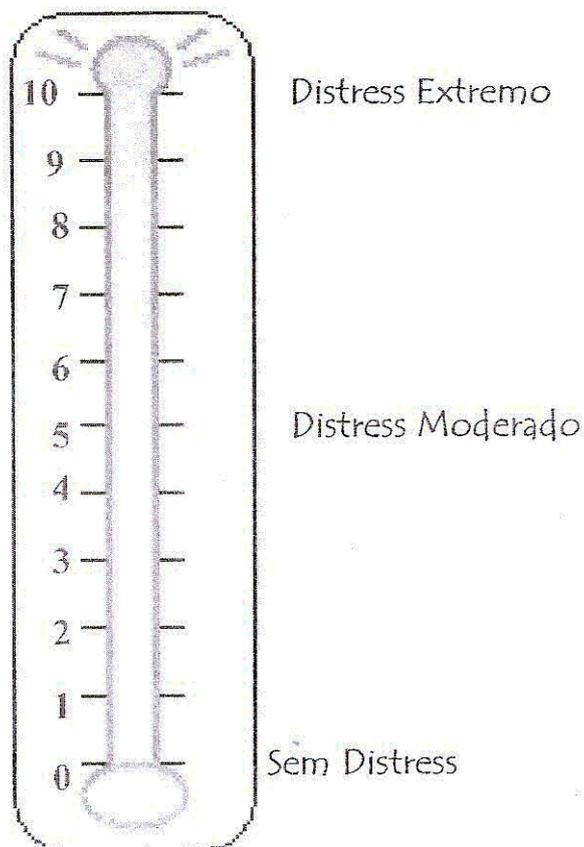
TERMÓMETRO DE *DISTRESS*

Distress Thermometer National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2005)

Este instrumento permite avaliar diferentes graus de *distress*. Não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas são importantes, pois ajudarão a equipa clínica a definir a sua intervenção de acordo com as preocupações assinaladas.

Instruções:

Por favor, faça um círculo em torno do número (de 1 a 10) que melhor descreve o grau de *distress* que tem vindo a sentir ao longo da última semana.



Agora assinale (☒) se teve problemas nalguma das áreas que a seguir se apresentam, ao longo da última semana.

Por favor, não se esqueça de assinalar **Sim** ou **Não** para cada uma das questões.

Sim	Não	<u>Problemas Práticos</u>	Sim	Não	<u>Problemas Físicos</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidar de filhos pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidar da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Higiene e cuidados pessoais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Questões financeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiração
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração no hábito urinário
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalho/Profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstipação
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreia
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentação
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansaço
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lentidão
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febre
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldade em andar
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldades na digestão
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memória/Concentração
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aftas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestionamento nasal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexualidade
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele seca
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formigueiro nas mãos/pés

Outros Problemas/Preocupações

ANEXO 2 – HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

HADS

“Hospital Anxiety and Depression Scale” (Zigmond e Snaith, 1983)

Sabemos que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se estivermos a par do que sente, poderemos ajudá-lo mais.

Este questionário foi elaborado para o ajudar a compreender como se sente. Leia cada alínea e assinale, com uma cruz no quadrado respetivo ☒ a resposta que mais se parece **com o que tem sentido na última semana.**

Não leve muito tempo a responder. A sua reação imediata a cada alínea será provavelmente mais precisa do que uma resposta bem pensada.

1. Sinto-me tenso ou nervoso:

A maior parte do tempo

Muitas vezes

De tempos a tempos, ocasionalmente

Absolutamente nada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2. Ainda aprecio as coisas que costumava apreciar:

Exatamente da mesma maneira

Já nem tanto

Só um bocadinho

Quase nada

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

3. Tenho um pressentimento assustador de que alguma coisa de mal me vai acontecer:

Sim, e muito forte

<input type="checkbox"/>

Sim, mas não muito forte

Um pouco, mas não me aflige

Não tenho

4. Consigo rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como sempre pude

Já nem tanto

Muito menos do que costumava

Mesmo nada

5. Passam-me pela cabeça preocupações:

Quase sempre

Muitas vezes

Às vezes, mas não muito

Só uma vez por outra

6. Sinto-me alegre:

Nunca

Raras vezes

Às vezes

Quase sempre

7. Consigo descansar e descontraí-me:

Quando quero

Às vezes

Nem sempre

Nunca

8. Sinto que não posso esforçar-me tanto:

Quase sempre

Muitas vezes

Às vezes

Nunca

9. Dá-me um sentimento de medo que parece que tenho “borboletas” no estômago:

Nunca

Às vezes

Frequentemente

Muitas vezes

10. Deixei de me interessar pela minha aparência:

Completamente

Não lhe ligo tanto como devia

Talvez não lhe dê tanta atenção

Dou-lhe tanta atenção como sempre dei

11. Sinto-me agitado como se tivesse que me mexer:

Muito

Bastante

Nem por isso

Mesmo nada

12. Fico na expectativa de coisas futuras com prazer:

Tanto como sempre fiquei

Bastante menos do que era costume

Muito menos do que era costume

Quase não acontece

13. Tenho momentos súbitos de pânico:

Muitas vezes

Bastantes vezes

Não muitas vezes

Nunca

14. Tenho prazer em ler um bom livro, ou em ouvir um programa de rádio, ou em ver um programa de televisão:

Muitas vezes

Às vezes

Uma vez por outra

Raras vezes

Agora verifique se respondeu a todas as perguntas.

