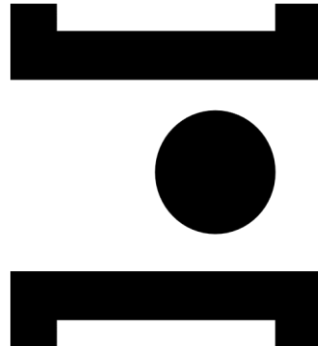


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**TÉCNICA DE RELAXAMENTO EM CUIDADORES DE DOENTES COM
ALZHEIMER: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Antónia das Neves Pires Jorge de Oliveira

Orientação:

Maria Clara Martins Cunha André

Dezembro, 2025

DEDICATÓRIA

Ao meu Michel pelo companheirismo, pela sua paciência, compreensão, por ser sempre o meu pilar nos momentos difíceis em que me fez rir e me fez acreditar ser possível.

Aos meus filhos, pelo incentivo dado desde o início deste percurso e pelos momentos que não partilhamos juntos.

À minha mãe, pelo incentivo que sempre me deu, mostrando que sou capaz desde a minha infância, mostrando-me sempre que o caminho é para ser caminhado, por mais tortuoso que seja, pois no final, olhamos para ele como mais uma vitória.

À restante família, pelos momentos de descontração.

À Professora Clara André e à Professora Dra. Teresa Coelho, pela disponibilidade na orientação pedagógica, pela partilha de sabedoria, pela paciência e por me ajudarem a encontrar sempre o caminho nesta longa jornada.

Aos enfermeiros que me orientaram e às equipas que me receberam, pela forma como me acolheram e me apoiaram em todos os momentos.

Aos utentes, pelas histórias de vida, aprendizagens e oportunidades de desenvolvimento de competências pessoais e de enfermagem.

A todos, o meu muito obrigada!

ACRÓNIMOS/SIGLAS

AT - Assistente Técnica

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBSCO - EBSCOHost Online Research Databases

ECSM - Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HADS - Escala Hospitalar Ansiedade e Depressão

ICN – International Council of Nurses

JBI – Joanna Briggs Institute

NLI – Núcleo Local de Inserção

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIEF - Programa Integrado de Educação e Formação

RMP – Relaxamento Muscular Progressivo

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório decorre do Estágio integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado em contexto hospitalar e comunitário. Apresenta uma análise descritiva-reflexiva do desenvolvimento de competências especializadas sustentada pela evidência científica e pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Foi realizada uma Scoping Review com o objetivo de mapear a evidência científica do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson na diminuição da ansiedade de cuidadores informais. Destaca-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na intervenção dirigida ao cuidador informal, mobilizando estratégias psicoterapêuticas, psicoeducativas e técnicas de relaxamento. Através da utilização do Relaxamento Muscular Progressivo como intervenção autónoma de enfermagem, foi possível promover a redução da ansiedade e fortalecer o autocontrolo emocional dos cuidadores. As atividades desenvolvidas em estágio permitiram consolidar competências clínicas, relacionais e reflexivas, sustentadas na evidência científica, e contribuíram para intervir eficazmente em diferentes contextos de cuidados.

Palavras-chave: Cuidadores informais, Demência/Doença de Alzheimer, Relaxamento Muscular Progressivo, Ansiedade, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

This report stems from an internship integrated into the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, carried out in both hospital and community settings. It presents a descriptive-reflective analysis of the development of specialized competencies, supported by scientific evidence and Betty Neuman's Systems Model. A Scoping Review was conducted to map the scientific evidence on Jacobson's Progressive Muscle Relaxation in reducing anxiety among informal caregivers. The role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing is highlighted in interventions directed at informal caregivers, using psychotherapeutic, psychoeducational, and relaxation strategies. Through the use of Progressive Muscle Relaxation as an autonomous nursing intervention, it was possible to reduce anxiety and strengthen caregivers' emotional self-control. The activities developed during the internship enabled the consolidation of clinical, relational, and reflective competencies, grounded in scientific evidence, contributing to effective intervention across different care contexts.

Keywords: Informal caregivers, Dementia/Alzheimer's disease, Progressive Muscle Relaxation, Anxiety, Nurse specializing in mental health and psychiatric nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. A PESSOA COM DEMÊNCIA	13
1.2. INTERVENÇÃO DO EEESMP NA ANSIEDADE DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM DEMÊNCIA.....	15
1.3. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO COMO INTERVENÇÃO DO EEESMP NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE	18
1.4. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	19
2. ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO - SCOPING REVIEW	22
3. PERCURSO DE ESTÁGIO	32
3.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS.....	33
3.1.1. <i>O contexto</i>	33
3.1.2 <i>Atividades desenvolvidas</i>	34
3.2 – CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE.....	41
3.2.1 – <i>O contexto</i>	41
3.2.2 <i>Atividades desenvolvidas</i>	42
4. ANALISE CRITICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	46
5. CONCLUSÃO	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Intervenção “Ansiosamente Relaxando”	65
APÊNDICE 2 – Sessão de psicoeducação “Hábitos de vida saudável”	77
APÊNDICE 3 – Plano de sessão: “Provérbio incompleto”	91
APÊNDICE 4 – Plano da sessão “Paz que transforma”	95
APÊNDICE 5 – Plano de sessão: “Linguagem da argila”	103
APÊNDICE 6 – Planeamento da sessão: “Ludoterapia com bingo e dominó”	111
APÊNDICE 7 – Formação em serviço “Estigma da doença mental”	115
APÊNDICE 8 – Sessão: “Competências emocionais na parentalidade”	123
APÊNDICE 9 – Sessão: “Navegando nas nossas emoções”	125
APÊNDICE 10 – Sessão: “No namoro só bate o coração e a felicidade floresce a cada batida!!!”	129
APÊNDICE 11 – Sessão: “Emoções na Gravidez”	133
APÊNDICE 12 – Sessão: “Valores e pertença ao grupo”	139
APÊNDICE 13 – Projeto de intervenção: “Promoção da saúde mental para o cuidador informal de pessoa com demência”	146
APÊNDICE 14 – Sessão: “Projeto de intervenção a cuidadores informais de utentes com demência”	157

ANEXOS

ANEXO 1 – Mini Mental State Examination.....	163
ANEXO 2 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	167

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma com processo de seleção e inclusão dos estudos	24
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Estratégia de pesquisa - PCC	22
Quadro nº 2 - Critérios de Inclusão	23
Quadro nº 3 - Lista ordenada dos artigos selecionados	25
Quadro nº 4 - Resumo do artigo nº 1	25
Quadro nº 5 - Resumo do artigo nº 2	27

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio está inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório em Contexto de Internamento de Doentes Agudos e Saúde Mental na Comunidade, no 2º ano do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este documento constitui uma descrição e análise crítica do percurso desenvolvido ao longo do estágio, evidenciando a consolidação de competências científicas, técnicas, éticas e reflexivas inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista ao nível de Mestre.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011), a enfermagem de saúde mental persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar, sustentando-se na evidência científica e apoiando-se em teorias de enfermagem. A sua prática engloba a excelência relacional, “a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital”, bem como a intervenção na otimização da saúde mental e na recuperação da saúde mental. (OE, 2018, p. 2).

Estes elevados padrões de qualidade são atingidos através da mobilização das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) descritas no artigo 4º do Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

No decorrer da minha atividade profissional, contacto diariamente com utentes com alterações da saúde mental, nomeadamente com ansiedade, o que reforça a importância do desenvolvimento de competências em enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, para intervir eficazmente, reduzindo ou prevenindo esta sintomatologia. Segundo Townsend (2014) a ansiedade pode ser definida como “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência” (p.17), podendo interferir significativamente no funcionamento do indivíduo. De acordo com o Modelo de Betty Neuman, a ansiedade é compreendida como um fator de stress que pode comprometer a estabilidade do sistema da pessoa, ao afetar

as suas linhas de defesa e de resistência e, conseqüentemente, a sua capacidade de resposta aos stressores internos e externos. Assim quando atinge níveis clinicamente significativos, requer uma abordagem terapêutica adequada. O EEESMP, pela natureza das suas competências, desempenha um papel essencial na avaliação e implementação de estratégias de relaxamento, baseadas na evidencia, visando a diminuição do sofrimento mental e a promoção do bem-estar psicológico.

A finalidade deste relatório é apresentar, de forma sistemática, crítica e estruturada, o desenvolvimento de competências de mestre e EEESMP, evidenciando a integração teórico-prática, a mobilização de conhecimento técnico-científico e ético, e a capacidade de análise crítico-reflexiva das aprendizagens adquiridas ao longo do percurso formativo, nos diversos contextos de prática clínica.

O presente documento encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, centrado na pessoa com demência e na intervenção do EEESMP junto do respetivo cuidador informal com ansiedade. No segundo capítulo apresenta-se a *Scoping Review* sobre a ansiedade em cuidadores informais de pessoas com doença de Alzheimer: evidência científica sobre o relaxamento muscular progressivo. No terceiro capítulo é apresentada a caracterização dos contextos de estágio e descritas as atividades desenvolvidas. No quarto capítulo, a partir da experiência de estágio, suportada pelo enquadramento teórico e evidencia científica realiza-se uma análise crítico-reflexiva sobre a aquisição das competências, do grau académico de mestre e simultaneamente o título de EEESMP. Na conclusão apresenta-se uma síntese dos aspetos mais relevantes abordados ao longo do relatório, articulando a experiência de estágio com o desenvolvimento das competências profissionais especializadas e com a consolidação do perfil de mestre em enfermagem. Este relatório foi elaborado de acordo com as normas American Psychological Association (APA, 7.^a ed.).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A saúde mental constitui uma dimensão essencial e indissociável da saúde global, não se restringindo à ausência de doença mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este conceito assenta em três ideias fundamentais: a saúde mental é parte integrante da saúde; é mais do que ausência de doença mental; e está intimamente relacionada com saúde física e comportamental (OMS, 2016).

De acordo com a OMS, a saúde mental define-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de realizar as suas atividades quotidianas, lidar com o stress normal do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade, não se limitando, por isso à ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2016; OMS, 2025). Esta definição reforça a natureza dinâmica da saúde mental e a sua dependência de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Por sua vez, a doença mental é caracterizada por Sequeira e Sampaio (2020) como um estado de desarmonia entre a pessoa, o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, no qual a pessoa apresenta incapacidade ou limitação significativa no exercício dos seus diferentes papéis sociais, nomeadamente familiares, laborais e comunitários. Deste modo, saúde e doença devem ser compreendidas como um continuum, que oscila entre diferentes níveis de funcionamento, desde a saúde plena até situações de grave comprometimento, podendo culminar na morte iminente (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste contexto, o envelhecimento populacional representa um desafio crescente para a saúde mental. A população mundial está a envelhecer de forma acelerada e estima-se que cerca de 14,1% dos adultos com 70 anos ou mais vivam com algum transtorno mental, sendo a depressão e ansiedade os mais prevalentes (OMS, 2025). Esta realidade afeta sobretudo os idosos que vivem em contextos socioeconómicos desfavoráveis, com fragilidade da saúde física, acesso limitado aos cuidados de saúde ou com presença de doença crónica e condições neurológicas, como a demência.

A OMS evidencia ainda a sobrecarga associada ao papel de cuidador informal, particularmente entre idosos que cuidam de cônjuges com doenças crónicas, reconhecendo este fator como um risco acrescido para o comprometimento da saúde mental (OMS, 2025). Entre as condições mais relevantes nesta faixa etária, a demência

assume um papel central, uma vez que afeta significativamente a saúde mental da pessoa, podendo desencadear sintomas como depressão, ansiedade e psicose, além de exigir acesso contínuo a cuidados de saúde mental adequados e de qualidade.

1.1.A PESSOA COM DEMÊNCIA

O envelhecimento populacional tem seguido, nos últimos anos, uma tendência global, resultando principalmente da melhoria das condições de vida e dos avanços nos cuidados de saúde (OMS, 2025). Estima-se que a nível mundial, a população com mais de 60 anos duplique até 2050 e mais que triplique até 2100, passando de 962 em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (Nações Unidas, 2025).

Em Portugal, estima-se que entre 2024 e 2100 o número de pessoas idosas aumente de 2,6 para 3,1 milhões. Paralelamente, o índice de dependência dos idosos passará de 39 para 73 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, no mesmo período, apesar da previsão da diminuição da população total (Instituto Nacional de Estatísticas, 2025). Consequentemente, a esperança média de vida desta faixa etária tem aumentado de forma significativa, verificando-se um crescimento da prevalência de doenças crónicas, entre as quais se destaca a demência (Sequeira, 2020; OMS, 2025).

A demência é um distúrbio adquirido que se caracteriza por uma diminuição da capacidade cognitiva que envolve um ou mais domínios cognitivos, afetando a memória, outras funções cognitivas e o comportamento, interferindo significativamente com a capacidade da realização das atividades da vida diária (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-5-TR], 2022).

A nível mundial em 2015 a demência afetava 47 milhões de pessoas, prevendo-se que este número aumente para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. Estimativas recentes indicam ainda que aproximadamente 9,9 milhões de pessoas desenvolvem demência por ano (OMS, 2017).

Entre as principais etiologias da demência incluem-se a doença de Alzheimer, a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (Townsend, 2014). Segundo o mesmo autor, a evolução da patologia demencial decorre ao longo de sete estádios progressivos, desde a ausência de sintomas evidentes até ao declínio cognitivo grave, característico da demência avançada.

Segundo o DSM-5-TR (2022), a demência encontra-se atualmente incluída na entidade recém-designada “transtorno neurocognitivo maior”. Contudo, o termo demência continua a ser amplamente utilizado, sobretudo nos subtipos etiológicos degenerativos que afetam predominantemente a pessoa idosa, como é o caso da doença de Alzheimer.

A doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa mais frequentemente associada ao envelhecimento, cuja prevalência aumenta de forma acentuada a partir dos 60 anos, representando cerca de 60% a 70% de todos os diagnósticos de demência (DSM-5-TR, 2022). Apesar de a demência ser mais prevalente em idades avançadas, pode também surgir em idades mais precoces, nomeadamente entre os 40 e aos 60 anos, o que acentua o impacto familiar, social e económico da doença (Alzheimer Portugal, s.d.). Verifica-se ainda uma maior prevalência no sexo feminino; segundo Alzheimer Europe (2019), estima-se a existência de 6 063 458 mulheres com demência, comparativamente a 2 821 643 homens, fenómeno frequentemente associado há maior longevidade feminina.

Em Portugal, apesar da previsão de diminuição da população total entre 2018 e 2050, estima-se que o número de pessoas com demência duplique, passando de 193 516 a 346 905 de casos, uma tendência superior à média europeia, explicada pelo envelhecimento acentuado da população entre os 70 e os 85 anos (Alzheimer Europe, 2019).

O diagnóstico da doença de Alzheimer envolve uma avaliação completa, a fim de assegurar um tratamento adequado, que inclua, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011/2023): uma avaliação clínica detalhada, fornecida por um acompanhante ou por um familiar próximo; um exame físico e neurológico aprofundado, incluindo testes aos sentidos e movimentos, de forma a excluir outras doenças e a identificar quaisquer outras situação que possam agravar a confusão associada à demência; Exames laboratoriais, para deteção de qualquer outra doença responsável pelos sintomas.

De acordo com townsend (2014) o referido diagnóstico pode ainda, ser apoiado por exames de neuroimagem, como a Tomografia Axial Computorizada e a Ressonância Magnética, que evidenciam atrofia cerebral, alargamento dos sulcos corticais e aumento dos ventrículos cerebrais.

A demência, enquanto doença neurodegenerativa progressiva que conduz à perda de autonomia e ao aumento da dependência da pessoa, impõe aos cuidadores informais uma carga física, emocional e social significativa, resultante das exigências contínuas do cuidar da responsabilidade assumida ao longo da evolução da doença (Del-Pino -Casado et al., 2021). Esta sobrecarga prolongada expõe os cuidadores a elevados níveis de stresse e aumenta o risco de desenvolvimento de ansiedade, frequentemente associada à imprevisibilidade da doença, à intensidade das tarefas de cuidado e à perceção de impotência face às exigências do papel de cuidador (Deli et al., 2024).

1.2. INTERVENÇÃO DO EEESMP NA ANSIEDADE DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM DEMÊNCIA

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência em todo o mundo, afetando a memória, as capacidades cognitivas e o comportamento, interferindo em última instância, na capacidade de realizar atividades de vida diárias (OMS, 2017). Trata-se de uma doença progressiva que conduz à perda de autonomia da pessoa com demência, aumentando gradualmente a dependência e, conseqüentemente, a necessidade de apoio de terceiros para satisfação das suas necessidades (Sequeira, 2020).

Com o aumento do número de pessoas diagnosticadas com demência, verifica-se uma crescente necessidade de cuidados, prestados quer por cuidadores formais, quer por cuidadores informais. Atendendo à qualidade de vida da pessoa com demência, privilegia-se, sempre que possível, a sua permanência no domicílio, o que constitui uma situação complexa e exigente para a família ou pessoas significativas (OE, 2019).

A maioria das pessoas com demência vive na comunidade, sendo os cuidadores informais, maioritariamente familiares, os principais responsáveis pela prestação de cuidados (Liu et al., 2024). Estes cuidadores assumem um papel de elevada relevância social, económica e humana, que emerge de forma progressiva à medida que a doença evolui, não resultando, na maioria das situações, de um processo previamente planeado (Sequeira, 2018).

O cuidador informal é definido como a pessoa que presta cuidados de forma regular ou permanente a outra pessoa que esteja numa situação de dependência, sem vínculo laboral ou remuneração, conforme estabelecido no Estatuto do Cuidador Informal (Decreto regulamentar nº 5/2024).

Neste contexto, e reconhecendo-se a relevância do papel desempenhado tanto pelo cuidador formal como pelo informal, a presente abordagem centra-se no cuidador informal da pessoa com demência, dado que, ao longo do estágio, foi desenvolvido um projeto direcionado especificamente para este grupo.

O exercício continuado do papel de cuidador informal expõe estas pessoas a elevados níveis de stress e sobrecarga física, emocional e social. Estudos recentes indicam que os cuidadores informais de pessoa com demência apresentam um risco acrescido de desenvolver ansiedade e depressão, quando comparados com cuidadores de pessoas com outras doenças crónicas (Deli et al., 2025; Nasreen et al., 2024). De forma semelhante, um estudo comparativo realizado no Kuwait constatou que cuidadores familiares de idosos com demência apresentaram níveis estatisticamente mais elevados de sobrecarga e de ansiedade do que cuidadores de idosos com outras patologias ($p = 0,015$ e $p = 0,039$, respetivamente), assim como maior nível de depressão e menor bem-estar mental (Manee, et al., 2025).

Uma meta-análise revelou que estes cuidadores apresentam prevalência agregada de ansiedade de aproximadamente 43,6% e de depressão de 34,0%, evidenciando que a carga física, emocional e psicológica inerente ao cuidado da pessoa com doença de Alzheimer contribui significativamente para a doença mental (Sallim et al., 2015).