Gratos pela sua colaboração!

ANEXO 3 - GUIÃO PARA O TREINO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

Agora que está confortavelmente sentado ou deitado... Feche os olhos suavemente, centrando a sua atenção neste exercício... De seguida respire lenta e profundamente, de modo que quando inspirar devagar encha os pulmões de ar e depois expire suavemente o ar para fora... Continue com este tipo de respiração, lentamente... profundamente... Aprecie a tranquilidade associada a este tipo de respiração... Preste atenção à minha voz e dirija a sua atenção da minha voz para o som da música do som da música para a minha voz... Continue a respirar lenta e profundamente... Sem pressas... Vamos então dar início ao exercício de relaxamento.

1. BRAÇO E MÃO DOMINANTE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos da sua mão e braço direito... Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos, fechando a mão com força e dobrando o braço pelo cotovelo, fazendo força, ... AGORA Sinta a tensão na sua mão e no seu braço até ao ombro. Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados... Repare em todas essas sensações desagradáveis... 2 (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair, diluir-se... Repare na diferença na sua mão, no seu braço... Repare na diferença entre tensão e relaxamento... Repare a mudança...preste atenção a estes músculos, como os seus músculos se sentem quando estão relaxados. Continue a respirar lenta e profundamente... Isso!.. Deixe toda a tensão sair enquanto expira... (Manter durante 30-40 segundos)

2. BRAÇO E MÃO NÃO DOMINANTE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos da sua mão e braço esquerdo ... Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos, fechando a mão com força e dobrando o braço pelo cotovelo, fazendo força,... AGORA Sinta a tensão na sua mão e no seu braço até ao ombro. Repare como é a sensação de tensão nesses músculos, quando os puxa e os mantém duros e apertados... Repare em todas essas sensações desagradáveis... (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair, diluir-se... Repare na diferença na sua mão, no seu braço... Repare na diferença entre tensão e relaxamento... Repare a mudança...preste atenção a estes músculos, como os seus músculos

se sentem quando estão relaxados. Continue a respirar lenta e profundamente... Isso!.. Deixe todo a tensão sair enquanto expira... (Manter durante 30-40 segundos).

3. FACE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos do seu rosto. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraía os músculos da sua face enrugando a testa com força, fechando os olhos com muita força, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás... AGORA ... contraía os músculos da sua face enrugando a testa com força, fechando os olhos com muita força, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás. Sinta a tensão em toda a sua face...nos músculos da testa, da face e do nariz....Repare em todas essas sensações desagradáveis de tensão e contração... (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair, diluir-se...Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados...Repare na diferença entre tensão e relaxamento...Repare na mudança...Aprecie as sensações, profundamente agradáveis, à medida que os seus músculos se vão soltando suavemente... Preste toda a sua atenção nas sensações que estão associadas ao relaxamento... Note a diferença entre estar tenso e relaxado e como é tão agradável estar calmo e relaxado... Continue a respirar lenta e profundamente...Sem pressas...Isso!.. Deixe todo a tensão sair enquanto expira...Aprecie todas as sensações agradáveis associadas à sensação de relaxamento...que percorrem suavemente o seu corpo... (Manter durante 30-40 segundos)

4. PESCOÇO E OMBROS

Vamos focar a sua atenção nos músculos do pescoço e da garganta. Quando eu disser AGORA vou pedir-lhe que contraía esses músculos puxando o queixo para o peito sem tocar no peito ... AGORA Contraía os músculos do pescoço e da garganta puxando o queixo para o peito sem tocar no peito ... Note a tensão nesses músculos...É como é desagradável essa sensação... (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Repare na sensação que é os músculos irem ficando cada vez mais e mais relaxados... Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos. Respire lentamente...profundamente...Sem pressas...Isso mesmo... (Manter durante 30-40 segundos)

5. PEITO, OMBROS, PARTE SUPERIOR DAS COSTAS E BARRIGA

Preste agora atenção aos músculos do peito, dos ombros, da parte superior das costas e da barriga... Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando os ombros para trás, fazendo a barriga muito dura ... AGORA Contraia os músculos do peito, dos ombros, da parte superior das costas e da barriga... inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando os ombros para trás, fazendo a barriga muito dura ... Sinta a tensão no peito, nos ombros, na parte superior das costas e na barriga... Repara em todas essas sensações desagradáveis, derivadas da tensão, de ter os músculos duros e apertados (Manter durante 5 a 7 segundos) RELAXE Deixe a tensão sair... Repare como esses músculos estão agora, comparando com o que se passava anteriormente... À medida que o exercício decorre sentes-te cada vez mais relaxado ... Continua com a respiração lenta e profunda... Devagar... Sem pressas... Este é um momento para si... Para relaxar e descontraír... (Manter durante 30-40 segundos)