Segundo Del-Pino-Casado et al. (2021), os cuidadores enfrentam uma série de desafios que podem comprometer a sua própria saúde e bem-estar. Os cuidadores informais de pessoa com demência apresentam maiores riscos de desenvolver transtornos psiquiátricos, sendo os transtornos de ansiedade os mais prevalentes, embora permaneçam os menos estudados.

A sobrecarga emocional, o stress prolongado e a falta de conhecimento e preparação para lidar com a doença contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de ansiedade, sendo ainda escassa a evidência científica sobre intervenções eficazes dirigidas especificamente a cuidadores informais de pessoa com demência (Amin Abdelhalim et al., 2025; Liu et al., 2024). No entanto Bahçecioglu Turan et al. (2025) demonstram que a ansiedade em cuidadores diminui significativamente após a aplicação de exercícios de RMP de Jacobson, recomendando a sua inclusão no currículo académico

de enfermagem de modo a assegurar a implementação adequada desta técnica na prática clínica.

A ansiedade distingue-se do stress, na medida em que este corresponde a uma pressão externa, enquanto a ansiedade constitui uma resposta emocional subjetiva a essa pressão (Townsend, 2014). A ansiedade é descrita como “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência” (Townsend, 2014, p. 17), ou como a “antecipação de uma ameaça futura frequentemente associada à tensão muscular, vigilância e comportamentos cautelosos ou evitativos” (DSM-5-TR, 2022, p. 216).

Peplau descreveu quatro níveis de ansiedade; ligeiro, moderado, grave e pânico; sendo que níveis baixos são adaptativos, enquanto níveis elevados interferem na capacidade de satisfazer necessidades básicas, o que poderá levar à degradação da qualidade de vida (Peplau, 1963, citada por Townsend, 2014).

A ansiedade ligeira prepara o indivíduo para a ação sem constituir um problema. A ansiedade moderada pode exigir apoio na resolução de problemas devido à desatenção e diminuição da capacidade de concentração, acompanhada de aumento da tensão muscular e inquietação. A ansiedade grave centra a atenção em pormenores insignificantes, impedindo a conclusão de tarefas simples e podendo gerar sintomas emocionais (confusão, medo) e físicos (cefaleias, palpitações, insónias). O pânico representa o nível mais intenso, comprometendo a comunicação e funcionamento geral (Townsend, 2014).

Os critérios adotados incluem “Ansiedade moderada” e “ansiedade grave”, manifestando-se através da verbalização de preocupações, alterações fisiológicas, comportamentais e repercussões na funcionalidade do indivíduo (ICN, 2019). A identificação precoce deste diagnóstico é essencial para garantir a capacidade do cuidador em prestar cuidados de forma eficaz e preservar a sua própria saúde mental (DGS, 2011).

As intervenções não farmacológicas, no âmbito da enfermagem, incluem o apoio emocional, ensino sobre ansiedade, intervenção psicoeducativa e execução de técnicas de relaxamento (Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020). Estas intervenções isoladas ou em grupo, permitem a partilha de experiências, promovem relação de ajuda, fortalecem

capacidades sociais e emocionais e contribuem para melhores resultados a longo prazo, prevenindo recaídas e promovendo adaptação e coping eficaz. (Sampaio et al., 2018).

Neste contexto, o EEESMP desempenha um papel diferenciador, identificando fatores de risco, necessidades psicológicas e sociais dos cuidadores e implementando intervenções individualizadas e em grupo. Entre estas, destacam-se as técnicas de relaxamento, que têm demonstrado eficácia na redução da ansiedade e no fortalecimento do autocontrolo da ansiedade, sendo essenciais para o bem-estar e funcionalidade do cuidador informal da pessoa com demência (Bahçecioglu Turan et al.,2025; Sampaio et al., 2020).

1.3. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO COMO INTERVENÇÃO DO EEESMP NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE

As técnicas de relaxamento constituem intervenções não farmacológicas amplamente utilizadas na promoção da saúde mental, sendo definidas como métodos ou procedimentos que promovem um estado de calma e reduzem os níveis de stresse, ansiedade e tensão (OE, 2011). Entre os benefícios para a saúde, destacam-se a diminuição da tensão muscular, da tensão arterial e da frequência cardíaca e respiratória, contribuindo para o controlo dos sintomas físicos associados à ansiedade (OE, 2011; Sequeira, 2020).

Segundo Payne (2009), o relaxamento envolve duas dimensões fundamentais: uma dimensão mental/psicológica, caracterizada por tranquilidade e bem-estar subjetivo, e uma dimensão física, associada à redução da tensão muscular. Pode ser alcançado através de diferentes métodos, como exercícios respiratórios, meditação, imaginação guiada, biofeedback e exercício físico, RMP (Townsend, 2014).

O Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (RMP), desenvolvido na década de 1930, baseia-se na contração e descontração sequencial de diferentes grupos musculares, promovendo um relaxamento profundo e demonstrando elevada eficácia na redução da ansiedade (Sequeira, 2020). Na prática clínica contemporânea são utilizadas duas versões adaptadas e mais breves, adequadas ao contexto de cuidados de saúde.

A evidência disponível demonstra que o RMP de Jacobson é uma intervenção autónoma de enfermagem, eficaz na redução da ansiedade e do stress associados ao papel de cuidador informal. Esta intervenção pode ser ensinada e treinada e acompanhada pelo

EEESMP, promovendo a regulação emocional, a diminuição da tensão e o reforço das estratégias de coping, contribuindo para o aumento do bem-estar emocional e do autocuidado (Yaman & Buyukyilmaz, 2021; Baykal & Bilgic, 2024).

De acordo com Yaman & Buyukyilmaz, (2021); e Baykal e Bilgic, (2024), o RMP de Jacobson contribui para a regulação da frequência cardíaca e da tensão arterial, indicadores fisiológicos diretamente associados à redução da ansiedade, evidenciando a sua eficácia clínica. A avaliação da ansiedade e do seu autocontrolo constitui, assim, um passo essencial no planeamento e monitorização das intervenções de enfermagem, sendo possível mensurar respostas físicas, cognitivas e emocionais da pessoa.

Neste contexto, o Modelo de sistemas de Betty Neuman permite enquadrar o RMP de Jacobson como intervenção do EEESMP, dirigida à prevenção e ao fortalecimento do sistema da pessoa. A ansiedade e o stress atuam como stressores intrapessoais, comprometendo a estabilidade do sistema, enquanto o RMP de Jacobson atua na prevenção primária, fortalecendo a linha flexível de defesa, e na prevenção secundária, quando aplicado após a manifestação de sintomas, com o objetivo de restaurar o equilíbrio do sistema (Neuman & Fawcett, 2011), contribuindo para a promoção da saúde mental, prevenção da doença e fortalecimento das capacidades adaptativas da pessoa.

1.4. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O modelo de sistemas de Betty Neuman (1995) constitui o referencial teórico de enfermagem mobilizado ao longo do estágio, fundamentando uma visão sistémica da pessoa, inserida nos seus contextos familiar e comunitário.

De acordo com este modelo, a pessoa é entendida como um sistema aberto, dinâmico e multidimensional, em constante interação com o ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). Permitindo uma abordagem integrada das necessidades do cliente em interação com stressores ambientais e o comportamento do sistema face ao stress (Tomey & Alligood, 2010).

No modelo de Neuman, o cliente é constituído pelo núcleo central (core), composto pela estrutura básica, energia e recursos individuais. No presente enquadramento, considera-se como core do sistema o cuidador informal da pessoa com doença de Alzheimer. Este núcleo encontra-se protegido por diferentes linhas de defesa,

cuja função é preservar o equilíbrio do sistema, a saúde e o bem-estar da pessoa (Neuman & Fawcett, 2011).

Estas linhas são definidas como linha normal de defesa, que representa o nível usual de bem-estar e funcionamento da pessoa, resultante da adaptação ao longo do tempo (Hannoodee & Dhamoon, 2025). No cuidador informal, quando o aumento das exigências associadas ao cuidar ultrapassa esta linha, podem emergir manifestações, como ansiedade persistente, fadiga emocional, irritabilidade e alterações do sono; a linha flexível de defesa, constitui a primeira barreira protetora do sistema, funciona como um “amortecedor protetor” face aos stressores e prevenindo a sua penetração no sistema (Hannoodee & Dhamoon, 2025). A eficácia desta linha é influenciada pela interação das variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, podendo ser reforçada ou fragilizada consoante as circunstâncias; a linha de resistência entram em ação quando os stressores ultrapassam a linha normal de defesa, tendo como função proteger o core e minimizar os efeitos do stress (Hannoodee & Dhamoon, 2025).

Quando a linha normal de defesa do cliente é ultrapassada por um fator stressante ambiental, pode ocorrer uma resposta adversa do sistema, manifestada pelo aparecimento de doença. Nesta fase, as linhas de resistência são ativadas com o objetivo de estabilizar o sistema e promover o retorno ao equilíbrio e ao bem-estar, processo chamado “reconstituição. Caso esta não seja alcançada e o fator stressante ultrapasse também as linhas de resistência, o core do cliente torna-se vulnerável representando uma ameaça significativa à integridade do sistema, podendo resultar em consequências graves para a saúde, nomeadamente depressão grave e impactos ao nível espiritual e psicossocial (Hannoodee & Dhamoon, 2025).

Neste contexto, a intervenção do EEESMP, através do ensino de técnicas de RMP e da promoção de suporte emocional, contribui para o fortalecimento destas linhas, prevenindo a desorganização do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

À luz deste modelo, os fatores geradores de ansiedade no cuidador informal da pessoa com doença de Alzheimer, podem ser considerados como stressores. Estes são definidos como estímulos produtores de tensão e instabilidade do sistema, podendo ser classificados como intrapessoais (estrutura da pessoa, incluindo emoções, sentimentos e atitudes), interpessoais (relação com os outros e desempenho de papéis sociais) ou

extrapessoais (forças externas, como condições socioeconómicas, laborais ou habitacionais) (Neuman & Fawcett, 2011). Esta visão alargada do sistema cliente no contexto da saúde mental reforça a importância de considerar estas diferentes dimensões como variáveis passíveis de intervenção, com vista à manutenção ou restabelecimento do equilíbrio do sistema.

Relativamente, às intervenções de enfermagem o Modelo de Neuman tem como objetivo reduzir os stressores ou o potencial para o seu aparecimento através de três níveis de prevenção. A prevenção primária antecede a reação do sistema aos stressores reais ou potenciais, incluindo a identificação e a redução do risco, através de intervenções de informação, educação, motivação e apoio. A prevenção secundária diz respeito à intervenção dirigida aos sintomas desencadeados após o contacto com os stressores, promovendo a sua eliminação ou o fortalecimento das linhas de resistência, de forma a prevenir ou limitar os efeitos no core. Por sua vez, a prevenção terciária orienta-se para o restabelecimento e manutenção do bem-estar e equilíbrio e do sistema anteriormente afetado. Neste processo, o enfermeiro necessita não só de compreender o impacto do stressor em si, mas também na resposta do sistema (Hannoodee & Dhamoon, 2025).

Em síntese, a mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitiu aprofundar a compreensão desta problemática e orientar a intervenção de enfermagem.

2. ANSIEDADE EM CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO - SCOPING REVIEW

A Scoping Review segue a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020). A definição da questão de revisão assume um papel central, uma vez que orienta de forma sistemática todo o processo de pesquisa, seleção e análise da evidência científica. A formulação clara e estruturada permite assegurar a coerência entre o objetivo da revisão, os critérios de inclusão e a estratégia de pesquisa, contribuindo para a transparência, rigor e reprodutibilidade do estudo (Peters et al., 2020).

A questão de revisão foi estruturada de acordo com o modelo PCC, preconizado pelo JBI, contemplando: População, Conceito e Contexto (Peters et al., 2020) que se apresenta no Quadro 1

Quadro 1 - Estratégia de pesquisa - PCC

Componente (PCC)	Descrição	Termos usados na expressão	Justificação
P (População)	Cuidadores de pessoa com demência/doença de Alzheimer	(Caregivers [Mesh]) AND ((Dementia [Mesh]) OR (Alzheimer Disease [Mesh]))	Identifica o grupo-alvo da intervenção – Pessoas que prestam cuidados a pessoa com demência/doença de Alzheimer
C (Conceito)	Técnica de RMP de Jacobson	((Progressive muscle relaxation [Title/Abstract]) OR (relaxation techniques [Mesh]) OR (relaxation training [Title/ Abstract]))	Intervenção de EEESMP com foco no fenómeno de interesse
C (Contexto)	Impacto na ansiedade	(Anxiety [Mesh])	Foco no fenómeno de interesse - redução da ansiedade

Assim definiu-se a seguinte questão de revisão:

Qual a evidência científica sobre RMP de Jacobson como intervenção especializada de enfermagem na diminuição da ansiedade em cuidadores de pessoa com doença de Alzheimer?

O objetivo da revisão é mapear a evidência científica do RMP de Jacobson como intervenção especializada de enfermagem na diminuição da ansiedade do cuidador informal de pessoa com doença de Alzheimer.

Foram incluídos na presente Scoping Review todo o tipo de estudos que cumpriam os critérios definidos e apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de Inclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
População	Cuidadores que prestam cuidados a pessoas com demência/ doença de Alzheimer; Cuidadores com idades \geq a 19 anos.
Conceito	Intervenção desenvolvida por EEESMP ou enfermeiro generalista: Técnica de RMP de Jacobson.
Horizonte temporal	Entre 01.01.2015 e 31.10.2025
Desenho	Estudos publicados em revistas científicas; Texto completo.
Idioma	Português; Inglês; Espanhol.

A pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2025, nas bases de dados **PubMed** e **Medline Complete** via **EBSCOhost**. Foram incluídos estudos publicados em inglês, português e espanhol, com texto completo, num intervalo temporal de 01.01.2015 a 31.10.2025 e idade \geq a 19 anos.

A estratégia de pesquisa incluiu descritores controlados Medical Subject Headings (MeSH) e termos livres, combinados através de operadores booleanos de acordo com a seguinte expressão:

(Caregivers [MeSH]) AND ((Dementia [MeSH]) OR (Alzheimer Disease [MeSH])) AND ((Progressive Muscle Relaxation [Title/Abstract]) OR (Relaxation Techniques [MeSH]) OR (Relaxation Training [Title/Abstract])) AND (Anxiety [MeSH]).

Com base nesta estratégia, foram identificados 1301 artigos, sendo 998 na base de dados Medline complete via EBSCOhost e 303 na PubMed. Após remoção de 15 artigos duplicados, 1280 foram excluídos após leitura de título e 3 após leitura do resumo. Os 3 artigos selecionados para leitura integral, foram analisados com base nos critérios de inclusão, sendo 1 excluído porque a população em análise integra só o grupo de

controle, não fazendo parte do grupo terapêutico. Assim, 2 estudos foram incluídos na revisão final.

De seguida apresenta-se o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and meta-analyses extension for Scoping Review (PRISMA-ScR)* (Page et al., 2021), onde se apresenta o processo de seleção dos estudos até á identificação dos que foram alvo de análise, Figura 1.

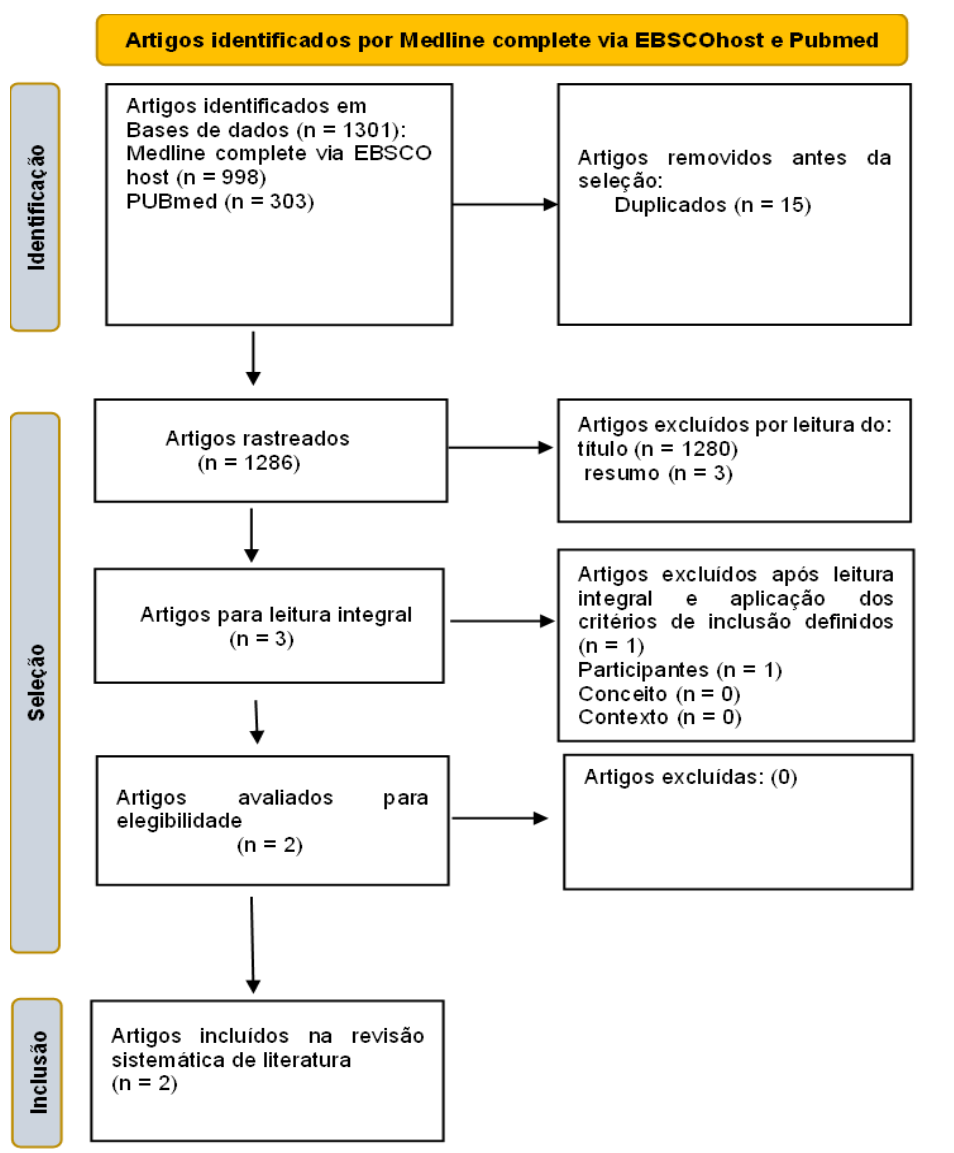


Figura 1 - Fluxograma com processo de seleção e inclusão dos estudos
Nota: adaptado e traduzido do fluxograma PRISMA 2020

Da pesquisa realizada foram selecionados 2 artigos, conforme ilustra o Quadro 3.

Quadro 3 - Lista ordenada dos artigos selecionados

Nº do Artigo	Referências Bibliográficas do artigo
1	Yaman, A., & Büyükyılmaz, F. (2021). The effect of relaxation exercises on burden, burnout, and anxiety levels in palliative caregivers. <i>Perspectives in psychiatric care</i> , 58(3), 1089–1095. https://doi.org/10.1111/ppc.12906
2	Baykal, D., & Bilgic, B. (2024). The effects of progressive muscle relaxation exercise on dementia caregivers. <i>Geriatric nursing</i> , 59, 491–497. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.07.035

A síntese dos resultados permitiu organizar a evidência científica de acordo com os objetivos definidos e com a questão de revisão formulada. Os estudos incluídos apresentam como população cuidadores informais de pessoa com demência, sem especificação da tipologia da demência, nomeadamente doença de Alzheimer. Foram selecionados por não terem sido mapeados estudos específicos com cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer e haver evidência de que o RMP de Jacobson é uma intervenção eficaz na redução dos níveis de ansiedade em cuidadores informais de pessoas com demência, incluindo aqueles que cuidam de pessoas com doença de Alzheimer.

De forma geral, os resultados evidenciam que esta técnica está associada a uma redução dos níveis de ansiedade dos cuidadores, embora se verifique heterogeneidade quanto ao desenho metodológico dos estudos, à duração das intervenções e aos instrumentos utilizados para avaliação da ansiedade. Apesar destas diferenças, os achados sugerem que o RMP de Jacobson pode constituir uma estratégia potencialmente eficaz na gestão da ansiedade e para a promoção do bem-estar psicológico dos cuidadores informais de pessoa com doença de Alzheimer.

De seguida, apresentam-se os Quadros 4 e 5 de extração de dados a cada estudo.

Quadro 4 - Resumo do artigo nº 1

Título do artigo	“The Effect of relaxation exercises on burden, burnout, and anxiety levels in palliative caregivers”.
Autores	Yaman & Büyükyılmaz

Ano, local	2021, Istambul, Turquia
População	<p>O estudo foi realizado com um único grupo constituído por 60 cuidadores de pessoas em cuidados paliativos, destas 58,3%, apresentavam o diagnóstico de demência. Foram incluídos, cuidadores com idade ≥ 19 anos, (idade média = $43,82 \pm 10,19$ anos). A seleção da amostra baseou-se em cuidadores da unidade de cuidados paliativos que aceitaram participar.</p>
Metodologia	<p>Estudo de método quasi-experimental, pré-teste/pós-teste, sem grupo de controlo.</p> <p>O estudo teve como objetivo foi analisar a eficácia de exercícios de RMP nos níveis de ansiedade, sobrecarga e burnout nos cuidadores de pessoas em cuidados paliativos.</p> <p>Como instrumentos de colheita de dados forma utilizadas: o State-Trait Anxiety Inventory para ansiedade, o ‘Maslach Burnout’ Inventory para burnout e o ‘Zarit Burden Interview,’ para sobrecarga percebida pelos cuidadores, todos validados para a população estudada.</p> <p>Os exercícios de RMP de jacobson foram implementados, seguindo um protocolo estruturado, baseado na parte II do relaxation exercises CD da associação psicológica turca. A intervenção decorreu em grupos de três a quatro participantes, com a duração de 30 minutos por sessão, acompanhada de instruções orais padronizadas e som de água corrente.</p> <p>As sessões realizaram-se numa sala vazia da unidade de cuidados paliativos, não utilizada para atividades assistenciais, assegurando um ambiente calmo e reservado, duas vezes por semana, durante 4 semanas, num total de 8 sessões. Após cada sessão, procedeu-se à monitorização dos sinais vitais dos participantes. Os cuidadores puderam escolher horário mais adequado para realização das sessões, bem como o volume do som ambiente.</p> <p>Os dados foram analisados utilizando software SPSS (versão X). Para comparações pré e pós- intervenção, com um nível de significância de $P > 0.05$.</p> <p>Embora o texto original não mencione explicitamente, a pesquisa foi aprovada por um comité de ética e em investigação e que os participantes tenham dado consentimento informado, seguindo os princípios da Declaração de Helsínquia.</p>

Conceito	Intervenção implementada pela enfermeira investigadora, autora principal do estudo enfermeiro: RMP de Jacobson
Contexto	Ansiedade
Resultados	<p>A intervenção com o RMP de Jacobson revelou-se eficaz na redução da ansiedade, sobrecarga e burnout em cuidadores de pessoas em cuidados paliativos.</p> <p>A avaliação da ansiedade foi dividida em dois tipos: Ansiedade estado e ansiedade traço:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade estado: apresentou redução significativa após a intervenção, passando de $45,33 \pm 10,03$ no pré-teste para $35,73 \pm 7,78$ no pós-teste ($p < 0,01$). • Ansiedade traço: não apresentou diferença estatisticamente significativa entre pré-teste e pós-teste ($p > 0,05$), indicando que os exercícios afetam sobretudo a ansiedade situacional. <p>Estes resultados sugerem que o RMP de Jacobson foi eficaz na diminuição da ansiedade situacional, enquanto a ansiedade de base permaneceu estável.</p> <p>Relativamente aos sinais vitais dos cuidadores, também mostraram alterações positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso: Valores inferiores em todos os momentos de medição • Pressão arterial sistólica e diastólica: Valores inferiores em todos os momentos, com exceção do oitavo exercício. • Saturação de oxigénio: aumentou em todos os momentos de medição. • Temperatura corporal: sem alterações significativas e não incluída na análise estatística. <p>Conclui-se que os exercícios de RMP de Jacobson se revelaram uma intervenção eficaz para reduzir ansiedade situacional, sobrecarga e burnout, além de terem efeitos positivos nos sinais vitais dos cuidadores. Estes resultados indicam que o RMP de Jacobson pode ser uma intervenção valiosa para melhorar o bem-estar psicológico e reduzir a sobrecarga vivenciada por cuidadores de pessoas em cuidados paliativos.</p>

Quadro 5 - Resumo do artigo nº 2

Título do artigo	“The effects of progressive muscle relaxation exercise on dementia caregivers”.
Autores	Baykal & Bilgic
Ano, local	2024, Istanbul, Turquia

População	<p>Dos 65 interessados, 59 cumpriram os critérios, e 2 desistiram, 1 por infeção COVID-19 e 1 por mudança de residência. Idade média = $52,21 \pm 13,05$ anos. Duração média do cuidado = $46,03 \pm 41,64$ meses. Sexo feminino, 78,9%. Casados, 54,4%.</p>
Metodologia	<p>Estudo de método Quasi-experimental, Pré-teste/pós-intervenção, com um único grupo.</p> <p>O estudo teve como objetivo analisar o impacto de exercícios de relaxamento muscular progressivo na ansiedade, depressão e stress nos cuidadores de pessoa com demência.</p> <p>Como instrumentos de colheita de dados foram utilizados: Scale-21(DASS-21) Depression, Anxiety and Stress e Zarit caregivers Burden Index (ZBI), escalas validadas e fiáveis na população turca.</p> <p>Sessão inicial presencial onde foi explicado o estudo e assinatura do consentimento informado. Foi também efetuado o treino guiado de RMP de jacobson com demonstração e prática supervisionada.</p> <p>Posteriormente, os cuidadores realizaram os exercícios em casa, 3 vezes por semana, durante 12 semanas (36 sessões), usando gravações de áudio com instruções padronizadas. Foram enviadas mensagens para os cuidadores para incentivar a adesão. Sendo realizadas num ambiente calmo e seguro.</p> <p>Os dados foram analisados utilizando software SPSS 23.0 (versão X), com teste de normalidade Kolmogoro-Smirnov. Para comparações pré e pós- intervenção t-teste, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, com um nível de significância de $P < 0.05$.</p> <p>Foi aprovado pelo comité de ética da Istanbul Atlas University (protocolo: 02.15.2023/24.246). Consentimento verbal e escrito obtido de todos os participantes. O estudo seguiu a Declaração de Helsínquia.</p>
conceito	Intervenção implementada por enfermeiro treinado: RMP de jacobson
contexto	Ansiedade
Resultados	<p>A intervenção com o RMP de Jacobson revelou-se eficaz na redução da ansiedade, Depressão, stress e sobrecarga em cuidadores de pessoas com demência.</p> <p>Antes da intervenção os valores da ansiedade média eram de $4,49 \pm 3,43$.</p> <p>Após 12 semanas de RMP de Jacobson, todas as medidas apresentaram reduções significativas ($p = 0,00$).</p> <p>Também foram efetuadas comparações sociodemográficas cujo resultados foram os seguintes: As mulheres apresentam níveis</p>

	<p>significativamente mais altos de ansiedade ($p= 0,00$) do que os homens.</p> <p>O RMP de Jacobson foi eficaz na redução da ansiedade, depressão, stress e sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com demência. É uma intervenção não farmacológica, de fácil implementação e sem efeito secundários.</p> <p>O RMP de Jacobson é uma ferramenta útil para os enfermeiros apoiarem cuidadores de pessoas com demência, pode ser incorporada em programas intervenção domiciliar ou institucional.</p>
--	--

De acordo com os resultados obtidos, a técnica de RMP de Jacobson emerge como uma intervenção de enfermagem com evidencia favorável na redução da ansiedade de cuidadores de pessoas com demência. A análise dos estudos incluídos, nomeadamente os trabalhos de Yaman e Büyükyılmaz (2021) e de Baykal e Bilgic (2024), evidencia resultados consistentes quanto aos benefícios desta intervenção não farmacológica na redução da ansiedade e de outros indicadores de sofrimento psicológico dos cuidadores.

Ambos os estudos recorreram a desenhos quase-experimentais com aplicação do RMP de Jacobson a um único grupo de cuidadores, avaliando os efeitos da intervenção através de instrumentos validados e amplamente utilizados na investigação em Saúde mental. Apesar das diferenças na duração e intensidade dos programas de intervenção, os resultados demonstraram reduções estatisticamente significativas da ansiedade situacional após a implementação do RMP de Jacobson. Estes achados sugerem que o RMP atua de forma eficaz na modulação da resposta ao stress associada ao papel de cuidador, particularmente em contextos de elevada exigência emocional, como o cuidado à pessoa com demência.

No estudo de Yaman e Büyükyılmaz (2021), realizado com cuidadores de pessoas em cuidados paliativos, uma proporção significativa dos quais cuidava de pessoas com demência, o RMP de Jacobson revelou efeitos positivos não apenas na ansiedade estado, mas também na sobrecarga e no burnout. Foram ainda observadas melhorias nos sinais vitais dos cuidadores, nomeadamente na frequência cardíaca e na tensão arterial, reforçando a hipótese que o RMP de Jacobson promove benefícios tanto a nível psicológico como fisiológico. A ausência de alterações na ansiedade traço é consistente

com a natureza desta variável, que reflete características mais estáveis da personalidade e menos suscetíveis a intervenções de curta duração.

Por sua vez o estudo de Baykal e Bilgic (2024), especificamente direcionado para cuidadores de pessoas com demência, apresentou um programa de intervenção mais prolongado, com sessões realizadas ao longo de 12 semanas. Os resultados evidenciaram reduções significativas na ansiedade, depressão, stress e sobrecarga do cuidador, sugerindo que intervenções de maior duração e realizadas com elevada frequência podem potenciar os efeitos do RMP de Jacobson. A utilização do domicílio como contexto principal da intervenção e o recurso a estratégias de reforço da adesão, como envio de mensagens de incentivo, constituem aspetos relevantes que podem ter contribuído para a eficácia observada.

Importa ainda salientar que o estudo de Baykal e Bilgic (2024) identificou diferenças significativas nos níveis de ansiedade e stress em função do sexo, com as cuidadoras a apresentarem valores mais elevados comparativamente aos cuidadores do sexo masculino. Este resultado está alinhado com literatura existente, que aponta para uma maior vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento psicológico associado ao cuidar, frequentemente relacionado com maior carga de cuidados, menor apoio social e expectativas socioculturais associadas ao papel de cuidadora.

Apesar da consistência dos resultados, ambos os estudos apresentam limitações metodológicas, nomeadamente a ausência de grupos de controlo e a utilização de amostras reduzidas, o que limita a generalização dos achados. Adicionalmente, não é clarificado se os profissionais que implementaram as intervenções possuíam formação equivalente à EEESMP, dado o contexto específico de Istambul, Turquia, o que deve ser considerado na interpretação e na replicação dos resultados em outros contextos.

Ainda assim os resultados desta Scoping Review sugerem o potencial de integração RMP de Jacobson em programas de apoio a cuidadores informais de pessoa com demência. A evidência analisada demonstra que esta técnica pode contribuir de forma significativa para a melhoria do bem-estar psicológico dos cuidadores, com efeitos positivos adicionais ao nível fisiológico, incluindo redução da frequência cardíaca e da tensão arterial.

Embora os estudos incluídos apresentem limitações metodológicas, os achados são consistentes e sugerem que o RMP de Jacobson, especialmente quando implementado de forma estruturada e contínua, pode constituir uma estratégia eficaz e de fácil implementação no apoio aos cuidadores. Futuros estudos deverão recorrer a desenhos experimentais mais robustos, incluir grupos de controlo e amostras mais alargadas, de modo a aprofundar a evidencia sobre a eficácia do RMP de Jacobson e a sua aplicabilidade em diferentes contextos de cuidado. Ainda assim, os resultados desta Scoping Review sustentam a integração do RMP de Jacobson no apoio aos cuidadores informais de pessoas com demência, nomeadamente com doença de Alzheimer.

3. PERCURSO DE ESTÁGIO

O estágio com relatório decorreu em dois contextos: contexto de Internamento de Doentes Agudos e Contexto de Saúde Mental na Comunidade.

A escolha dos locais de estágio foi ponderada e refletida, teve em consideração as minhas aspirações pessoais, a área de abrangência em relação à população a que prestam cuidados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica. Foi também tido em conta a facilidade logística de acesso às instituições, uma vez que o estágio foi realizado em simultâneo com a minha atividade laboral. Nos dois contextos as equipas multidisciplinares incluíam enfermeiros com grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os contextos do estágio, encontram-se apresentados por ordem cronológica da sua realização.

Iniciar um novo ciclo no meu percurso como profissional de enfermagem foi muito desafiante. Ao iniciar o estágio contactei com uma realidade diferente da que experienciei ao longo de quase 30 anos e percebi que não estava preparada, como pensava, para o impacto que este contexto teve em mim. Levando-me mesmo a questionar se este seria o meu caminho. Não sabia como olhar ou como comunicar com os utentes. Eu que me considero uma pessoa de fácil contacto, comunico muito com o olhar e sempre com um sorriso, nestes primeiros dias senti que não o conseguia fazer.

Nas minhas reflexões diárias, realizadas com as enfermeiras orientadoras e individualmente, fui percebendo que os meus pensamentos e sentimentos estavam fortemente relacionados com o meu percurso profissional anterior, em que as situações se resolviam principalmente através de intervenções técnicas, como, algaliação, entubação, punção venosa, etc. Nos contextos de saúde mental, esta abordagem não se aplica da mesma forma. Este contraste levou-me a pensar a questionar a existência de estigmas ou preconceito interiorizados na minha prática. Como refere, Neuman (1995) a mudança de ambiente e de práticas podem afetar temporariamente as linhas de defesa do enfermeiro, pois este é um sistema aberto sujeito a '*stressors*'. Foi através da reflexão, da observação e da partilha com os pares que iniciei um processo de mudança interna, aumentando desta forma o meu autoconhecimento.

A prática do cuidar em enfermagem é alicerçada na humanização e nos referenciais da profissão, nomeadamente o Regulamento nº 515 de 2018 (Competências específicas do EEESMP), o Regulamento nº 140 de 2019 (Competências Comuns do EEESMP), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015), a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), assim como os Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 356/2015).

3.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

Este estágio foi realizado num serviço de internamento de doentes agudos de uma ULS do país.

3.1.1. O contexto

A admissão nesta unidade pode ser efetuada através do serviço de urgência do hospital e da consulta externa. Todos os utentes internados apresentam pulseira de identificação com nome, data de nascimento e serviço de internamento.

O acesso ao serviço de internamento, é efetuado através de um sistema eletrónico com um código de entrada apenas do conhecimento dos profissionais que exercem funções nesta unidade.

O serviço é constituído por 21 camas, distribuídas da seguinte forma: 5 enfermarias com 4 camas com WC, utilizadas de acordo com o género e 3 quartos individuais de isolamento com WC. Inclui ainda um Gabinete de enfermagem, um gabinete médico, uma sala de trabalho, uma sala de medicação, um refeitório e uma sala multifunções que pode ser utilizada como sala de visitas, sala de reuniões ou para realização de intervenções terapêuticas e uma arrecadação. Todas estas salas e janelas se encontram fechadas á chave. A sala para a reunião clínica multidisciplinar encontra-se no núcleo central (área externa ao serviço).

A equipa multiprofissional da unidade é constituída por médicos Psiquiatras e internos da especialidade de Psiquiatria, 21 enfermeiros (1 enfermeiro gestor, 6 EEESMP, 1 enfermeiro Mestre em EEESMP e 13 enfermeiros generalistas), 12 técnicos auxiliares de saúde (TAS), 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional (TO), 1 assistente social e 2 Assistentes técnicas (AT). A equipa de enfermagem é distribuída pelos 3 turnos (3/4,

manhã, 2/3, tarde e 2, noite). O método de trabalho é por enfermeiro responsável. Os registos de enfermagem são realizados em sistema informático.

A maioria dos utentes encontram-se em situação de internamento voluntário, encontrando-se alguns em situação de tratamento involuntário, de acordo com a Lei da Saúde Mental - Lei n.º 35/2023. Este é um serviço de porta fechada, que disponibiliza dois momentos, 30 min no turno da manhã e 30min no turno da tarde, de saída para o pátio, para fumar e caminhar ao ar livre.

Após a alta clínica, os utentes são referenciados e acompanhados na consulta externa, encaminhados para os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), para as Unidades de Saúde Familiar da área de residência ou para o hospital de dia, podendo também ser acompanhados no domicílio por Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM).

3.1.2 Atividades desenvolvidas

Nas duas primeiras semanas, procedeu-se ao conhecimento da estrutura física, das dinâmicas do serviço e da equipa multidisciplinar. Foram consultadas normas, protocolos, planos de atividade do serviço, o sistema de registos e os processos clínicos. Participei em passagens de turno e reuniões clínicas multidisciplinares, o que permitiu uma integração gradual na equipa com o objetivo de compreender as necessidades do serviço.

O internamente é um contexto composto por diversos ‘*stressors*’, de natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, o que permitem a sua análise enquanto sistema, numa perspetiva coerente com o Modelo de sistemas da Betty Neuman. A disponibilidade e orientação da enfermeira orientadora, bem como dos restantes elementos da equipa, revelaram-se fundamentais ao longo deste processo.

Quer a nível individual, quer em grupal, o foco da intervenção centrou-se sempre na pessoa e nas suas necessidades, orientando a prática da enfermagem. Neste sentido a capacidade de intervenção do futuro EEESMP assume particular relevância na execução de intervenções de enfermagem adequadas e baseadas em evidência científica.

As intervenções desenvolvidas tiveram por base as melhores práticas, respeitando os direitos das pessoas e suportando a tomada de decisão no conhecimento científico e em referências teóricas da enfermagem.