6. PERNA DOMINANTE

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé direito. Quando eu disser AGORA vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna direita, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente... AGORA Contraia os músculos da perna direita, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente... Sinta a tensão através da sua perna até ao pé... e com isso é desagradável... ... (Manter 5-7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair... Relaxe o pé e a perna... Deixe que os dedos e que a perna fiquem soltos e sinta como isso é agradável. Deixe toda a tensão sair... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais relaxados, mais libertos, mais soltos... É bom estar relaxado. (Manter durante 30-40 segundos)

7. PERNA NÃO DOMINANTE

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé esquerdo. Quando eu disser AGORA vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna esquerda, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente... AGORA Contraia os músculos da perna esquerda, levantando ligeiramente a perna, enquanto estica os dedos do pé para a frente. Sinta a tensão através da sua perna até ao pé... e com isso é desagradável... ... (Manter 5-7 segundos) RELAXE Deixe toda a tensão sair... Relaxe o pé e a perna... Deixe que os dedos e que a perna fiquem soltos e sinta como isso é agradável. Deixe toda a tensão sair... Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais relaxados, mais libertos, mais soltos... É bom estar relaxado. (Manter durante 30-40 segundos) À medida que ouve a minha voz, e sente essas sensações, cada vez se sente mais calmo e mais

profundamente relaxado... Este é um momento de tranquilidade... Continue a respirar lenta e profundamente... Sem pressas... Este momento é só seu, para relaxar e apreciar todas as sensações associadas ao relaxamento... À medida que o ar entra... e sai... sente-se cada vez mais relaxado, os seus músculos estão cada vez mais e mais relaxados e pensa “É tão bom sentir-me assim” (Manter 30-40 segundos)

Concentre-se no ambiente calmo e tranquilo que a rodeia, sinta o odor à sua volta,... sinta os sons que o rodeiam... sinta a tranquilidade sente-se tão bem... e pensa “é tão bom sentir-me assim”

FINAL

Já relaxámos os músculos dos braços e das mãos... Deixe que eles continuem a relaxar... Relaxámos os músculos da face e do pescoço.... Continue a deixar que eles se mantenham profundamente relaxados.... Relaxámos os músculos das pernas e dos pés... Deixe que esses músculos se mantenham profunda e completamente relaxados.... Sente-se calmo, relaxado e pensa para si próprio “É tão bom sentir-me assim...” pode fazer este exercício mais vezes... Tirar algum tempo para siparar....para relaxar...

Suavemente prepara-se para abandonar este exercício.... Vou contar de trás para a frente de 5 até 0...

5. Sente-se calmo, mais tranquilo...sabe que o relaxamento está dentro de si....

4. Vai aprender que pode transportar o relaxamento para onde quiser, o relaxamento está dentro de si....

3. Muito devagar e suavemente pode mexer os braços e as mãos

2. Devagar pode mexer o pescoço e a cara, lentamente pode ir abrindo os olhos como se acabasse de acordar....

1. Ao longo do dia vai lembrar-se como é bom estar relaxado. Pode praticar estes exercícios todos os dias para que consiga relaxar cada vez melhor. Assim, quando se tornar um especialista em relaxamento, poderá relaxar em qualquer lugar. Basta que se lembre dos exercícios que realizou

0. Suavemente transporte consigo essa sensação de calma.... Sabe que o relaxamento está dentro de si e que o pode levar para onde quiser...Transporte-o para o aqui e agora... regressando a esta sala.... terminando assim o seu exercício de relaxamento.

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO DE SPIELBERGER (STAI Y1 e STAI Y2)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Desenvolvido por Charles Spielberger
em colaboração com R.L. Gorush, R. Lushene, P. R. Vagg, e G. A. Jacobs
Traduzido por
Teresa McIntyre, M. A., e Lurdes Barros, LICSW
Copyright 1988
STAI Form Y-1

Data: __/__/____

Idade: _____

Sexo: M ___ F ___

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora.

	DE MODO NENHUM	UM POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO
1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me transtornado (a)	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado (a) com coisas más que possam acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio (a)	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado (a)	1	2	3	4
14. Estou indeciso (a)	1	2	3	4
15. Sinto-me repousado (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Sinto-me preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Form Y-2

Data: ___/___/___

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **a maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEM ENTE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso (a) e inquieto (a)	1	2	3	4
23. Estou satisfeito comigo próprio (a)	1	2	3	4
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto que sou um fracasso	1	2	3	4
26. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
27. Sinto-me calmo (a), refrescado (a) e composto (a)	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não posso vencê-las	1	2	3	4
29. Preocupo-me demasiado com coisas que realmente não importam	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos incomodativos	1	2	3	4
32. Não tenho confiança em mim próprio (a)	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
34. Faço decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado (a)	1	2	3	4
36. Sinto-me contente	1	2	3	4
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	1	2	3	4
38. Fico tão sentido (a) com desapontamentos que não consigo deixar de pensar neles	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40. Fico tenso (a) ou transtornado (a) quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	1	2	3	4

APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DE SESSÕES

Sessão 0

- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Explicação da intervenção a desenvolver;
- Avaliação inicial do nível de ansiedade estado-traço;
- Treino do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Esclarecimento de dúvidas.