O acolhimento dos utentes, constituiu um momento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação de confiança desde o primeiro contacto, facilitando a construção de uma relação terapêutica ao longo do internamento. Segundo (Amaral, 2020, p.85), o acolhimento “representa o início de um processo de socialização que permite ao utente conhecer as instalações, os profissionais e as rotinas”. Este momento constitui também uma oportunidade para o enfermeiro iniciar a relação terapêutica através do estabelecimento de uma vinculação afetiva e de confiança.

Após este primeiro contacto, sempre que possível, foram realizadas entrevistas de avaliação inicial, com o objetivo de compreender a perceção da pessoa acerca da sua situação clínica, bem como os seus antecedentes pessoais e familiares. Estas entrevistas contribuem para o reforço da relação terapêutica, promovendo a confiança e expectativas positivas de ajuda (Cordioli, 2005, citado em Amaral 2020). De acordo com Chalifour (2009), a entrevista de avaliação deve ser planeada em termos objetivos, duração contextos e meios, garantindo uma intervenção estruturada eficaz.

Durante a entrevista, procedeu-se também à realização do exame do estado mental, utilizou-se sempre que possível o Mini Mental State Examination existente no sistema informático da instituição (Anexo 1), permitindo analisar características mentais e cognitivas observadas ou relatadas, apoiando a formulação do diagnóstico de enfermagem (Menegon, 2014, citado em Amaral 2020). Toda esta informação foi posteriormente registada no processo clínico do utente, através do Sistema SClinico. Segundo Lopes (2006 citado por OE, 2017), a relação enfermeiro-utente constitui um Processo de avaliação diagnóstica, operacionalizado essencialmente através da entrevista, que normalmente corresponde ao primeiro contacto.

A comunicação, verbal e não-verbal, assumiu-se como uma ferramenta essencial para a humanização dos cuidados, identificação das necessidades de saúde e melhoria da prática de enfermagem (Campos, 2017; Coelho & Sequeira, 2014). Enquanto futura EEESMP, foram utilizadas estratégias comunicacionais adequadas às necessidades dos utentes, nomeadamente escuta ativa, utilização de perguntas abertas e fechadas, clarificação, validação, contacto visual adequado, a gestão da distância, o toque terapêutico, postura, a expressão facial, tom de voz e utilização do silêncio. Estas

estratégias contribuíram para a criação de um ambiente seguro, facilitando a relação terapêutica e respeitador da privacidade do utente.

As intervenções basearam-se nos pressupostos do Modelo Teórico de Betty Neuman, visando o reforço das linhas de defesa do sistema do utente e a promoção da estabilidade e do equilíbrio. A limitação de liberdade e do contacto com o exterior revelou-se um fator potenciador de ansiedade, sendo reconhecida a importância de implementar intervenções diárias que contribuíssem para a sua redução.

O passeio terapêutico, realizado diariamente nos turnos da manhã e da tarde, com a duração de aproximadamente 30 minutos, constitui uma intervenção relevante na prevenção do isolamento, incentivo à interação social, promoção da comunicação, expressão emocional e prática de exercício físico. De acordo com Lourenço et al. (2017), o exercício físico em utentes internados ou institucionalizados contribui para a melhoria do humor, aumentando a autoestima e redução da ociosidade. Durante estas saídas, os utentes são incentivados a efetuar exercícios respiratórios e a prática de exercício físico.

Foi identificado que a limitação de acesso ao exterior, ao telemóvel e ao computador constitui um stressor extrapessoal relevante, aumentando os níveis de ansiedade, verificado através do comportamento (preocupação com o horário, perguntas repetidas várias vezes, etc), que antecedia a ida ao pátio e o telefonema que lhes era possível fazer em ambos os turnos, com grande relevância na pessoa com doença mental em regime de internamento, constituindo uma área potencial de intervenção do EEESMP.

Foram observados comportamentos indicativos da necessidade de partilha de sentimentos como: verbalização frequente sobre as emoções, procura constata alguém para conversar, labilidade emocional, mudanças de humor sem causa, isolamento seguido de aproximação, necessidade de validação, comunicação indireta do sofrimento, entre outras. Nestes momentos recorreu-se à escuta ativa, permitindo a expressão de crenças e emoções sem julgamento. Segundo Coelho e Sequeira (2014) a escuta ativa concretiza-se numa interação em contexto adequado, na qual a enfermeira escuta, presta atenção, atribui significado e fornece feedback. O silêncio, a linguagem não verbal, o contacto visual e a postura revelaram-se igualmente elementos fundamentais da comunicação terapêutica, cuja finalidade é identificar e responder as necessidades de saúde da pessoa (Coelho & Sequeira, 2014).

Foram ainda realizadas intervenções breves, nomeadamente durante a administração da terapêutica, reforçando a importância da adesão ao tratamento; durante as refeições, promovendo hábitos alimentares saudáveis; e durante as saídas ao exterior, alertando para os riscos associados ao consumo de álcool e tabaco e incentivando à prática de exercício físico. De acordo com Formigoni, Carneiro & Avallone (2006 citado por Amaral 2020), a intervenção breve é uma intervenção, estruturada, focal e objetiva, que promove a autonomia e responsabilização da pessoa pelas suas escolhas, reforçando as linhas de defesa do sistema, de acordo com o modelo de Neuman (1995).

Através destas intervenções, foi possível identificar algumas das necessidades comuns entre os utentes, o que conduziu à implementação de intervenções grupais, atendendo às preocupações e aos níveis de ansiedade observados, tais como: agitação motora, dificuldade em permanecer parado ou concentrado, fala acelerada ou interrupções frequentes, comportamentos repetitivos, respiração acelerada, irritabilidade ou impaciência.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção centrado na redução da ansiedade, ajustado às características do contexto e às condicionantes temporais. A proposta foi fundamentada pela literatura e articulado com o Modelo de Neuman. O projeto, foi implementado ao longo do estágio, mas não ficou claro se iria ser dada continuidade ao mesmo no internamento, devido à rotatividade dos utentes, e aos internamentos de curta duração e uma vez que estes projetos de longa duração são implementados no hospital dia existente no hospital (Apêndice 1).

Nas entrevistas efetuadas aos utentes uma das escalas aplicadas é a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) existente no sistema informático da instituição (Anexo 2). Considerando a prevalência do diagnóstico de ansiedade em grau moderado, foi delineado um plano de intervenção grupal constituído por seis sessões, com periodicidade bissemanal, duração aproximada de 45 minutos e dirigido a um grupo de seis utentes. O objetivo principal consistiu na diminuição da ansiedade, através da identificação de estratégias terapêuticas que permitissem aos utentes reconhecer e gerir os seus níveis de ansiedade, promovendo o autocontrolo. Para tal, recorreu-se a técnica de reestruturação cognitiva, psicoeducação e a técnica de relaxamento, integradas como estratégias de prevenção secundária.

A avaliação das sessões baseou-se na análise dos conteúdos trabalhados na sessão anterior e a monitorização de sinais vitais antes e após cada sessão. Após cada sessão os enfermeiros responsáveis pelos utentes foram informados acerca das atividades realizadas, dos comportamentos observados e das dinâmicas de grupo, sendo efetuado o respetivo registo no processo clínico. A avaliação dos efeitos das intervenções foi realizada através da observação direta e da interação diária com os participantes, bem como da reflexão conjunta com a enfermeira orientadora.

No final do programa, os utentes referiram que a participação nas sessões promoveu a reflexão sobre si próprios, sobre situações geradoras de ansiedade e sobre a necessidade de utilizar estratégias de gestão emocional, evidenciando o fortalecimento das linhas de defesa do sistema.

Foram igualmente desenvolvidas intervenções grupais de carácter psicoeducativo, estruturadas em cinco sessões sobre hábitos de vida saudáveis, com o objetivo de promover a modificação desses hábitos em pessoas com doença mental. A adesão terapêutica, entendida como a concordância entre o comportamento da pessoa e as recomendações dos profissionais de saúde (OE, 2009), constitui um foco central destas intervenções. (Apêndice 2).

Atendendo à presença de estigma social, baixa autoestima e tendência para o isolamento, a psicoeducação revelou-se uma intervenção fundamental para capacitar a pessoa, facilitar a mudança comportamental e promover a adesão ao tratamento, tanto durante o internamento como no período pós-alta, envolvendo, sempre que possível, a família (Bauml, et al., 2006, citados por Matsuda & Kohno, 2016, citados por Vilar et al., 2019).

As sessões foram desenvolvidas com a participação de cinco a seis utentes, recorrendo ao jogo como estratégia de dinamização das atividades. A avaliação das sessões foi realizada através da observação da adesão, do comportamento, do empenho dos utentes e da expressão de sentimentos durante as atividades.

Foi ainda desenvolvida uma sessão de estimulação cognitiva “provérbio incompleto”, dirigida a utentes com compromisso cognitivo, com o objetivo de preservar ou melhorar funções como a memória, a atenção e o raciocínio. Estas intervenções basearam-se em atividades lúdicas, como jogos de palavras, puzzles, música, culinária, jardinagem e

outras atividades expressivas, promovendo a orientação para a realidade e a interação social (Livingston, et al., 2017).

A intervenção foi desenvolvida, utilizando provérbios incompletos. A sessão contou com três utentes, tendo sido possível observar um bom nível de concentração ao longo da atividade. Destacou-se ainda a importância da componente lúdica na promoção na interação do grupo e no consequente desenvolvimento de competências sociais. (Apêndice 3)

Adicionalmente, foi realizada uma sessão de RMP de Jacobson, com o objetivo de reduzir a ansiedade e otimizar o padrão do sono, tendo a avaliação sido efetuada através da monitorização dos sinais vitais. (Apêndice 4)

Foram igualmente desenvolvidas intervenções socioterapêuticas, recorrendo a mediadores expressivos, nomeadamente a expressão artístico-expressiva, com utilização de argila para modelagem, tinta e pincéis. Estas atividades constituíram uma experiência sensorial, cuja dimensão tátil induz sensações corporais e desperta emoções, favorecendo a ligação entre o corpo e o mundo emocional (Czamanski-Cohen & Weilh, 2016). Paralelamente, promoveram a comunicação, a expressão emocional e o bem-estar psicológico dos utentes. (Apêndice 5)

A intervenção psicossocial teve ainda como o objetivo de estimular a interação social e o trabalho de grupo, promover o bem-estar emocional e reduzir o isolamento. Pretendeu igualmente estimular funções cognitivas, como a atenção, a memória e concentração, bem como favorecer a expressão emocional num ambiente lúdico e seguro. Para esta atividade foram utilizados jogo bingo e dominó, materiais de escrita, ovinhos de esferovite, fios de isolamento e papel branco. (Apêndice 6)

O jogo enquanto técnica de intervenção, proporcionou um nível de estimulação adequado ao desenvolvimento de recursos pessoais, os quais podem ser mobilizados para ampliar a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano, bem como para facilitar a aquisição de modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. (Manes, 2018)

Durante o período do estágio, foi realizada uma formação em serviço; aos profissionais do serviço de internamento de utentes agudos, e a dois alunos de licenciatura em enfermagem que se encontravam a realizar estágio; com o tema “Estigma da doença

mental” (Apêndice 7), que poderá ser utilizada pela equipa, como ferramenta para a promoção da saúde mental.

Segundo a OMS, (2022), estigma, violação dos direitos humanos e discriminação contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em todas as comunidades e serviços de saúde a nível mundial. Neste contexto, torna-se pertinente destacar o estudo de São João et al. (2017) que evidencia a importância de aumentar a literacia em saúde mental, referindo ainda que o contacto prévio com a doença mental se associa a atitudes menos estigmatizantes, confirmando o papel protetor do contacto e da educação na redução do estigma, o que reforça a pertinência da temática selecionada e a relevância da formação em contexto clínico.

De acordo com as competências comuns o Enfermeiro Especialista otimiza o autoconhecimento com o objetivo de facilitar a identificação de fatores que possam interferir na relação terapêutica estabelecida entre cliente e ou equipa multidisciplinar (OE, 2019). Neste sentido, o domínio das competências relacionais, constitui um elemento estruturante para a qualidade dos cuidados de enfermagem avançados, justificando processos contínuos de reflexão e aperfeiçoamento profissional.

O Enfermeiro Especialista assume um papel ativo como formador em contexto de trabalho, promove oportunidades, diagnostica as necessidades formativas, planifica, implementa e avalia o impacto da formação, na prática profissional (OE, 2019). Desta forma a formação em serviço, desenvolvida durante o período de estágio, foi importante para consolidar competências especializadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, respondendo assim às exigências éticas e científicas do exercício da enfermagem.

O EEESMP como o seu conhecimento e competências, deverá intervir na redução do estigma associado à doença mental e na promoção da literacia em saúde mental nos contextos de trabalho, desenvolvendo campanhas anti estigma, ações de sensibilização e implementando estratégias educativas que permitam potenciar ambientes laborais inclusivos, saudáveis e informados (OE, 2011). Estas intervenções visam capacitar profissionais prevenir discriminação, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde mental.

3.2 – CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região centro.

3.2.1 – O contexto

A UCC encontra-se num espaço partilhado com o ACES. É constituído por 3 gabinetes de enfermagem, 1 ginásio- um espaço aberto com uma parede com espelho, um computador, cadeiras, colchões e bolas de pilates.

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente, na área de abrangência, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência. (documento da UCC não publicado)

Assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade para prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos de risco e/ou em situação de vulnerabilidade e/ou dependência que requeiram acompanhamento próximo, na integração em redes de apoio à família e grupos (Documento não oficial existente na UCC).

A equipa multiprofissional é constituída por seis enfermeiros; um EEESMP, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde familiar (EEESF) um Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e dois enfermeiros generalistas, sendo que os mesmos exercem a sua atividade com autonomia, técnica e funcional, assumindo a responsabilidade de promover um bom nível de prestação de cuidados, tendo a seu cargo uma carteira básica de serviços. Existem ainda dois TAS, duas AT partilhadas pelas duas unidades. Durante o estágio a UCC contou com a colaboração de um médico do ACES, por se encontrar a decorrer um concurso para um médico da UCC.

A UCC apresenta vários projetos em implementação:

- ✓ Promoção da saúde mental no período perinatal,
- ✓ Promoção das competências emocionais na parentalidade - Jardins de infância,
- ✓ competências emocionais na infância - ensino básico,

- ✓ desenvolvimento de competências socioemocionais - Agrupamentos de escolas secundárias, alunos do 8º ano.
- ✓ Tem parcerias com o lares e centros de dia da área abrangente.

Destaca-se que o EEESMP atua em todas estas áreas, desenvolvendo sessões de educação, para a saúde nos diversos grupos, visitas domiciliárias, consultas de enfermagem em diversas áreas.

3.2.2 Atividades desenvolvidas

Nas primeiras semanas de estágio procedeu-se ao conhecimento das estruturas físicas, das dinâmicas do serviço, da equipa multiprofissional, dos projetos em curso e das parcerias locais existentes. Este processo foi facilitado pela disponibilidade e orientação da enfermeira orientadora, bem como pelo apoio dos restantes elementos da equipa. Após esta fase inicial foram definidas intervenções de acordo com as prioridades da UCC e das necessidades da população de abrangência, dos objetivos estabelecidos para o estágio com relatório em contexto de comunidade.

De seguida, descrevem-se as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio.

As intervenções psicoeducacionais foram realizadas ao longo do ciclo vital, tendo sido planeadas e implementadas com base nas necessidades identificadas na comunidade, pelos enfermeiros, a pelos professores, pelas instituições. Segundo Amaral et al. (2020), a psicoeducação constitui uma forma específica de educação orientada para a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis, podendo ser aplicada em contexto individual ou grupal, de acordo com as necessidades das pessoas envolvidas.

Em resposta às necessidades de uma escola básica local, foram promovidas três sessões sobre competências emocionais na parentalidade, dirigidas a pais e alunos do ensino pré-escolar e do 1.º ciclo, com duração de 45 minutos cada. As referidas sessões foram realizadas respetivamente com alunos e pais do pré-escolar, com alunos do 1.º e 2.º anos e com alunos de 3º e 4º anos. Tendo participado em todas as sessões tive a oportunidade de dinamizar a sessão com alunos do 3º e 4º ano. (Apêndice 8)

Foi ainda possível participar numa sessão de desenvolvimento de competências socioemocionais dirigida a uma turma do 8.º ano de uma escola básica e secundária. A referida sessão teve como objetivo identificar precocemente as emoções e o

desenvolvimento de estratégias de regulação emocional, no âmbito da prevenção primária. (Apêndice 9)

Adicionalmente, uma escola da área de abrangência de outra UCC, solicitou a realização de uma sessão para turmas do 10.º e 11.º anos sobre violência no namoro, uma necessidade observada pelos professores através de comportamentos dos alunos. As sessões foram desenvolvidas e dinamizadas com supervisão da enfermeira orientadora. (Apêndice 10)

Foi igualmente possível participar no projeto de educação para a saúde “Promoção da saúde mental no período Perinatal” – Curso de promoção da saúde mental perinatal, composto por três módulos. O primeiro módulo integrou cinco sessões, participei das duas primeiras sessões e dinamizei a terceira sessão, intitulada “Emoções na gravidez”, com o objetivo de promover o bem-estar emocional e fornecer ferramentas para lidar com a ansiedade durante a gravidez. Esta intervenção enquadrou-se no âmbito da prevenção secundária. (Apêndice 11)

Foi ainda solicitada a intervenção da equipa para realização de uma sessão com uma turma de terceiro ciclo do Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF), abordando o tema valores e pertença com os seguintes objetivos: promover a autoconsciência e a identificação de qualidades e dificuldades pessoais; estimular a reflexão sobre como as qualidades individuais podem contribuir para a resolução de problemas de grupo; desmistificar a competição e valorizar a cooperação como forma eficaz de alcançar objetivos comuns; Debater a importância da tolerância, do apoio mútuo e da inclusão dentro do grupo; transpor os conceitos de competição e cooperação para situações do dia a dia, relacionados com valores e pertença ao grupo. A sessão foi desenvolvida com recurso a técnicas expressivas, cartolinas, colagem e música. Ao finalizar a sessão, como planeado, sugeriu-se aos alunos que lhe atribuíssem uma designação, estes propuseram a designação “amizade”. (Apêndice 12)

Foi identificada na UCC o interesse/necessidade em se iniciar um projeto dirigido a cuidadores informais de pessoas com demência/doença de Alzheimer, considerando o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de demência e a insuficiência de respostas específicas para este grupo.

Neste contexto, foi aprofundada a temática que originou a formulação da questão para a realização da Scoping Review. Foi partilhada com a enfermeira orientadora a intenção de trabalhar o foco ansiedade em cuidadores informais de pessoas com demência/ doença de Alzheimer. (Apêndice 13)

O programa previa a integração de intervenções do EEESMP, EEESF e EEER. De acordo com o Modelo de Neuman, os cuidadores informais estão expostos a múltiplos stressores, intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, que podem estes comprometer a estabilidade do sistema.

Em reunião de equipa, foi deliberado que o projeto teria início com intervenções da área da ESMP, atendendo à disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora, EEESMP. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018), o EEESMP, “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (p.21428).

Foi então desenvolvido um projeto de intervenção alinhado com as orientações do Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) estruturado segundo os princípios da prevenção primária, secundária e terciária, conforme o Modelo de Sistemas de Neuman.

A prevenção primária centrou-se na educação para a saúde e fortalecimento das linhas de defesa flexíveis; a prevenção secundária incidiu identificação e redução precoce dos sintomas de ansiedade atuando após a penetração dos stressores nas linhas normais de defesa; e a Prevenção terciária no Apoio contínuo ao cuidador, visando a reabilitação, manutenção da estabilidade do sistema e prevenção de recaídas, após a ocorrência de sintomas, promovendo a recuperação do equilíbrio e o reforço das linhas de resistência.

O projeto de intervenção, teve como objetivo reduzir a ansiedade em cuidadores informais de pessoas com demência/doença de Alzheimer, através do RMP de Jacobson, promover a identificação e gestão da ansiedade e do stress, bem como a implementação de estratégias de autocuidado.

O projeto foi estruturado em quatro sessões, distribuídas ao longo de três semanas, com duração aproximada de 90 min cada, realizadas num grupo fechado, constituído por sete cuidadores informais de pessoa com demência/doença de Alzheimer. As sessões

decorreram numa instituição para idosos do concelho. Importa referir que as sessões planeadas não são estanques, podendo estas sofrer alterações de acordo com as necessidades da população alvo.

Na primeira e na última sessão foi aplicada a Escala Hospitalar Ansiedade e Depressão (HADS) que se encontra implementada no sistema informático da unidade fazendo parte do processo de cuidados. Em cada sessão de relaxamento foram avaliados os Sinais Vitais: Pressão Arterial Diastólica (PAD), Pressão Arterial Sistólica (PAS), Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR), antes e após a intervenção. Foram igualmente avaliados os conhecimentos relativos aos conteúdos abordados e o domínio da técnica de RMP de Jacobson a realizar no domicílio.

O projeto dirigido a cuidadores informais de pessoa com demência/doença de Alzheimer, foi apresentado à equipa multidisciplinar na UCC. (Apêndice 14) Evidenciando o papel do EEESMP na promoção da saúde mental em contexto comunitário. De acordo com os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, o EEESMP ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através da identificação e fortalecimento dos fatores de proteção, da resiliência bem como a forma de avaliação de vulnerabilidades e riscos. Paralelamente, promove competências essenciais, como a capacidade de lidar com stressores, o fortalecimento da autoestima e a promoção da literacia em Saúde mental.

Durante o percurso de estágio, foi possível assistir a uma reunião da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e a uma reunião do Núcleo Local de Inserção (NLI), bem como acompanhar a equipa da CPCJ numa visita domiciliar destinada à verificação das condições habitacionais de um agregado familiar.

Estas experiências permitiram compreender, de forma mais aprofundada, a articulação interinstitucional na promoção e proteção das crianças e jovens em risco. A participação nas reuniões evidenciou a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar. Observou-se a partilha de informação entre profissionais de diferentes áreas, nomeadamente saúde, educação e ação social. Foi possível reconhecer a importância da tomada de decisão centrada no superior interesse da criança. A visita domiciliar permitiu avaliar diretamente as condições habitacionais e as dinâmicas familiares. Este

momento contribuiu para o desenvolvimento de competências de observação e comunicação terapêutica.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, este profissional “compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se pelos cuidados em saúde mental e psiquiátrica, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em Enfermagem, conforme enquadramento legal” (OE, 2018, p. 21429).

Neste contexto comunitário o EEESMP assume relevância na promoção da saúde mental, prevenção, na prevenção do sofrimento e na redução do impacto da doença mental na pessoa e família e comunidade. As competências específicas do EEESMP reforçam a necessidade de desenvolver e implementar intervenções estruturadas, nomeadamente programas de saúde mental, psicoeducação e empoderamento dos cuidadores da pessoa.

Adicionalmente, a produção e apresentação de projetos à equipa multidisciplinar, torna-se essencial, pois permitem validar estratégias, assegurar coesão terapêutica e garantir que as intervenções se mantenham coerentes com os objetivos definidos. Esta abordagem evidencia a importância de práticas sistematizadas, centradas no utente, e alinhadas com os padrões de qualidade, promovendo cuidados de saúde mental integrados, eficazes e sustentáveis em contexto comunitário.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de enfermagem, assumem atualmente, segundo a OE (2019) “uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a realidade dos profissionais de saúde” (p.4744).

A enfermagem tem evoluído e acompanhado as exigências, atribuindo o título de enfermeiro especialista em diversas especialidades de enfermagem, que apresenta qualificações diferenciadas do enfermeiro. O enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados”, nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem. (p. 4744). Este conjunto de competências especializadas advém do “aprofundamento dos domínios de

competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e em competências específicas” (OE, 2019, p. 4745).

Reflexão sobre competências específicas

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. (OE, 2018, p. 21428)

Esta competência foi desenvolvida ao longo do estágio e em ambos os contextos através de partilhas e validação com as enfermeiras orientadoras e com a equipa multidisciplinar, dos meus comportamentos atitudes e sentimentos e das reflexões diárias sobre a prática clínica. De acordo com Peplau (1990), existe um crescimento pessoal, durante o processo de cuidado e a postura adotada pela enfermeira interfere diretamente com o que o paciente vai aprender. A mesma autora refere que o relacionamento interpessoal, envolve reflexão, esclarecimento e construção. Também Chalifour (2008) refere que a reflexão é essencial para as pessoas se questionarem e desta forma tornar os processos mentais, mais conscientes e facilmente controláveis.

Questionar o que observo, sinto e a forma como ajo tornou-me mais apta à reconstrução do meu autoconhecimento, considero de extrema relevância a reflexão constante sobre a prática, a formação e desenvolvimento profissional enquanto enfermeira, tratando-se de um processo contínuo face às exigências e às diferentes situações que emergem ao longo da vida pessoal e profissional. A capacidade de introspeção sobre todas estas emoções expressas, são aquilo que me conduz ao processo de obtenção de um elevado conhecimento e consciência de mim (OE, 2018), permitindo, identificar “no aqui e agora” emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica” (Regulamento n.º 515/2018, p.21428).

Desta forma, foi possível analisar as situações vivenciadas, procurando nomear sentimentos e pensamentos implicados identificando o seu impacto no outro de quem cuido. Realizar reflexões foi um processo difícil, mas potenciou mudanças internas, que me fizeram reconhecer características até então desconhecidas ou menos conscientes. Ao longo deste processo, questionei-me várias vezes sobre as minhas crenças e preconceitos,

as minhas dificuldades, identificando o impacto nas pessoas que cuido. Para Benner (2001) refletir sobre situações vividas e interpretá-las conduz à descoberta de novas competências, conhecimentos e quais as dificuldades em implementar boas práticas.

Considero que a avaliação dos resultados das intervenções terapêuticas dinamizadas ao longo dos estágios, por parte dos elementos da equipa através do feedback que foram verbalizando, foram cruciais para a evolução e adequação das minhas intervenções, promovendo aprendizagem, construção e consolidação do conhecimento.

Esta competência esteve sempre presente no cuidar do outro e foi essencial no meu percurso como futura EEESMP, permitiu-me aprofundar a autoconsciência o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal.

b) “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018, p.21428)

Contribuem para o desenvolvimento desta competência atividades como consulta de processo clínico de cada utente, de entrevistas de acolhimento, realizadas com o objetivo de conhecer a pessoa de forma holística. Neste processo foram desenvolvidas capacidades de observação e análise pertinentes para a compreensão do estado de saúde mental dos utentes. A avaliação requer o uso de competências de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevista, observação de comportamento e análise de registos, constituindo um processo fundamental para o planeamento de intervenções (OE, 2018).

Em ambos os contextos, foi possível executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental das pessoas nos seus diversos contextos sociais, bem como avaliar globalmente a história de saúde com ênfase na saúde mental, contribuindo para a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental nos grupos selecionados foram desenvolvidos projetos de intervenção psicoterapêutico e psicoeducativo para redução da ansiedade da pessoa com doença mental e de cuidadores da pessoa com demência/doença de Alzheimer. O acompanhamento destas pessoas permitiu compreender de que forma a ansiedade influencia as pessoas com doença mental e as suas famílias em todas as suas componentes, conduzindo ao desenvolvimento de competências de campo de ação de

planeamento de cuidados centrados na pessoa. Para tal desenvolvi aptidões de comunicação com especial atenção às questões culturais e linguísticas.

Estas intervenções distintas e com as suas especificidades e particularidades, permitiram-me fazer uma análise e reflexão sobre a forma de atuação do EEESMP, nos diferentes contextos. Essa análise crítica, foi fundamental para o desenvolvimento das minhas habilidades e competências enquanto futura EEESMP.

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” (OE, 2018, p.21428)

Esta competência interliga-se de forma direta com a anterior, e foi desenvolvida de forma transversal em todos os contextos de estágio, com enfoque no diagnóstico ansiedade em grau moderado ao longo do ciclo vital. Foram implementadas várias intervenções, grupais, promotoras da redução da ansiedade, sustentadas na evidência científica disponível, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica.

O desenvolvimento de intervenções dirigidas a diferentes grupos evidenciou a importância da adequação da comunicação às necessidades características de cada contexto, maximizando o impacto positivo das intervenções.

O desenvolvimento destas competências decorreu do investimento teórico através de pesquisa bibliográfica que me permitiu compreender os fenómenos em causa e tomar decisões clínicas fundamentadas em evidência científica. Para este aspeto contribuiu a participação em formações que me permitiram contactar diretamente com a divulgação científica. Num registo menos formal, partilhei conhecimentos e estratégias de intervenção com aplicabilidade na sua área de cuidados.

d) presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, á pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual e familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p.21430).

Esta competência refere-se à implementação das intervenções de âmbito, psicoeducacional, socioterapêutico e psicoterapêutico para ajudar a pessoa a atingir um estado de saúde mental desejado ou adaptar-se á sua situação de saúde doença e desta forma atingir ou preservar um nível de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir

positivamente para a sociedade em que vive. Desta forma, requer, que sejam incluídas as competências do EEESMP para interpretar, adaptar estratégias por meio de atividades como ensinar, orientar, explicar, instruir, treinar, auxiliar, apoiar, defender, modelar, capacitar e supervisionar (OE, 2018).

Esta competência foi desenvolvida nos diferentes contextos com a implementação junto dos utentes em internamento e na comunidade, nomeadamente com implementação do projeto com cuidadores informais de pessoas com demência/doença de Alzheimer para redução da ansiedade, com intervenções de âmbito psicoeducativo psicoterapêutico como a técnica de RMP de Jacobson, socioterapêutico alicerçado nas dinâmicas de grupo e psicossocial com a implementação de atividades expressivas com materiais diversos.

As atividades foram planeadas e desenvolvidas tendo em conta as necessidades das pessoas, do grupo e em resposta às solicitações dos serviços.

Foram desenvolvidas competências comunicacionais essenciais para a estabelecer uma relação terapêutica, com utentes e famílias. Como destaca Phanuef (2005), o êxito das intervenções em cuidados de enfermagem e do seu sucesso, depende não só da autenticidade e da reciprocidade, mas também muito da forma como a comunicação e a relação são conduzidas.

Considero que ao longo do percurso, todas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, foram pautadas por um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” em todas as suas valências (OE, 2019, p.4746). Para a implementação do projeto, é importante a proteção dos participantes. É fundamental que o enfermeiro, no cuidado às pessoas, assuma um compromisso perante o cliente, no que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos, garantindo que estes não serão divulgados, mantendo desta forma, o respeito pela sua privacidade e intimidade, não descurando todo o *setting* em que decorre a intervenção.

Ser Mestre

Prevê-se que o estudante ao frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em complementaridade à aquisição do conjunto de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESMP, anteriormente apresentadas, adquira igualmente as competências de Mestre que estão

descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, capítulo III e artigo 15º (MEC, 2018, p. 4162), traduzindo se no domínio da Competências de auto aprendizagem, Conhecimento e capacidade de compreensão, Realização de Julgamento/tomada de decisões, Aplicação de conhecimentos e compreensão e Comunicação.

Critérios de avaliação no percurso de Mestrado –*Descritores de Dublin*

O conhecimento foi desenvolvido através da pesquisa, do pensamento reflexivo, da prática clínica e da partilha de ideias com as equipas dos locais onde efetuei estágio e com a professora orientadora, contribuiu para a conclusão de Mestrado. Na área da investigação a realização da Scoping Review, integrada na procura do conhecimento científico mais atualizado para a fundamentação da mesma.

As capacidades foram desenvolvidas através da implementação de um projeto na comunidade, bem como a integração total na equipa através da participação em reuniões de equipa e da comunidade, permitiu que desenvolvesse a compreensão, mais capacidade de reflexão e consequentemente ser capaz de resolver situações para mim novas em contexto comunitário de internamento de utentes agudos, visto trabalhar num serviço de ortopedia.

As oportunidades de aprendizagem possibilitaram o aprofundamento dos conhecimentos no desenrolar do desenvolvimento deste estágio.

As competências foram desenvolvidas através da oportunidade de constatar através de situações de cuidados, muitas vezes complexas, que permitiram que desenvolvesse competências no âmbito da promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença mental.

Tendo em conta a análise global do percurso de estágio e a avaliação das competências preconizadas para o grau académico de mestre e para EEESMP, considero que desenvolvi um percurso positivo, ainda que este constitua apenas um bom ponto de partida para um futuro aprofundamento contínuo

5. CONCLUSÃO

Neste período formativo, foram vários os momentos em que me senti um sistema integrado num sistema mais abrangente, composto por múltiplos subsistemas em permanente interação que se influenciavam mutuamente ao longo do meu percurso de desenvolvimento como mestre e EEESMP. Esta interação exigiu uma capacidade de adaptação, reflexão e integração contínua de saberes, para alcançar e manter o equilíbrio e a estabilidade do sistema, como refere Neuman (1995).

Este documento pretende evidenciar todo o desenvolvimento de conhecimentos e competências do EEESMP, adquiridos ao longo do estágio nos dois contextos com integração da componente teórica. A reflexão efetuada sobre as competências desenvolvidas constituiu momentos de aprendizagem e de autoavaliação, onde foi possível efetuar uma síntese, de todas as atividades desenvolvidas e do modo como estas foram fundamentadas e experienciadas. Fui assim construindo o meu “ser” EEESMP, num processo progressivo, por vezes desafiante, que se foi tornando mais consistente com o apoio de quem esteve sempre ao meu lado neste percurso, nomeadamente, as professoras, enfermeiras orientadoras e outros elementos dos serviços, bem como todas as pessoas com quem tive oportunidade de interagir em situação de cuidados.

A elaboração deste relatório foi igualmente um desafio, porque resumir todas as atividades e temáticas que direta ou indiretamente foram abordadas neste estágio, foi uma tarefa complexa. Constatei que o enfermeiro especialista é um profissional dotado de competências diferenciadas, ao trabalhar o foco “ansiedade”, presente em grau moderado na pessoa com doença mental e presente também no cuidador da pessoa com demência/doença de Alzheimer.

Nesta área, o EEESMP assume um papel ativo na identificação, planeamento, implementação e avaliação das suas intervenções especializadas com o intuito de promover, manter ou melhorar a saúde mental, nomeadamente reduzindo os níveis de ansiedade.

No âmbito do projeto desenvolvido com cuidadores informais de pessoas com demência/doença de Alzheimer em que se realizou a scoping review,

os resultados obtidos evidenciaram que a aplicação da técnica de RMP de Jacobson, contribuiu para a redução nos níveis de ansiedade e melhoria na gestão da

mesma, evidenciada pela diminuição dos sinais vitais e pela redução da ansiedade verificada nas respostas da HADS.

desenvolvi também outras intervenções individualizadas e em grupo, igualmente fundamentadas na evidencia científica disponível.

Todo este percurso constituiu um desafio significativo, pois, como referi ao longo do relatório, a minha área de prática não é a da Saúde Mental e Psiquiátrica. Desenvolvi competências que pretendo utilizar no serviço onde desempenho funções; ortopedia; um contexto onde a ansiedade se encontra presente, nos utentes, desde o internamento até à alta, e também em profissionais de saúde, pelo ritmo intenso e à elevada rotatividade dos utentes.

Durante as minhas intervenções mantive uma postura profissional congruente com o papel de estudante, com humildade e abertura a novos desafios, estratégias, críticas e sugestões.

Atualmente procuro desenvolver as minhas competências, através dos conhecimentos obtidos em contexto académicos e da evidência científica mais recente disponível. Melhorei a minha capacidade comunicativa e reflexiva, que contribuiu para o meu crescimento como pessoa e como profissional.

Considero que o presente relatório se constitui num contributo importante para o exercício especializado em ESMP, ao demonstrar a relevância de uma prática clínica mais reflexiva e fundamentada; para o ensino, ao possibilitar a sistematização e partilha de conhecimentos que enriquecem a formação de futuros profissionais; e para a investigação, ao evidenciar áreas de interesse e problemáticas emergentes que podem orientar estudos futuros e aprofundar o corpo de conhecimento científico da disciplina.