Sessão 1

- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.
- Execução do relaxamento, através da leitura do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Avaliação final do nível de ansiedade estado, monitorização de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca e questionário de avaliação da sessão.

Sessão 2

- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.
- Execução do relaxamento, através da leitura do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Avaliação final do nível de ansiedade estado, monitorização de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca e questionário de avaliação da sessão.

Sessão 3

- Monitorização da Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.
- Execução do relaxamento, através da leitura do guião do relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson;
- Avaliação final do nível de ansiedade estado-traço, monitorização de Tensão Arterial e Frequência Cardíaca, Termómetro de *distress*, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), questionário de avaliação da sessão e questionário de avaliação final do programa.

APÊNDICE 2 – MONITORIZAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL E FREQUÊNCIA CARDÍACA

Data de Realização						
	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão
Valores de Tensão Arterial (mmHg)						
Valores de Frequência Cardíaca (bpm)						

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

PERGUNTA					SIM	NÃO
Conseguiu cumprir com as indicações presentes no guião até ao fim?						
Ficou satisfeito com a realização desta atividade?						
No fim da sessão como se sentiu?						
1- muito relaxado	2 - relaxado	3 – nem muito, nem pouco	4 – pouco relaxado	5 – nada relaxado		
SUGESTÕES:						

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

PERGUNTA	SIM	NÃO
As técnicas transmitidas são importantes para a sua saúde mental?		
Depois desta sessão, acha que conseguiria utilizar estas técnicas no futuro, em situações geradoras de ansiedade?		
SUGESTÕES:		

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO:

Tabela 1

Scores obtidos pela pessoa através do preenchimento do Termómetro de Distress

Termómetro de <i>Distress</i>	
Antes da Intervenção (05/01/24)	Depois da Intervenção (23/01/24)
4	2

Tabela 2

Scores obtidos pela pessoa através do preenchimento da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>		
	Antes da Intervenção (05/01/24)	Depois da Intervenção (23/01/24)
Subescala da Ansiedade	12	7
Subescala da Depressão	7	7

Tabela 3

Scores obtidos pela pessoa através do preenchimento do questionário de auto-avaliação da ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2)

Data de Realização	09/01/24		16/01/24	19/01/24	23/01/24	
Instrumento de Avaliação	STAI Y1	STAI Y2	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y1	STAI Y2
Scores Obtidos	46	42	44	43	45	38

Tabela 4

Valores de tensão arterial e frequência cardíaca obtidos pela pessoa

Data de Realização	16/01/24		19/01/24		23/01/24	
	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão	Antes da sessão	Depois da sessão
Valores de Tensão Arterial (mmHg)	139/74	126/67	132/67	117/67	132/73	117/72

Valores de Frequência Cardíaca (bpm)	73	71	70	70	69	72
--------------------------------------	----	----	----	----	----	----

Os resultados obtidos, permitiram concluir que a intervenção implementada conseguiu atingir os objetivos, nomeadamente na diminuição dos níveis de ansiedade, visível quer nos scores obtidos pela aplicação do auto questionário de ansiedade estado-traço de Spielberger (STAI Y1 e STAI Y2), quer pelas alterações fisiológicas provocadas, diminuindo, em todas as avaliações, os valores da tensão arterial. A frequência cardíaca apresentou pouca oscilação, uma vez que a pessoa é portadora de *pacemaker*. O retorno do participante, no fim da cada sessão foi bastante positivo, verificando-se que no fim de todas as sessões a pessoa refere ter ficado relaxada. Ao nível da capacitação da pessoa, os resultados são encorajadores, na medida em que a pessoa refere que no fim das 4 sessões se sente capacitada para realizar as técnicas de relaxamento, de forma autónoma, em situações geradoras de ansiedade. No sentido de prolongar os ganhos em saúde obtidos, foi disponibilizada à pessoa, um ficheiro áudio, que utiliza uma técnica de relaxamento por imaginação guiada e que pode ser usado em qualquer situação fora do contexto hospitalar.

No fim das 4 sessões foram novamente aplicados o Termómetro de *Distress* e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983), de forma a comparar resultados e identificar ganhos em saúde para a pessoa, decorrentes da implementação da intervenção específica do EESMP.

Em termos de avaliação do Termómetro de *Distress* foi possível verificar uma redução significativa ao nível do sofrimento emocional da pessoa, uma vez que diminui o score antes da intervenção que era de 4 para 2, no final do programa.

Com a aplicação da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983), antes da intervenção, a pessoa obteve um score de 12 na subescala ansiedade e 7 subescala depressão, o que nos remete para a presença de sintomatologia ansiosa, mas para ausência de sintomatologia ao nível da depressão. No fim do programa verificou-se um decréscimo do score na subescala da ansiedade, atingindo uma score de 7, o que significa ausência de sintomas, comprovando que houve ganhos na redução da sintomatologia ansiosa, resultante da intervenção específica do EESMP.