Enquanto mestre e futura enfermeira especialista, ambiciono promover a capacidade reflexiva dos meus pares, posicionando-me como elemento de referência tanto para a equipa de enfermagem e para a equipa multiprofissional, contribuindo ativamente para a promoção da saúde mental. Pretendo ainda participar em projetos de investigação que sustentem uma prática baseada na evidência e promovam a melhoria contínua. Identifico igualmente como importante a divulgação dos conhecimentos produzidos e das boas práticas desenvolvidas, pelo seu contributo para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Mosby Elsevier.
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. https://www.alzheimer europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Alzheimer Portugal. (s.d.). O que é a demência? <https://alzheimerportugal.org/o-que-e-a-demencia/>
- Amaral, L. (2020). Observação e avaliação inicial em saúde mental. In F. Sampaio, P. Gonçalves, & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 84–86). Lidel.
- Amin Abdelhalim, D. S., Ahmed, M. M., Hussein, H. A., Sarhan, M. D., & Khalaf, O. O. (2025). A Skill-Based multimodal intervention for dementia caregivers: impact on burden and anxiety. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 95. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-02985-x>
- Bahçecioğlu Turan, G., Özer, Z., & Demir, C. (2025). The effect of progressive muscle relaxation exercises applied to caregivers of palliative care patients on stress coping styles and anxiety levels: A randomised controlled trial. *Nursing Open*, 12, e70149. <https://doi.org/10.1002/nop2.70149>
- Baykal, D., & Bilgic, B. (2024). The effects of progressive muscle relaxation exercise on dementia caregivers. *Geriatric nursing*, 59, 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.07.035>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC) (7ª ed.)*. Elsevier, Inc.
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 15(1), 91-101.
- Sequeira, (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (2ª Edição)*. Lidel
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda (Vol. 1)*. Lusodidacta
- CIPE. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 31- 49.
- Conselho de Ministros. (2025). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 158/2025*. Diário da República: I Série, nº 197/25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/158-2025-939474962>
- Czamanski-Cohen, J., & Weihs, K. L. (2016). The Bodymind Model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *The Arts in psychotherapy*, 51, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.08.006>

- Del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(3), e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Deli, D., Tsouvelas, G., Roukas, D., & Mentis, M. (2025). A systematic review of depressive and anxiety symptoms in caregivers of dementia patients. *Psychiatrike*, 36(1), 72–80. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.023>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Doente com Declínio Cognitivo ou Demência*. (Norma n.º053/2011) https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Ministério da Saúde
- DSM 5 - Associação Americana de Psiquiatria (2024). DSM-5-TR [Versão portuguesa] https://www.academia.edu/96657644/DSM_5_Atualizado_Portugu%C3%AAs_DSM_5_TR_American_Psychiatric_Association
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas (Vol. 1)*. Tuttirév Editorial.
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2019). Promoção da saúde em enfermagem. Um ensaio: do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Servir*, Vol.1-2 (60) páginas 6–13. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/24486>
- Gil, A. (2020). Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades, Comunidades e Territórios*, 40, 67- 87. <https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-edit05>

Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2025). *Neuman systems model for nursing*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>

Instituto Nacional de Estatística. (2025, 30 de setembro). *População residente aumenta, envelhecimento continua a agravar-se: projecções de envelhecimento da população e índice de dependência* [Destaque]. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=707257343&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Lei n.º 35/2023. (2023), *Diário da República*, I Série n.º 141/2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Liu X, Wang S., Wei L., Liu Y., Bian J, Wang S., Du X., The impact of empowerment theory-based health education on Alzheimer's disease informal caregivers: a randomized controlled trial. *Frontiers in Public Health*, 12, 1393823. doi: 10.3389/fpubh.2024.1393823. PMID: 39257940; PMCID: PMC11385866

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames. D., & Mukadam, N., (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113):2673-734.

Marilyn E. Parker; Marlaine C. Smith, (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice*. (3ª ed.).

Manee, F., Alnaser, M. Z., Alqattan, A., Almutairi, S., & Maqtouf, H. (2025). *A comparative study of burden of care, anxiety, and well-being among family caregivers of elderly with dementia: Evidence from Kuwait*. *Healthcare*, 13(14), 1767. <https://doi.org/10.3390/healthcare13141767>

Manes, S. (2018). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de Grupos* (11 ed.). Paulus.

Nações Unidas. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. (s.d.). *Envelhecimento*. Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Nações Unidas Brasil. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. (2016). Nações Unidas. <https://brasil.un.org/pt-br/74566-sa%C3%BAde-mental-depende-de-bem-estar-f%C3%ADsico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>

Nasreen, H. E., Tyrrell, M., Vikström, S., Craftman, Å., Syed Ahmad, S. A. B., Zin, N. M., Aziz, K. H. A., Mohd Tohit, N. B., Md Aris, M. A., & Kabir, Z. N. (2024). Caregiver burden, mental health, quality of life and self-efficacy of family caregivers of persons with dementia in Malaysia: baseline results of a psychoeducational intervention study. *BMC geriatrics*, 24(1), 656. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05221-9>

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed). Pearson.

Normas APA. (2024). Guia para elaboração de citações e referências bibliográficas. (7ª ed.). Politécnico de Leiria. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia_APA_7Ed_06MAR2024.pdf

Piedade, A., (2016, 24 de abril). Os cuidadores informais necessitam de ser escutados, cuidados e apoiados. *Açoriano Oriental* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3720/abril16.pdf>

Politécnico de Leiria. (2023). Normas APA 7.ª edição: Guia para a elaboração de citações e referencia bibliográficas. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia_APA_7Ed_06MAR2024.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem (coord, s. Deodato). Ordem dos Efermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). o cuidar do outro: ser cuidador informal.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10642/27-jan-2019.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019*. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023) *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2017). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Parecer n.º 01/2017: Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento N.º 356/2015. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da república, II serie N.º 122/15.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento N.º 515/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República: II Série, N.º 151/18.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento N.º 140/2019. (2019). Diário da República: II serie, N.º 26/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- OMS (2022). OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>
- Payne, R. A., Donaghy, M. (2009). *Técnicas de Relaxamento*. Lusodidacta
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Presidência do concelho de Ministros. (2024). Decreto Regulamentar N.º 5/2024. Diário da República: I Série, N.º 215/2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/5-2024-895646292>
- Ryman, L. (1995). *Relaxation and Visualization; in The nurse`s handbook of complementary therapies* (141-148). Churchill Livingstone.
- São João, R., Coelho, T., Ferreira, C. S., Castelo, A. M., & Massano, M. T. (2017). *Estigma na doença mental: Estudo observacional e piloto em Portugal = Mental illness stigma: an observational and pilot study in Portugal*. Revista da UI_IPSantarém, 5(2), 171-185. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v5.i2.14518>
- Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Ho, R. C. M. (2015). *Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>

- Sampaio, F. M., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content Validity of a Psychotherapeutic Intervention Model in Nursing: A Modified e-Delphi Study. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Ansiedade e autocontrolo da ansiedade. In *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp. 128-130). Lidel
- Townsend, M. C. (2014). *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (7ª ed.). Guanabara Koogan
- WHO. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization.
- WHO. (2025). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Yaman, A., & Büyükyılmaz, F. (2021). The effect of relaxation exercises on burden, burnout, and anxiety levels in palliative caregivers. *Perspectives in psychiatric care*, 58(3), 1089–1095. <https://doi.org/10.1111/ppc.12906>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Projeto de Intervenção “Ansiosamente Relaxando”

Projeto de Intervenção “Ansiosamente Relaxando”

Ansiedade segundo Townsend (2011) corresponde a uma resposta emocional caracterizada por apreensão, tensão, inquietação, em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não reconhecida, podendo ser uma resposta psicológica ao stress. Na CIPE versão 2 (2011), é referida como uma emoção negativa associada ao sentimento de ameaça; perigo ou angústia.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (OE, 2011) relaxamento é “um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva” (p.17). Townsend, (2011) complementa, referindo que é “uma diminuição da tensão ou intensidade, resultando no descanso do corpo e mente” (p.228), podendo ser alcançado através de vários métodos como exercícios de respiração profunda, relaxamento progressivo, relaxamento progressivo modificado (ou passivo), meditação, imagens mentais, biofeedback, exercício físico.

De acordo com Elias (2014, citado por Sequeira) o “relaxamento permite á pessoa desenvolver a capacidade de lidar com sintomas físicos que contribuem para a ansiedade” (p.202), contrariando os mesmos (Townsend, 2011).

O objetivo principal deste programa de intervenção foi contribuir para a diminuição da ansiedade através da identificação de estratégias terapêuticas com os clientes que nos permitissem gerir e identificar a sua ansiedade e, por conseguinte, promover o seu autocontrolo, recorrendo a técnicas de relaxamento. Por outro lado, pretendeu-se, também contribuir para a gestão da doença através do aumento do conhecimento do cliente e da tomada de decisão consciente no processo terapêutico.

Durante o internamento, os utentes incluídos no programa apresentavam sinais e sintomas de ansiedade e verbalizavam essa ansiedade nos momentos de interação. Assim na primeira sessão foi aplicado o teste Mini-Mental State Examination, e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), utilizada no serviço. Os resultados, de todos os participantes apresentavam ansiedade moderada.

As intervenções de enfermagem planeadas incluíram ensinar sobre estratégias de redução da ansiedade, executar apoio emocional, executar intervenção psicoeducativa, executar relação de ajuda, executar relaxamento, treinar técnicas de autocontrolo, treinar

técnicas de relaxamento, vigiar a ansiedade. Na avaliação das sessões, foram monitorizados os sinais vitais no início e no final.

Segundo townsend (2011) os enfermeiros trabalham com pessoas ansiosos em todos os locais onde prestam cuidados, fazendo com que o seu papel seja ajudar minimizar os sintomas atuais e a longo prazo ajudar as pessoas a atingir o seu potencial de bem-estar futuro. Na perspetiva do Modelo de sistemas de Neuman (1995,) a pessoa constitui um sistema dinâmico e multidimensional, em interação com outros sistemas, sendo que as intervenções podem situar-se em diferentes níveis. Neste projeto, a intervenção foi dirigida aos sintomas após contacto com ‘stressors’, promovendo o fortalecimento no internamento, para prevenir ou eliminar os seus efeitos.

A avaliação requer que enfermeiro e cliente avaliem se as técnicas estão a alcançar os resultados esperados, podendo ser necessárias alterações no estilo de vida que não são fáceis. Cabe ao enfermeiro ajudar os indivíduos a analisar a utilidade das técnicas na gestão da ansiedade nas suas vidas quotidiana.

Com base nesta premissa, desenvolveu-se um programa de intervenção em grupo fechado dirigido à redução da ansiedade em pessoas com doença mental em situação de crise num serviço de internamento do país. A intervenção em grupo terapêutico é reconhecida pelos seus benefícios terapêuticos, pela possibilidade de partilha de conhecimentos, necessidades semelhantes podem ser um suporte para identificação e resolução de problemas, o feedback facilita a aprendizagem, podem facilitar a interação de pessoas mais tímidas e são uma forma mais económica de intervir. (Liebmann, 2004, citado por OE, 2023). O mesmo autor refere que os grupos fechados facilitam “o conhecimento entre os seus elementos, a construção de confiança e o nível de profundidade da partilha. (p. 38). Devendo este oscilar entre 5 a 10 elementos para facilitar a interação entre os elementos, reduzindo a sensação de “exposição” (bradender et al., 2004, citador por OE 2023).

A intervenção foi planeada para 6 sessões, é de referir que foram selecionados utentes que pelos diversos motivos teriam um internamento mais longo, apesar de este ser um serviço em que a rotatividade dos utentes poderiam ser um entrave na implementação deste programa. As características de algumas patologias e os efeitos secundários dos medicamentos foram tidos em conta, pois poderiam intervir na

capacidade de os utentes participarem nesta intervenção. Foi efetuado um esforço por parte da equipa para adequação destas á população específica a que foi dirigida.

Plano das sessões do programa de intervenção

a) Data de início do programa

25 de março de 2025 a 12 de abril de 2025

b) Diagnóstico:

Ansiedade

c) Intervenções de enfermagem

- Executar intervenção psicoeducativa;
- Executar relaxamento;
- Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade (gerir a ansiedade).

d) Escalas a utilizar

Mini-Mental State Examination

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

e) Duração do programa

3 semanas (2 sessões semanais)

f) Grupo fechado

6 utentes

Caso tenham alta ou por qualquer motivo se incluam em qualquer momento critério de exclusão, não entram outros elementos.

g) Enfermeira Estudante e Enfermeira orientadora

Estudante de Mestrado Antónia oliveira e enfermeira orientadora

h) Local

Sala de reuniões do serviço de internamento de agudos

i) Objetivos gerais

Promover a diminuição de manifestações de ansiedade

Facilitar a relação terapêutica enfermeiro-cliente

Facilitar a expressão livre e espontânea de emoções e sentimentos

Proporcionar um momento de relaxamento e bem-estar

Facilitar o alívio de tensões

Promover a interação entre o grupo

j) Critérios de inclusão

Utentes internados no serviço de agudos

Utentes com diagnóstico de ansiedade em grau moderado, que:

- verbalizem ansiedade
- Que manifestem sinais e sintomas de ansiedade
- tenha repercussões na funcionalidade da Pessoa
- tenham potencial da pessoa para o autocontrolo ansiedade

Utentes que saibam ler e escrever

Utentes de ambos os géneros

Com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos

Selecionar utentes em que o internamento poderá ser mais prolongado

k) Critérios de exclusão

- Estado de descompensação/agudização da doença mental;
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave;
- Perturbação antissocial da personalidade;
- Agitação psicomotora;
- Estado confusional;

- Acuidade auditiva reduzida.

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman (1995) a intervenção de enfermagem tem como objetivo a manutenção ou alcance da estabilidade do sistema e pode ser desenvolvida em três níveis de prevenção distintos primária, secundária e terciária, que se encontram contemplados neste programa.

Tabela de planeamento das sessões do programa de intervenção “ansiosamente relaxando”

Sessões	Níveis de prevenção de Neuman	datas	Título	Atividade a desenvolver	Metodologia	recursos
0	Primária	25/03/25	“Calmamente”	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação ao grupo; - Apresentação do programa; - Fornecer um ficheiro pedagógico em papel com os conteúdos a abordar; - Preencher escalas. (Mini-Mental e HADS) - Esclarecer dúvidas 	Expositiva participativa	Cadeiras, mesa canetas
1	Consciencialização	26/03/25	“Mente e corpo”	<p style="text-align: center;">Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do enfermeiro e objetivos da sessão - Criação de um ambiente seguro e confidencial - Dinâmica de Quebra-gelo: “Nome e hobby preferido” - Roda de apresentação para que todos se conheçam (Nome e hobby preferido) <p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint sobre ansiedade - Discussão sobre ansiedade e sintomas físicos e emocionais - Explicação detalhada da técnica, do relaxamento muscular progressivo de jacobson, demonstrando cada passo - Incentivar os participantes a partilharem as suas sensações 	Expositiva Participativa	projektor, cadeiras, computador, música (Sons da Natureza)

				<p>Discussão e reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos pontos principais da sessão - Proposta de trabalho para a próxima sessão: (treinar relaxamento muscular antes de dormir) - Agendar a próxima sessão 		
2		28/03/25	“Quebre o ciclo”	<p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> - Breve revisão da técnica de relaxamento; - Partilhar como foi praticar a técnica - Criação de um ambiente seguro. <p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica de quebra-gelo: “A teia” - Fazer um círculo - Explicar como funciona o quebra-gelo -Ao passar o novelo cada participante tem de dizer 3 coisas que gosta de fazer. -O cruzamento do fio vai criar uma teia. -Quando chegar ao último participante, vai desfazendo a teia e cada um vai dizendo quais são as três coisas que o anterior falou. <p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar o que são gatilhos da ansiedade. - Efetuar com os utentes uma colagem sobre os gatilhos que conhecem - Explicar que nem todas as situações são contornáveis. - Discussão em grupo sobre a importância de identificar os gatilhos <p>Discussão e reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica de RMP de Jacobson 	Expositiva participativa	Novelo de lã, Cartolina, folhas de papel, cola, canetas, computador, música (instrumental), cadeiras.

				- Proposta de trabalho para a próxima sessão: registar, identificar e registar se possíveis gatilhos que possam ocorrer até a próxima sessão		
3	Secundária Intervenção perante os sintomas instalados	01/04/25	“Transformando”	Introdução: - Dinâmica quebra-gelo - Revisão da sessão anterior: partilha do desafio de registar Desenvolvimento - O que são pensamentos automáticos e que relação tem com a ansiedade - Discussão em grupo sobre pensamentos automáticos - Importância de identificar pensamentos automáticos Discussão e reflexão - Técnica de RMP de Jacobson - Proposta de trabalho para a próxima sessão: Identificar e registar pensamentos automáticos que possam ocorrer até a próxima sessão	Expositiva participativa	Mesa, cadeiras, Cartolina, canetas, computador, música (sons da natureza)
4		02/04/25	“Modificando”	Introdução -Dinâmica quebra-gelo Desenvolvimento -P. P reestruturação cognitiva - Exploração de questões para desafiar pensamentos automáticos	Expositiva participativa	Cartolina. Cartões, canetas, computador, música (Sons da Natureza) cadeiras

				<p>- Exercício pratico: Cada participante escolhe um pensamento automático e explora alternativas mais realistas com a ajuda do grupo</p> <p style="text-align: center;">Discussão e reflexão</p> <p>- Discussão - Discussão sobre a dificuldade de mudar padrões de pensamento - Técnica de RMP de Jacobson - Proposta de trabalho para a próxima sessão: treinar a técnica de relaxamento</p>		
5	<p>Terciária</p> <p>Manutenção e prevenção de recaídas</p>	08/04/25	“Poder total”	<p>Introdução:</p> <p>- Dinâmica quebra-gelo: - Revisão da técnica de relaxamento e reestruturação cognitiva - Partilha de dúvidas e dificuldades sentidas com as técnicas anteriores.</p> <p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p> <p>- Discussão em grupo sobre como integrar as estratégias no dia a dia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemplos de como lidar com situações de gatilho de ansiedade <p>- Técnica de RMP de Jacobson - Proposta de trabalho para a próxima sessão: praticar as estratégias diariamente.</p>	Expositiva participativa	computador, música (sons da natureza) e cadeiras
6		09/04/25	“Renascendo”	<p>Introdução</p> <p>- Dinâmica quebra-gelo: - Revisão de todas as técnicas aprendidas</p>	Expositiva participativa	Computador, música (sons da

				<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de como as técnicas os ajudaram durante o programa <p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussão em grupo sobre o progresso individual e os desafios superados; - Identificação das áreas de melhoria e estratégias para manter o progresso. - Criar um plano de manutenção das técnicas aprendidas: - Terminar a sessão dando informações sobre, como pedir ajuda em caso de necessidade - Aplicar escalas e avaliação do programa 		<p>natureza), cadeiras</p>
--	--	--	--	--	--	--------------------------------

Avaliação das sessões:

Relativamente á adesão, todos participantes aderiram ao programa e participaram de forma ativa, e referiram que as estratégias utilizadas, foram muito pertinentes para a gestão da ansiedade.

No que respeita aos resultados obtidos, a aplicação da HADS antes e após o programa, demonstrou que existiu uma alteração significativa, com diminuição dos níveis de ansiedade. A monitorização dos sinais vitais antes e após cada sessão também foi um indicador da eficácia das intervenções, pois diminuíram ou mantiveram-se estáveis ao longo das sessões.

Ao longo do programa os utentes referiram que se sentiam mais calmos e que a técnica de relaxamento lhes permitia dormir com mais facilidade, pois não ficavam tão ansiosos. Além disso, a equipa de enfermagem observou, a redução dos níveis de ansiedade, maior reconhecimento de gatilhos e aplicação da técnica de relaxamento de forma autónoma, verificando-se assim ganhos em saúde relacionados com a prevenção secundária e terciária, de acordo com os pressupostos do Modelo de sistemas de Neuman (1995), confirmando a eficácia das intervenções de EEESMP implementadas.