Um dos problemas referidos como prioritários pela pessoa, para além da ansiedade, eram as questões financeiras, relacionadas com a incapacidade para trabalhar, provocada pela doença. Apresentava muitas dúvidas relacionadas com os benefícios fiscais decorrentes do seu estado de saúde. Situação essa que foi referenciada para a assistente social, referindo-me a pessoa, à *posteriori*, que tinha ficado esclarecida.

Após três semanas do término da intervenção foi realizado um *follow-up* via telefónico com a pessoa, no sentido de fazer um acompanhamento acerca da utilização ou não das estratégias de relaxamento que tinham sido treinadas no decurso da intervenção. A pessoa referiu que tem aplicado as estratégias no domicílio de forma regular, referindo também sentir-se menos ansiosa e mais calma e com uma diminuição significativa dos receios e preocupações quanto ao seu futuro imediato.

APÊNDICE 10 - PROGRAMA “EXERCITAR A MENTE”



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Programa: “Exercitar a MENTE”

Contexto: No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto hospitalar.

Finalidade: Capacitar para a prática regular de exercício físico.

Objetivos: Reconhecer os benefícios da prática regular de exercício físico; estimular a prática regular de exercício físico e capacitar para a execução de exercícios de ativação muscular e de alongamentos.

População-alvo: Utentes da unidade Santo Agostinho.

Critérios de Inclusão: Utentes sem défice cognitivo.

Critérios de Exclusão: Utentes com agitação psico-motora, com alteração do pensamento e do comportamento.

Parcerias: Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

Recursos Materiais: roupa e calçado adequado, garrafa de água, cartolina A3, canetas.

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado sobre os benefícios da prática regular de exercício físico.

Introdução e Contextualização Teórica: A prática de exercício físico configura-se como um meio privilegiado de melhorar a saúde física e mental. A ausência da sua prática é um fator de risco importante para o desenvolvimento de várias doenças. Contudo, o exercício físico faz muito mais do que ajudar a evitar patologias, aumenta a qualidade de vida e fortalece a nossa saúde física e mental. Segundo dados de 2016, em termos globais, 28% dos adultos (idade acima dos 18 anos), não eram suficientemente ativos e como tal, apresentavam um risco de morte 20% a 30% maior em comparação com pessoas que eram suficientemente ativas (WHO, 2020).

No seio da comunidade científica é amplamente consensual a ideia de que a prática regular de exercício físico provoca múltiplos benefícios quer para a saúde física e mental. Os benefícios da prática continuada de exercício físico são:

- redução da mortalidade por doença coronária (por exemplo, enfarte);
- diminuição do número de hospitalizações em doentes com hipertensão arterial, síndrome metabólico, diabetes tipo II, doença pulmonar obstrutiva crónica ou asma;
- redução da dor osteoarticular;
- prevenção de quedas e fraturas;

Produz também efeitos positivos na área da saúde mental e psiquiátrica, tais como:

- Melhora a agilidade mental, a energia e o estado de humor;
- Aumenta a autoestima;
- Estimula a organização de rotinas e a socialização;
- Pode ajudar a reduzir o stress e a ansiedade;
- Diminuição dos sintomas de depressão;
- Melhora a qualidade do sono;
- Aumenta a confiança, o que potencia a capacidade para se modificarem comportamentos de acordo com objetivos pessoais e objetivos clínicos.

De acordo com Kenari (2014) é possível sentir uma melhoria nos sintomas, sobreponível à verificada com um acompanhamento psicoterapêutico e refere as vantagens de combinar exercício físico e psicoterapia. Por exemplo, no tratamento da depressão a tríade de tratamento farmacológico, psicoterapia e exercício tem maiores benefícios do que cada um destes isoladamente. O mesmo autor, salienta que o risco de depressão e demência é cerca de 20-30% menor em adultos que praticam exercício físico regular.

Dados epidemiológicos, referidos por Oliveira et al. (2011), sugerem que pessoas moderadamente ativas têm menores riscos de desenvolverem perturbações mentais do que as sedentárias, mostrando que a participação em programas de exercício físico exerce benefícios na esfera física e mental e que indivíduos fisicamente ativos, provavelmente, possuem um processamento cognitivo mais eficiente.

Em um estudo, nomeado por Antunes et al. (2006), 23 mulheres saudáveis, entre os 60 e 70 anos, foram submetidas a 60 minutos de caminhada, três vezes por semana, e como atividades complementares, foram submetidas a exercícios de alongamento e flexibilidade. Após seis meses de treino houve melhoria na atenção, memória, agilidade e no padrão de humor, em comparação a um grupo de 17 mulheres com estilo de vida sedentário. Esses resultados sugerem que a participação em um programa de exercício aeróbio pode ser vista como uma alternativa não medicamentosa importante para a melhora cognitiva.

Na prática de exercício físico torna-se imperativo definir dois momentos de extrema importância, o seu início e o seu final. A fase inicial tem como função preparar o corpo, nomeadamente os músculos, tendões e ligamentos para um período de atividade constante, para tal utilizam-se exercícios de ativação muscular (Anexo 1). A sua execução consiste em movimentos de baixa intensidade, que são eficazes na elevação da temperatura corporal, promovendo aquecimento dos tecidos e produzindo uma variedade de melhorias nas funções fisiológicas. A intenção da sua realização, prende-se com a finalidade de obter o estado físico e mental ideal, bem como a preparação cinética e coordenativa na prevenção de lesões (Alencar, 2010).

No momento final da prática de exercício físico, recorre-se a exercícios de alongamento (Anexo 2), que segundo Alencar (2010), trata-se de uma manobra terapêutica utilizada para aumentar a mobilidade dos tecidos moles por promover aumento do comprimento das estruturas que tiveram encurtamento adaptativo, podendo ser definido também como técnica utilizada para aumentar a extensibilidade musculotendinosa e do tecido conjuntivo periarticular, contribuindo para aumentar a flexibilidade articular, isto é, aumentar a amplitude de movimento.

Em termos de linhas orientadoras para a prática regular de exercício físico, a WHO (2020) recomenda que adultos (18-64 anos), pratiquem ao longo da semana, pelo menos 2h30 a 5h de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou pelo menos 1h15 a 2h30 de atividade física de intensidade vigorosa. Devem incorporar em pelo menos 2 dias da semana atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior.

Atividades a Desenvolver: Serão realizadas 4 sessões, com a duração de 30 a 40 minutos cada e ministradas bissemanalmente (Apêndice 1). O conteúdo formativo das sessões é o mesmo, mas será replicado quatro vezes. O local de implementação será o espaço físico da CSRSI. As sessões serão realizadas como o máximo de três participantes e o dinamizador será o Enf.º Paulo Pereira (estudante do mestrado em SMP), sob supervisão do EESMP Jorge Façanha. Optou-se pela sessão com o máximo de três participantes, no sentido de possibilitar ao dinamizador uma observação mais atenta ao comportamento da pessoa, corrigindo possíveis desvios efetuados na execução dos exercícios. Com esta opção, garante-se à partida maior efetividade no cumprimento dos objetivos do programa. A sessão denominada de 0, terá como principal objetivo familiarizar os participantes com os exercícios físicos adotados e efetuar um treino de realização dos mesmos, de forma a corrigir erros de interpretação, de execução e esclarecer dúvidas. Pretende-se assim, aumentar a adesão da pessoa à atividade terapêutica e otimizar a sua performance, de forma a potenciar os ganhos em saúde decorrentes da mesma.

Avaliação dos Resultados: A avaliação de um programa baseia-se na relação estabelecida entre a análise dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos previamente definidos aquando da sua implementação. A avaliação será realizada, recorrendo aos seguintes instrumentos:

- Exercício prático para validação do conhecimento (Apêndice 2);
- Questionário de avaliação da sessão (Apêndice 3);
- Questionário de avaliação do programa (Apêndice 4).

Como é passível de observar no planeamento de sessões (Apêndice 1), o exercício prático de validação do conhecimento será implementado na sessão 0 e sessão 3, de forma a aferir o conhecimento acerca dos benefícios para a saúde, da prática regular de exercício físico. O questionário de avaliação da sessão será aplicado na sessão 1, 2 e 3 e os resultados obtidos serão importantes para perceber qual a opinião dos participantes em relação à sessão e avaliar se há necessidade de mudar a metodologia ou o conteúdo. O questionário de avaliação do programa só será implementado na sessão 3 e serve de base para avaliar a efetividade da intervenção de acordo com os objetivos previamente estabelecidos.

Considerações Finais: De acordo com a bibliografia consultada, é exetável que após a intervenção, seja visível um incremento do conhecimento sobre os benefícios do exercício físico e que haja uma capacitação plena na execução dos exercícios apreendidos. Pretende-se assim, também aumentar a adesão e a motivação na realização da atividade terapêutica. Pelo fato do mesmo conteúdo formativo ter sido replicado durante 4 sessões, espera-se que os ganhos em saúde sejam mais notórios. Como tal, recomenda-se a implementação deste programa, continuado no tempo com recurso a um leque mais abrangente de exercícios e um aumento da frequência com que são praticados.

É de salientar que a realização de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas dirigidas à pessoa assistida, em contexto de internamento, são intervenções prioritárias do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e devem ter um caráter de continuidade. Acrescenta-se ainda que estas intervenções assentaram em evidências científicas e em métodos ativos e dinâmicos, por forma a estimular o desenvolvimento de habilidades sociais, nomeadamente, as habilidades comunicativas, assertivas, empáticas e de sentimento positivo, as quais são tão importantes nas relações saudáveis e no percurso de vida.

Ao desenvolver políticas e práticas para apoiar a mudança de comportamento, é importante considerar o contexto local, em termos não só do sistema de saúde, mas também das complexas instituições multissetoriais com interesse ou papel na promoção da atividade física. O plano de ação global sobre a atividade física 2018-2030 estabeleceu uma meta para reduzir a inatividade física em 15% até 2030 (WHO, 2020). Para atingir esta meta, os prestadores de

cuidados de saúde desempenham um papel fulcral, uma vez, que devem promover e incentivar a prática regular de exercício físico por parte da pessoa assistida.