	DATA	INICIAL		FINAL	
		TA	FC	TA	FC
A1	25.03.2024	-	-	-	-
	26.03.2024	134/65	70	134/60	69
	28.03.2025	135/68	71	130/65	65
	01.04.2025	124/71	69	121/65	64
	02.04.2025	135/69	65	123/60	56
	08.04.2025	125/54	67	119/51	67
	09.04.2025	134/54	66	123/51	57
A2	25.03.2024	-	-	-	-
	26.03.2024	121/65	69	119/60	54
	28.03.2024	112/54	65	100/55	60
	01.04.2025	100/56	64	100/55	60
	02.04.2025	123/54	65	120/53	61

	08.04.2025	112/64	65	110/56	65
	09.04.2025	100/56	68	100/54	65
A3	25.03.2025	-	-	-	-
	26.03.2025	123/64	65	120/63	60
	28.03.2025	132/65	64	124/64	64
	01.04.2025	124/60	54	113/59	54
	02.04.2025	125/64	65	120/63	63
	08.04.2025	112/65	75	100/54	70
	09.04.2025	124/54	67	120/53	66
	A4	25.03.2025	-	-	-
26.03.2025		100/65	65	101/65	64
28.03.2025		112/66	64	110/65	56
01.04.2025		135/67	76	125/64	70
02.04.2025		123/65	60	100/56	59
08.04.2025		136/65	56	128/54	52
09.04.2025		123/63	54	123/57	50
A5	25.03.2025	-	-	-	-
	26.03.2025	122/60	65	119/59	60
	28.03.2025	115/45	66	129/45	59
	01.04.2025	130/49	65	123/49	65
	02.04.2025	124/50	72	119/49	63
	08.04.2025	125/53	70	120/50	62
	09.04.2025	114/60	68	100/59	61
A6	25.03.2025	-	-	-	-
	26.03.2025	123/73	65	123/70	64
	28.03.2025	132/76	76	124/70	73
	01.04.2025	123/65	89	122/65	87
	02.04.2025	132/64	79	130/63	78
	08.04.2025	124/63	69	123/62	63
	09.04.2025	-	-	-	-

APÊNDICE 2

Sessão de psicoeducação “Hábitos de vida saudável”

Sessão de psicoeducação “Hábitos de vida saudável”

Discente: Antónia Oliveira

Local: Sala de reuniões e Jardim da instituição

Data: 17.03.2025

Grupo-alvo: Utentes internados no serviço de psiquiatria de agudos

Duração da sessão: 40 minutos

CrITÉRIOS de inclusão: Participação de livre vontade

CrITÉRIOS de exclusão:

- Estado de descompensação / agudização da doença mental
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave
- Perturbação antissocial da personalidade

Recursos materiais:

- Quadro branco
- Canetas coloridas
- Post-its (opcional)
- Lenço
- Computador
- Ecrã
- Baralho de cartas com alimentos
- Cartas
- Bola macia

Avaliação:

- Observar a adesão, o comportamento e o empenho dos utentes durante a sessão.
- Avaliação através da expressão de sentimentos
- Avaliação através da escala EVAs

Justificação:

As perturbações da saúde mental estão a aumentar, tornando-se um desafio global. A promoção da saúde mental é agora uma prioridade da saúde pública, destacando-se a necessidade urgente de investir em ações de promoção da saúde mental em todas as fases da vida e em diversos contextos. (Gonçalves et al., 2021)

A adesão ao tratamento é importante e existe quando o comportamento de uma pessoa é coincidente com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (OE

2009), isto inclui o cumprimento das indicações relativas á toma da medicação, no cumprimento de ensinamentos/consultas, na procura de cuidados de saúde e nas mudanças de estilos de vida (dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do stress), bem como a autogestão de outros comportamentos que melhorem a saúde e os resultados dos cuidados. Desta forma a relação terapêutica influencia o cumprimento e adesão.

Estudos indicam que a prática de exercício físico é apoiada pela evidencia científica tem sido utilizada como meio de prevenção de doenças e promoção do bem-estar mental, pelo impacto que tem na autoestima, e na relação com os outros (Callaghan, 2004; Shannon, 2022). Apesar destes benefícios, pessoas com problemas de saúde mental tendem a ser mais sedentárias do que a população em geral, sendo elevado o abandono de programas de exercício físico prescritos em ambiente social, e poucos continuam a prática após o término da intervenção (Peddie et al., 2020).

A alimentação desempenha um papel essencial na prevenção de problemas de saúde mental, contribuindo para reduzir o risco de ansiedade e depressão, além de melhorar a função cognitiva e a qualidade de vida (Araujo et al., 2024).

O sono é uma necessidade humana fundamental e caracteriza-se por um estado de repouso com impacto na saúde, bem-estar, equilíbrio emocional e qualidade de vida. É indispensável para o desenvolvimento do cérebro, da memória bem como de outras funções do organismo (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

A adesão ao tratamento é crucial e a psicoeducação destaca-se como a intervenção mais promissora para capacitar a pessoa, facilitando a mudança de comportamentos em relação à medicação e hábitos saudáveis, sendo essencial durante o internamento e no acompanhamento pós-alta, com envolvimento familiar (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006, citados por Matsuda & Kohno, 2016), citado por Vilar et al., 2019). A psicoeducação serve como base para a reabilitação psicossocial (Keltner et al., 2007). O enfermeiro especialista em Saúde Mental “promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais” (OE,2010). A reabilitação psicossocial é um processo que oferece às pessoas com dificuldades ou deficiências provocadas por uma doença mental,

a oportunidade de atingir o seu máximo nível de independência e funcionalidade na comunidade (OMS, 2001).

A falta de adesão ao tratamento prescrito é citada com frequência como um comportamento das pessoas com doenças mentais sérias (Stuart e Laraia, 2001). Aliás, o fracasso na adesão ao tratamento prescrito é uma causa muito comum de reinternamentos (Stuart & Laraia, 2001). Como o tratamento terapêutico das doenças mentais é, geralmente, a longo termo visto serem doenças crónicas, a adaptação das pessoas a este tratamento é bem mais difícil de conseguir do que em situações de tratamento de curto prazo. (OMS, 2001).

As intervenções do EESMP de forma a garantir a adesão ao regime terapêutico serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (Machado, 2009).

A participação do EESMP na equipa multidisciplinar é fundamental para o planeamento de intervenções psicoeducativas, visando reduzir a taxa de recaídas e readmissões. Ao promover o empoderamento e a participação ativa, a intervenção valoriza as experiências e ideias dos utentes, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre seu bem-estar. A criação de um ambiente terapêutico acolhedor fortalece a relação terapêutica, facilitando desta forma a comunicação e a identificação de áreas de melhoria no serviço. As intervenções do EESMP de forma a garantir a adesão ao regime terapêutico serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (Machado, 2009). Em resumo, estas intervenções procuram a promoção da saúde geral dos utentes, capacitando-os a adotar hábitos saudáveis e a participar ativamente do seu processo de recuperação.

Sessão	Objetivos	Desenvolvimento
Ativamente	<p>Incentivar os utentes a expressarem livremente as suas opiniões, preocupações e ideias sobre hábitos de vida saudáveis.</p> <p>Criar um ambiente onde os utentes se sintam valorizados e parte integrante do processo de melhoria do serviço</p> <p>Recolher informações sobre as necessidades e desafios específicos dos utentes em relação ao tabagismo, exercício físico, sono e alimentação e adesão ao regime terapêutico.</p> <p>Gerar ideias criativas e inovadoras para promover hábitos de vida saudáveis, adaptadas às preferências e capacidades dos utentes.</p> <p>Estimular a partilha de ideias, para que os utentes percebam que todas as ideias são validas, e que podem ajudar outros utentes</p> <p>Promover a conscientização sobre a importância dos hábitos de vida saudáveis para a saúde mental e física.</p>	<p>Introdução: (10min)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apresentação do enfermeiro -Explicar que o objetivo é fazer uma tempestade de ideias, todas as ideias são validas, e não existe ideias errada. -Apresentação do tema: "Hoje, vamos ter uma conversa aberta e criativa sobre como podemos melhorar a nossa saúde e bem-estar. Quero ouvir as vossas ideias e experiências!" -Criação de um ambiente acolhedor e participativo. <p>Quebra-gelo: “Círculo de Bem-Estar”: (10 min)</p> <p><u>Formar um Círculo:</u> Peça aos utentes para formarem um círculo.</p> <p><u>Apresentação e Palavra-Chave:</u> Comece por se apresentar e diga uma palavra que represente bem-estar para si (Ex: "paz", "alegria", "energia").</p> <p><u>Passar a Palavra:</u> O utente à sua direita faz o mesmo: apresenta-se e diz uma palavra-chave diferente que represente bem-estar para ele.</p> <p><u>Continuar o Círculo:</u> A atividade continua até que todos os utentes tenham partilhado a sua palavra-chave</p> <p>Tempestade de Ideias: (20min)</p> <p>Abertura da discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> -O que são para vocês hábitos de vida saudáveis? Que tipos de exercícios gostariam de experimentar? -O que vos ajuda a ter uma boa noite de sono? -Quais são os vossos alimentos saudáveis favoritos? -Que estratégias utilizam para não esquecer de tomar a medicação? -Que pequenas mudanças podem fazer no dia a dia para melhorar a vossa saúde? -O que vos preocupa em relação ao tabaco? <p><u>Dinamização:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Registo de todas as ideias no quadro branco, sem julgamentos ou críticas

	<p>Empoderamento: Capacitar os utentes a tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e bem-estar</p> <p>Criar uma relação terapêutica com o utente, comunicação, observação e escuta ativa.</p>	<p>Incentivo à participação de todos.</p> <p>-Utilização de post-its para que os utentes possam escrever as suas ideias anonimamente, se preferirem.</p> <p>-No final dividir o quadro em 5 partes, tabaco, exercício físico, sono e alimentação, adesão ao regime terapêutico, para organizar as ideias</p> <p>Finalização da sessão: (10min)</p> <p>-Resumo das ideias e agradecimento pela participação.</p> <p>-Discussão sobre como algumas das ideias podem ser implementadas no dia a dia do serviço,</p> <p>Informar que as ideias vão ser analisadas, e que futuramente, algumas delas podem ser implementadas.</p>
<p>Exercitando</p>	<p>Promover o bem-estar físico e mental através do movimento e da conexão com a natureza</p> <p>Desenvolver interação</p> <p>Valorizar a importância do exercício físico ao ar livre</p> <p>Promover o relaxamento e a redução do stress</p>	<p>Boas-vindas: (15 min)</p> <p>-Reunir os utentes num local agradável do jardim</p> <p>-Explicar o propósito da sessão</p> <p>Quebra-gelo: “Sentidos ou sensações”</p> <p>-Apresentação</p> <p>-Gostaria que cada um pensasse numa sensação ou num sentido que a natureza mais estimula em si. Ex: som dos pássaros, cheiro das flores, por do sol.</p> <p>Desenvolvimento: (25min)</p> <p><u>Caminhada: 15min</u></p> <p>Iniciar uma caminhada lenta pelo jardim</p> <p>Encorajar os utentes a observar, cores, sons, texturas e cheiros à sua volta</p> <p><u>Exercícios: 10min</u></p> <p>Parar em alguns pontos do jardim para realizar exercícios suaves</p> <p><i>Alongamentos:</i> Alongar os braços para o céu, tocar os dedos dos pés, rodar os ombros. 5 vezes</p> <p><i>Equilíbrio:</i> Tentar equilibrar-se num pé. 2 vezes bilaterais</p> <p><i>Movimentos suaves:</i> Inclinar o corpo para os lados, rodar o tronco, levantar os joelhos. 5 vezes bilaterais</p> <p><i>Respiração:</i> Fazer algumas respirações profundas, sentindo o ar a entrar e a sair dos pulmões. A acompanhar os exercícios.</p>

		<p>Conclusão (10 min): Realizar um exercício com lenço no qual vai ser solicitado a referir um sentimento (positivo ou negativo), acerca da atividade.</p>
<p>Alimentação saudável- Pequeno-almoço</p>	<p>Informar sobre a importância da alimentação saudável para a saúde mental;</p> <p>Incentivar a adoção de hábitos alimentares equilibrados;</p> <p>Promover a interação.</p>	<p>Introdução (10 min) Apresentação dos objetivos da sessão; Quebra-gelo, “Salada de fruta”: Cada utente escolhe uma fruta que gosta; Faz-se uma roda; Depois o elemento dinamizador vai dizendo uma fruta de cada vez e quando alguém escolheu essa fruta, coloca-se no meio do grupo e apresenta-se; Termina quando todos os elementos fiquem no meio, formando uma salada de fruta, dentro da “tigela”, simbolizada pela roda das cadeiras.</p> <p>Psicoeducação: alimentação saudável (pequeno-almoço) (30min) <u>Início do jogo “Refeição saudável”:</u> -Apresentar a roda dos alimentos no ecrã. -Cada jogador recebe 3 a 5 cartas do baralho. -Com essas cartas tem de inventar uma refeição saudável (pequeno-almoço, almoço, lanche ou jantar), usando pelo menos uma das suas cartas e descrever os restantes alimentos que incluiria na refeição para acompanhar essa carta. -Os restantes jogadores, podem sugerir alternativas mais saudáveis, ou identificar os grupos presentes nessa refeição. -O objetivo não é ganhar pontos, mas sim promover a discussão, a criatividade e a reflexão, sobre as escolhas alimentares diárias. -Em cada escolha será esclarecido ao grupo aspetos essenciais de uma alimentação saudável e a sua relação com uma mente saudável.</p> <p>Conclusão (10min): Breve reflexão sobre o que foi apresentado, conhecimentos adquiridos.</p>
<p>Sono</p>	<p>Compreender a importância do sono para a saúde mental.</p>	<p>Introdução: (5 min) Apresentação do dinamizador Apresentação dos objetivos da sessão</p>

	<p>Identificar fatores que afetam o sono.</p> <p>Aprender estratégias práticas para melhorar a qualidade do sono.</p> <p>Promover a partilha de experiências num ambiente seguro.</p>	<p>Quebra-gelo: “bola da noite” (5 min) Sentar em círculo com utentes Explique que vão passar a bola uns aos outros Quando receber a bola deve dizer uma palavra ou frase que associe ao sono (referir que não há respostas corretas)</p> <p>Psicoeducação: Importância de uma boa higiene do sono: (10min)</p> <p>Jogo de cartas(20min) Espalhar as cartas numa mesa Explicar as regras: "Vamos jogar ao 'O Meu Sono'. Cada um de vocês vai tirar uma carta. Na carta, haverá uma frase sobre o sono. O desafio é dizer se a frase é verdadeira ou falso para vocês, ou se é uma algo bom ou algo a evitar." Incentivar a justificação: "Digam por que acham isso e se já experimentaram algo parecido."</p> <p>Dicas Práticas para o Dia a Dia (5min) Com base no jogo de cartas e nas discussões, reforçar as 3-4 dicas mais importantes de forma visual no quadro.</p> <p>Conclusão e Desafio (5 minutos) Resumir a sessão e incentivar a aplicação das dicas. Encoraje a partilha Questões Agradeça a presença e participação de todos.</p>
<p>Adesão Terapêutica</p>	<p>Objetivos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca da importância da adesão ao regime terapêutico • Refletir sobre alguns fatores que influenciam o abandono da medicação • Partilhar estratégias que potenciem a adesão ao esquema terapêutico 	<p>Desenvolvimento:</p> <p>1. Boas-Vindas e Quebra-Gelo (5 minutos)</p> <p>Abertura (1 min): Apresentação Explicar o propósito da sessão</p> <p>Quebra-Gelo (4 min): Colocar os utentes sentados em cadeiras a fazer um círculo Pedir para cada um partilhar uma palavra que signifique para si “cuidar da saúde” neste momento? "bem-estar", "recuperação", "esperança".</p> <p>A Importância de Seguir o Tratamento (10 minutos)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar competências de gestão do esquema medicamentoso • Promover a adesão terapêutica 	<p>Dinâmica: "Benefícios Visíveis" (10 min): No quadro, criar duas colunas: "Benefícios de Seguir o Tratamento" e "Consequências de Não Seguir o Tratamento". Incentivar os utentes a partilhar ideias. Anotar as respostas. Exemplos a salientar: Benefícios: Recuperação mais rápida, menos sintomas, menos dor, alta mais cedo, melhor qualidade de vida, prevenir recaídas. Consequências: Agravamento da doença, internamento mais longo, mais dor/desconforto, complicações.</p> <p>Desafios Comuns e Como Lidar com Eles (15 minutos)</p> <p>Dinâmica: "O Que Dificulta?" (7 min): No quadro/flipchart, criar a coluna "O Que Dificulta a Adesão?". Esquecer-se de tomar a medicação. Efeitos secundários desagradáveis. Sentir-se melhor e pensar que não precisa mais. Muitos comprimidos para tomar. Não entender para que serve a medicação. Medo de dependência. Não sentir melhoras imediatas.</p> <p>Estratégias para Superar (8 min): Para esquecimento: "Como podemos fazer para não esquecer? (Alarmes no telemóvel, associar a rotinas, pedir ajuda à família/enfermagem)." Para efeitos secundários: "O que fazer se a medicação me der 'reações'? (Informar a equipa médica/enfermagem IMEDIATAMENTE, não parar a medicação sozinho)." Para sentir-se melhor: "Se me sinto melhor, preciso continuar? (Sim, a doença pode voltar, o médico sabe quando pode parar/ajustar)." Para muitos comprimidos/não entender: "É importante perguntar SEMPRE ao médico/enfermeiro para que serve cada medicação. Não há perguntas tolas!"</p> <p>Estratégias Práticas para a Gestão da Medicação e Adesão (10 minutos)</p> <p>Ferramentas Práticas (5 min):</p>
--	--	--

	<p>Organização: "Em casa, como podemos organizar os comprimidos? (Caixas de medicação com dias da semana, listas de medicação)."</p> <p>Comunicação: "Quem deve saber sobre a nossa medicação? (Famíliares próximos, médico de família)."</p> <p>Diário de Sintomas/Medicação: "Registar como se sentem e quando tomam a medicação pode ajudar a ver a evolução e partilhar com o médico."</p> <p>Recursos (5 min): Enfermeiros, médicos, farmacêuticos, familiares.</p> <p>Conclusão e Mensagem Final (5 minutos)</p> <p>Recapitulação (2 min):</p> <p>Perguntas Finais e Agradecimento (1 min)</p>
--	---

Referências bibliográficas:

- Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C. & Gomes, S. (2020). *A ciência do sono: da fisiologia à (psico)patologia*. Parsifal.
- Araujo, L. M., Oliveira Muraoka S. M., Alves R.C., Fernandes, P. A. & Mendes, M. P. (2024). Psiconutrição: O efeito da alimentação na saúde mental. *Revista Científica Online* – UniAtenas, 18(1) https://scholar.google.pt/scholar?q=Alimenta%C3%A7ao+e+saude+mental&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
- Callaghan P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care?. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(4), 476–483. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x>
- Gonçalves, S. M. B. de A., Silva, R. C. G. da, Vieira, A. C. B., Martins, P. C. de A, & Canut, M. T. L. (2021). Encenação do decálogo da saúde mental positiva: relato de experiência num internamento de psiquiatria de agudos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 187-199. <https://doi.org/10.19131/rpesm.318>
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (2007). *Psychiatric nursing* (5th ed.). Elsevier Mosby.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com insuficiência renal crónica sobre o contributo dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: CIPE - Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). Ordem dos enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_Adesa_oTratamento.pdf

Peddie, N., Westbury, T., & Snowden, A. (2020). 'Nobody will put baby in the corner!': A qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health. *Health & social care in the community*, 28(6), 2060–2075. <https://doi.org/10.1111/hsc.13017>

Sá, T. (2022). *Acabe com as Noites em Branco: Guia para noites descansadas e dias com mais energia*. Planeta

Shannon, S., Carlin, A., Woods, C., Nevill, A. M., Murphy, N., & Murphy, M. H. (2022). Adherence to aerobic and muscle-strengthening components of the physical activity guidelines and mental health. *Health promotion international*, 37(5), daac083. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac083>

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: Princípios e prática* (6^a ed.). Artmed.