Referências Bibliográficas:

Alencar, M. A. T. & Matias, K. F. S. (2010). Princípios Fisiológicos do Aquecimento e Alongamento Muscular na Atividade Esportiva. *Rev Bras Med Esporte*, 16(3), 230-234. <https://www.scielo.br/j/rbme/a/zQfL4XzPMNXYr4pp9T4r5Jt/?format=pdf&lang=pt>.

Antunes H. K. M., Santos R. F., Cassilhas R., Santos R. V. T., Bueno O. F. A. & Mello M. T. (2006). Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte*. 12(2), 108-114. <https://www.scielo.br/j/rbme/a/d6ZwqpnbcKwM7Z74s8HJH8h/>.

Kenari, M. (2014). Effect of Exercise on Mental Health in the Physical Dimension, Anxiety and Mental Dis- order, Social Dysfunction and Depression. *Advances in Applied Sociology*, 4, 63–68. doi: 10.4236/aaso- ci.2014.43011.

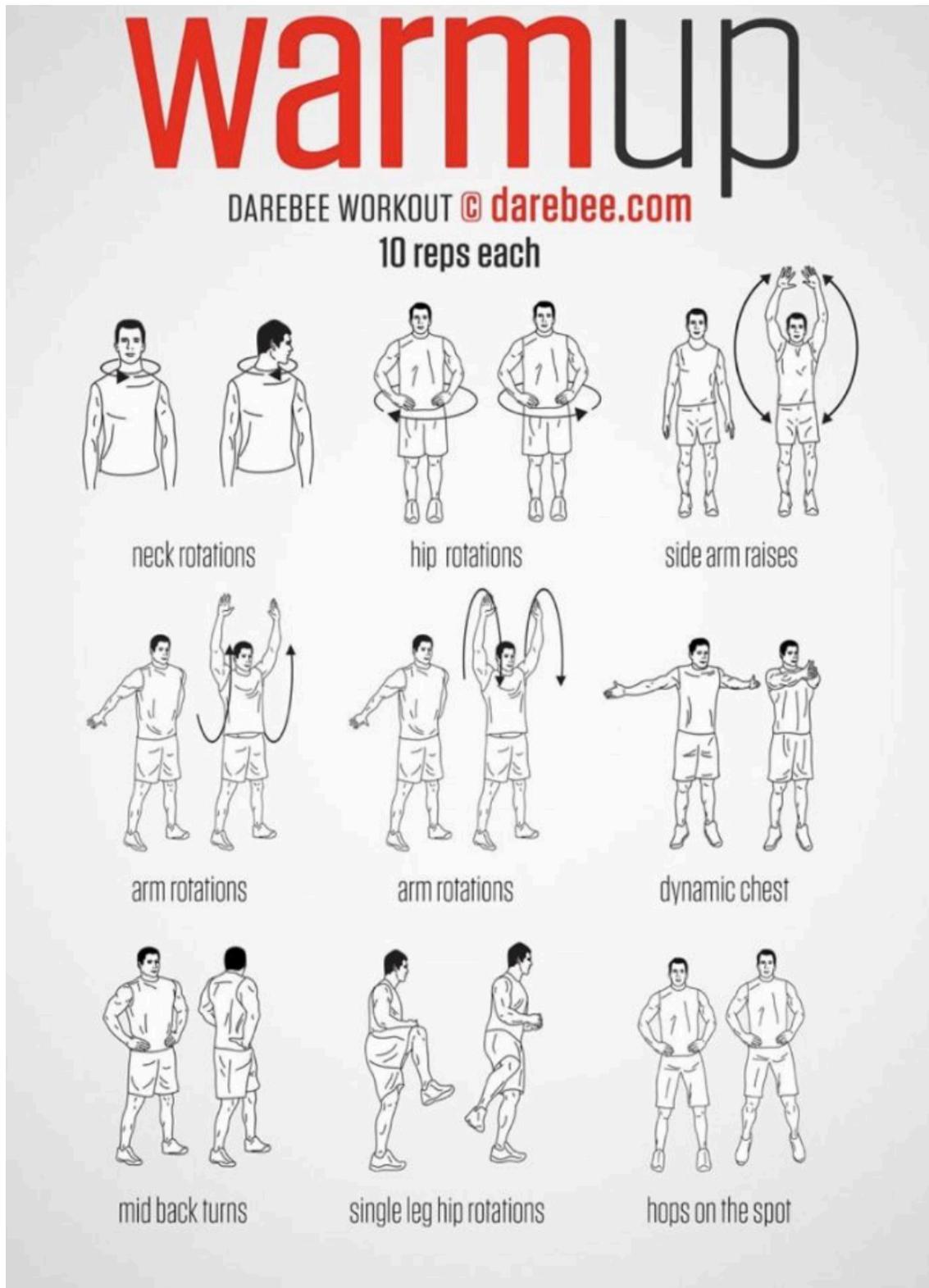
Morning stretch by darebee. <https://www.pinterest.pt/pin/739997782538269275/>

Oliveira, E. N., Aguiar, R. C., Almeida, M. T. O., Eloia, S. C., & Lira, T. Q. (2011). Benefícios da Actividade Física para Saúde Mental. *Saúde Colectiva*, 8(50), 126-130. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84217984006>.

Warm up by darebee workout. <https://www.pinterest.pt/pin/1266706137428596/>

World Health Organization. (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

ANEXO 1 – EXERCÍCIOS DE ATIVAÇÃO MUSCULAR



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/1266706137428596/>

ANEXO 2 – EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO MUSCULAR



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/739997782538269275/>

APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES

Sessão 0

- Apresentação dos objetivos do programa;
- Avaliação diagnóstica de conhecimento com a aplicação do exercício de validação de conhecimento;
- Explicação da intervenção a desenvolver;
- Familiarizar os participantes com os exercícios físicos que vão ser implementados;
- Treino da execução dos exercícios físicos de ativação e alongamento muscular;
- Esclarecimentos de dúvidas.

Sessão 1

- Identificação dos principais benefícios da prática regular do exercício físico;
- Realização de exercícios de ativação muscular (5min);
- Execução da caminhada terapêutica (20min);
- Realização de exercícios de alongamento muscular (5min);
- Avaliação final com o questionário de avaliação da sessão.

Sessão 2

- Identificação dos principais benefícios da prática regular do exercício físico;
- Realização de exercícios de ativação muscular (5min);
- Execução da caminhada terapêutica (20min);
- Realização de exercícios de alongamento muscular (5min);
- Avaliação final com o questionário de avaliação da sessão.

Sessão 3

- Identificação dos principais benefícios da prática regular do exercício físico;
- Realização de exercícios de ativação muscular (5min);
- Execução da caminhada terapêutica (20min);
- Realização de exercícios de alongamento muscular (5min);
- Avaliação final com o questionário de avaliação da sessão, questionário de avaliação do programa e o exercício de validação de conhecimento.

APÊNDICE 2 – EXERCÍCIO PRÁTICO PARA VALIDAÇÃO DO CONHECIMENTO

Cada participante será convidado a identificar numa cartolina com duas colunas, um benefício em termos da saúde física e outro ao nível da saúde mental, que decorrem da prática regular de exercício físico, de acordo com a quadro abaixo descrito.

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIO FÍSICO	
SAÚDE FÍSICA	SAÚDE MENTAL

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

PERGUNTA	SIM	NÃO
Conseguiu fazer a atividade até ao fim?		
Ficou satisfeito com a realização desta atividade?		
Os exercícios efetuados são importantes para o seu bem-estar físico e mental?		
SUGESTÕES:		

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

PERGUNTA					
Considera a participação no programa benéfica para o seu bem-estar físico e mental?					
1-Muito Benéfica	2 - Benéfica	3 - Nem muito, nem pouco	4-Pouco Benéfica	5-Nada Benéfica	
PERGUNTA				SIM	NÃO
Depois da participação no programa, acha que conseguiria realizar de forma autónoma estes exercícios?					
Gostaria de voltar a participar em atividades idênticas?					
SUGESTÕES:					

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO

Tabela 1

Resultados obtidos com a aplicação do exercício para validação do conhecimento às pessoas assistidas C.G. e M.D.

DATA	23/10/23		31/10/23	
Pessoa Assistida	C.G.	M.D.	C.G.	M.D.
Benefícios da prática regular de exercício físico na saúde física.	-Emagrecimento.	-Bem-estar.	-Emagrecimento; -Prevenção de doenças cardiovasculares; -Prevenção de doenças respiratórias.	-Emagrecimento; -Prevenção de doenças cardiovasculares; -Prevenção de doenças respiratórias.
Benefícios da prática regular de exercício físico na saúde mental	-Distrair a mente.	-Bem-estar.	-Prevenção de sintomas de ansiedade e depressão; -Humor melhorado; -Bem-estar Mental.	-Prevenção de sintomas de ansiedade e depressão; -Humor melhorado; -Bem-estar Mental.

Tabela 2

Resultados obtidos pelo preenchimento do questionário de avaliação do programa pela C.G. e M.D.

Considera a participação no programa benéfica para o seu bem-estar físico e mental?	1-Muito Benéfica	2-Benéfica	3-Nem muito, nem pouco	4-Pouco Benéfica	5-Nada Benéfica
	2	0	0	0	0

Tabela 3

Resultados obtidos pelo preenchimento do questionário de avaliação do programa pela C.G. e M.D.

Depois da participação no programa, acha que conseguiria realizar de forma autónoma estes exercícios?	SIM	NÃO
	2	0

Com a realização do exercício prático para validação do conhecimento e a aplicação dos questionários de avaliação da sessão e do programa, pôde-se verificar que houve um aumento do conhecimento acerca dos benefícios da prática regular de exercício físico, tanto a nível físico como mental e uma capacitação para a prática autónoma de alguns exercícios de ativação muscular e alongamento, uma vez que ambas as participantes, no fim do

programa referem que conseguiriam realizar de forma autónoma os exercícios treinados. Com a sistematização desta intervenção, tornando-a numa prática diária, é expetável que os ganhos em saúde sejam mais significativos e duradouros.