World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization.

Vilar, T., Nogueira, M. J., Valentim, O., & Seabra, P. (2020). A psicoeducação na adesão terapêutica em usuários com esquizofrenia: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe7), 103-108. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0254>

Jogo alimentação saudável – Pequeno-almoço



Apêndice 3

Plano de sessão: “proverbio incompleto”

Plano de sessão: “proverbio incompleto”	
Discente: Antónia Oliveira	Local: Sala de reuniões do serviço de internamento de agudos
Data: 09.03.2025	Grupo-alvo: Utentes do internamento de utentes agudos
Duração da sessão: 30 minutos	
CrITÉrios de inclusÃO: Participação de livre vontade	CrITÉrios de exclusÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Utentes com atividade psicótica, delirante, alterações do humor ou do comportamento que impossibilitem a participação na atividade.
Recursos materiais: Cartões dos provérbios, mesa	
Objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a atividade cerebral; • Retardar os efeitos da perda de memória, bem como da acuidade e velocidade perceptiva; • Treinar a atenção e memória. 	
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deverão, aleatoriamente, completar os provérbios; • Os utentes que acertarem ficam com o cartão do provérbio; • Ganha quem mais provérbios completar. 	
Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação da sessão será feita através da expressão de sentimentos e da partilha pela palavra; • Escala EVAs. 	

Jogo proverbio incompleto



Apêndice 4
Plano da sessão “Paz que transforma”

Plano da sessão “Paz que transforma”	
Discente: Antónia Oliveira	Local: Enfermaria
Data: 09.03.2025	Grupo-alvo: Utentes internados no serviço de psiquiatria de agudos
Duração da sessão: 40 minutos	
CrITÉrios de inclusÃO: Participação de livre vontade	CrITÉrios de exclusÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Debilidade intelectual ou déficit cognitivo grave • Agitação psicomotora • Estado confusional • Acuidade auditiva reduzida
Recursos materiais: Computador, música com sons da natureza, cama, Aparelho de avaliação, guião de relaxamento, papel e caneta	
Objetivo da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> • Promover bem-estar físico e psicológico; • Regular níveis de energia e ansiedade; • Promover a capacidade de concentração; • Disponibilizar uma estratégia que promova o relaxamento; • Potenciar essa estratégia para ser utilizada de forma autónoma fora do internamento. 	
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> • Breve explicação sobre a técnica a realizar • Gestão do ambiente físico (Luz, som) • Realizar a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. 	
Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação da sessão será feita através da expressão de sentimentos e da partilha pela palavra; • Aplicada a escala EVAS • Avaliação de sinais vitais 	
Justificação: <p>Segundo a OECD, na Europa em 2018 uma em cada seis pessoas apresenta um problema de saúde mental, evidenciando que em 2020, tinha das taxas mais elevadas de stress, ansiedade e depressão. As perturbações de ansiedade são as mais comuns, afetando cerca de 16,5% da população. (Observatório português dos sistemas de saúde, 2019). Torna-se então fundamental que os serviços de saúde tenham respostas concertadas para esta problemática.</p> <p>O relaxamento envolve uma dimensão mental e outra física, é um estado de consciência caracterizado por sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress ou perturbadores. (Payne et al, 2009). O EEESMP, devido ao conjunto de competências que detém, pode implementar técnicas de relaxamento que como intervenção especializada é “um método,</p>	

processo, procedimento ou atividade que ajuda a reduzir os níveis de stress, ansiedade ou raiva”, que, em geral, é associado a um sentimento de paz e conforto, com ausência de tensão no corpo e mente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 17040).

O relaxamento assume a premissa de que a ansiedade está diretamente ligada à tensão muscular, logo se for possível fazer relaxar os músculos a ansiedade é reduzida (Stuart e Laraia, 2001). Será utilizada a técnica adaptada de RMP de Jacobson. Esta é um método de RMP e consiste na contração e descontração dos vários grupos musculares (Townsend, 2014). Além de promover a sensação de bem-estar, o relaxamento pode libertar a tensão e diminuir o stress, reduzindo as barreiras à comunicação (Stuart e Laraia, 2001). Segundo Payne (2009) e Willhelm et al (2015), o RMP tem como principais objetivos atingir um estado de relaxamento profundo controlar a tensão e rigidez, tendo como objetivo comum a diminuição dos sinais, sintomas de ansiedade, sendo uma mais-valia para os utentes. Estudos realizados nos EUA, Taiwan, Austrália, Índia, Singapura e Países baixos, contribuem para reforçar que as diferentes técnicas de relaxamento, contribuem para diminuição dos sinais e sintomas de ansiedade. (Ribeiro et al 2023)

A utilização da música como terapia dá-se o nome de musicoterapia. É recomendada pela classificação de intervenções de enfermagem (NIC), como intervenção que auxilia em mudanças de comportamento, resultando em alívio de sintomas. A música é poderosa na invocação e modelação de emoções e humor (Koelsch & Jancke, 2015), promovendo relaxamento físico e mental, promovendo bem-estar de maneira consciente e saudável, principalmente em pacientes adultos hospitalizados. (Ibiapina et al, 2022).

Referencias bibliográficas:

Braga, J. E. F., Chaves Neto, G., Lima, A. B., Oliveira, R.Q, de., Alves, R. S., & Farias, J. A. (2016). JOGOS COOPERATIVOS E RELAXAMENTO RESPIRATÓRIO: EFEITO SOBRE *CRAVING* E ANSIEDADE. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte* , 22 (5), 403–407. <https://doi.org/10.1590/1517-869220162205153151>

Ibiapina, A. R. de S., Lopes-Junior, L.C., Veloso, L. U. P., Costa, A. P. C., Silva Júnior, F. J.G. da., Sales, J. C, e S., & Monteiro, C. F. de S. (2022). Efeitos da musicoterapia sobre os sintomas de ansiedade e depressão em adultos com diagnóstico de transtornos mentais: revisão sistemática. *Acta Paulista De Enfermagem*, 35, eAPE002212. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR02212>

Koelsch, S., & Jancke, L. (2015). Music and the heart. *European Heart Journal*, Vol. 36, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv430>

Observatório português dos sistemas de saúde (2022). *E agora? Relatório de primavera 2022*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

Payne, R. (2009). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (P. 253) 9789728383411

Regulamento nº 356/2015, Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2ª série, nº 122, 25 de junho de 2015, p. 17034-17041.

- Ribeiro, A., Vicente, C., Santos, K., Carvalho, M., Mendes, S., & Seabra, P. (2023). O relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (29), 102-114. Epub 30 de junho de 2023. <https://doi.org/10.19131/rpesm.366>
- Stuart, G. Laraia, M. - *Enfermagem Psiquiátrica - Princípios e Prática*. 6ª ed. Artmed Editora, (2001). 958p. ISBN 9788573077131
- Townsend, M. C. (2014) *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidado na prática baseados na evidência*. (7º ed.) 992 p. ISBN 978-972-8930-61-5.
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

Guião de relaxamento

Guião de relaxamento muscular progressivo – Adaptado

A técnica de relaxamento que vou utilizar hoje chama-se relaxamento muscular progressivo e consiste basicamente na aprendizagem da contração e descontração sequencial de músculos do seu corpo. Ao mesmo tempo que o vou ensinar-vos a relaxar, também vou encorajar-vos a reconhecer e a assinalar a tensão e o relaxamento nos diferentes músculos.

O objetivo do treino de relaxamento muscular progressivo é ajudar-vos a aprender a reduzir a tensão muscular do vosso corpo, sempre que vos apeteça fazê-lo, em qualquer circunstância do vosso dia-a-dia.

DESCANSEM O CORPO... COLOQUEM-SE O MAIS CONFORTÁVEL POSSIVEL...

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

DIRIGAM A VOSSA ATENÇÃO PARA A RESPIRAÇÃO...

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

VÃO AGORA RESPIRAR LENTAMENTE, FAZENDO

UMA INSPIRAÇÃO PROFUNDA (3'')

PAUSA (2'') 2 VEZES

E UMA EXPIRAÇÃO PROFUNDA (3'')

RETOMEM O RITMO DE RESPIRAÇÃO NATURAL:

CALMO, LENTO, DESCONTRAÍDO

DIRIGAM AGORA A VOSSA ATENÇÃO PARA OS MUSCULOS DA FACE...

LEVANTEM AS SOBRANCELHAS, FRANZINDO A TESTA COM FORÇA (10'')

DESCONTRAIAM E SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE...

AGORA VÃO FECHAR OS OLHOS COM FORÇA, VÃO FRANZIRO NARIZ COM FORÇA (10'')

DESCONTRAIAM E SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE... CONTRAIAM AGORA OS MAXILARES COM FORÇA... CERREM OS DENTES COM FORÇA (10'')

DESCONTRAIAM... DESCERREM OS DENTES... SINTAM A LÍNGUA NA BOCA, SINTAM A SALIVA... SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE PELOS MÚSCULOS DA FACE.

RESPIRAÇÃO (2min)

VÃO AGORA CONTRAIR OS MUSCULOS DO PESCOÇO,

EMPURRANDO O QUEIXO PARA

BAIXO COM FORÇA, SINTAM A TENSÃO NO PESCOÇO (10'') ...

DESCONTARIAM E SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE...

AGORA VÃO ENCOLHER OS OMBROS COM FORÇA (10'')

DESCONTRAIAM, DEIXEM CAIR OS OMBROS...

SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE.

RESPIRAÇÃO (2min)

CONTRAIAM OS MÚSCULOS DAS COSTAS...

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

RESPIRAÇÃO (2min)

AGORA VÃO CONTRAIR OS MUSCULOS DOS BRAÇOS...

ESTIQUEM OS BRAÇOS... FECEM AS MÃOS EM PUNHO E CONTRAIAM AS MÃOS COM FORÇA... CONTRAIAM OS BRAÇOS COM FORÇA... (10'')

RELAXEM, DEIXEM CAIR OS BRAÇOS...

ABRAM AS MÃOS...

AFASTEM OS DEDOS UM A UM...

DESCONTRAIAM...

SINTAM AS MÃOS...

SINTAM OS BRAÇOS A RELAXAR.

RESPIRAÇÃO (2min)

DIRIJAM A VOSSA ATENÇÃO PARA OS MÚSCULOS DO ABDÓMEN, VÃO CONTRAIR OS MÚSCULOS, ENCOLHENDO A BARRIGA COM FORÇA (10'')

RELAXEM...

SINTAM O RELAXAMENTO ESPALHAR-SE...

RESPIRAÇÃO (2min)

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

DESCONTRAIAM...

SINTAM AS PERNAS... SINTAM OS PÉS A DESCONTRAIR.

RESPIRAÇÃO NATURAL (5min) ...

(PAUSA sentindo a música) ...

Reflexão sobre a sessão

No dia 09 de março, pelas 21h, realizei a sessão de “Paz que Transforma”, atendendo aos critérios de exclusão, participaram quatro utentes e decorreu no quarto em simultâneo.

Antes do inicio da sessão questionei sobre a vontade das mesmas de realizar a sessão, ao que responderam positivamente.

Foi desafiante porque realizava pela 1ª vez esta técnica, apesar de saber que teria a minha orientadora ao meu lado, estaria sozinha a tomar o rumo da sessão. A minha

preocupação inicial, foi certificar-me se promovia um ambiente seguro e propenso a esta técnica. Neste sentido utilizei a musicoterapia como adjuvante.

Foi fechada a porta e colocada uma tela na janela, iniciei a sessão com a explicação do que se iria passar ao longo da mesma.

Quando as utentes se encontravam deitadas, informei sobre os conteúdos da sessão e avaliei sinais Vitais.

Iniciei de seguida o relaxamento, solicitei que fechassem os olhos e se centrassem na respiração.

As utentes participaram ativamente ao que lhes era solicitado.

Uma das utentes adormeceu logo após o início da sessão. As outras utentes cumpriram á risca todas as indicações. Foi importante verificar como seguiam as instruções e o seu semblante ia relaxando.

No final da sessão voltei a avaliar sinais vitais e questionei as utentes sobre o resultado da sessão. Utente (1) e (2) delas responderam que tinham apreciado, que tinham uma sessão de leveza, reforçando que a utente nº 1 ainda referiu que gostava de repetir, porem a utente (3), referiu que não sentiu nada de diferente, a 4ª utente adormeceu a meio do relaxamento.

Foi entregue um guião do relaxamento muscular progressivo de jacobson, para que pudessem praticar em casa.

Foi gratificante esta experiência pela partilha e reflexão final, onde foi estabelecida uma relação empática e de confiança.

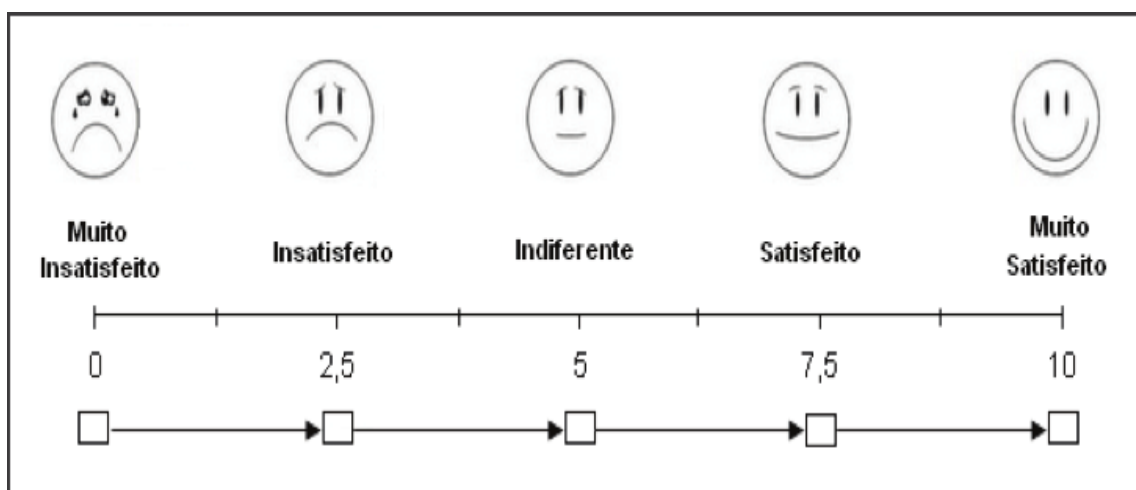
A monitorização dos sinais vitais mostrou ser um instrumento de avaliação muito eficaz pelos resultados obtidos

	Antes	Depois
Utente 1	TA:111/65mmhg FC:94ppm	TA: 86/45 mmHg FC: 77ppm
Utente 2	TA:104/55mmhg FC:88ppm	TA:118/60mmhg FC:76ppm
Utente 3	TA: 130/81mmhg FC:75ppm	TA:100/53mmhg FC: 68ppm

Utente 4	TA:126/54mmhg	Adormeceu
	FC: 64ppm	

A ansiedade sendo um transtorno que afeta grande parte da população portuguesa, e sendo também evidente em contexto de internamento, tornou-se importante para mim enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental intervir nesta problemática. A criação e execução desta sessão permitiu-me não só compreender a utilização e a importância da aplicação da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson (que ainda não tinha utilizado), como a aplicação de terapias complementares como a musicoterapia, sendo que estas técnicas têm vindo a ganhar importância crescente na psiquiatria moderna, para controlo e redução da ansiedade.

Para avaliação da sessão utilizei a escala EVA's, utilizada no serviço.



A utente 1 demonstrou-se muito satisfeita, a utente 2 satisfeita e a utente 3 indiferente

No final da sessão, refleti com a minha orientadora sobre como decorreu a sessão. Transmiti os meus sentimentos e sensações, consegui perceber o que me faltou efetuar (aumentar o tempo nas pausas, deixar a música mais um pouco no final do relaxamento) não como forma de critica, mas como aspetos a melhorar. Senti que consegui verificar ao longo da sessão quais foram os aspetos a melhorar e a forma de os contornar, numa próxima sessão.

Apêndice 5

Plano de sessão: “Linguagem da argila”

Plano de sessão: “Linguagem da argila”	
Discente: Antónia Oliveira	Local: Sala reuniões do serviço de psiquiatria
Data: 28.03.2025	Grupo-alvo: Utente internados no serviço de psiquiatria agudos
Duração da sessão: 50 minutos	
Critérios de inclusão: Participação de livre vontade	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios de exclusão: Alteração da cognição • Alteração de comportamento • Alteração da perceção e pensamento • Capacidade para simbolizar e refletir
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais: Computador (musicoterapia) • aromoterapia • Materiais de modelagem(argila) • aventais • tintas • pinceis 	
<p>Objetivo da sessão: Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promover a diminuição de manifestações de ansiedade <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a relação terapêutica entre enfermeiro-utente • Facilitar a expressão livre e espontânea de emoções e sensações; • Proporcionar um momento de relaxamento e bem-estar; • Facilitar o alívio de tensões; • Promover a criatividade; • Promover a interação social entre o grupo. 	
<p>Desenvolvimento: Introdução(10min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer os objetivos da sessão e a sua metodologia. • Apresentação da atividade a desenvolver, • recursos a utilizar e tempo de duração da sessão; • Informar que poderão ser retiradas notas durante a atividade. <p>Executar técnica de mediação artístico-expressiva (40 min): Realizar momento de descontração grupal “quebra-gelo”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar uma atividade de descontração muscular através de exercícios passivos de rotação das articulações e alongamentos ao som de uma música relaxante. <p>Realizar a atividade: “linguagem da argila”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer materiais adequados à intervenção; • Proporcionar ambiente silencioso, livre de interrupções; • Oferecer uma superfície plana e lisa para a realização da atividade; • Investir tempo com os clientes se estes solicitarem ajuda; • Observar a proximidade dos clientes com o meio artístico; 	

- Registrar comentários verbais e não-verbais realizados pelos clientes durante o processo criativo.

Término da Sessão(10min):

- Encorajar os clientes a descreverem a sua criação artística;
- Registrar as interpretações e emoções que emergiram das criações;
- Registrar sentimentos e emoções que evidenciem alívio, bem-estar físico e psíquico, descontração e relaxamento.

Avaliação:

Verbalização de sentimentos e emoções que emergiram da sessão (registo escrito)

Escala EVAs

Justificação:

Segundo Butcher et al, (2018), Ferraz, 2009) e Malchiodi,(2026) citado em GOBP (2023) a técnica de mediação artístico-expressiva é definida pela NIC, como intervenção de enfermagem “terapia pela arte”, definindo assim o uso dos mediadores artístico expressivos como promotores da comunicação, relação terapêutica, facilitando assim a comunicação, expressões, emoções e pensamento. A terapia com argila, tem se mostrado eficaz no tratamento de perturbações mentais, promovendo bem-estar e equilíbrio emocional. Através da expressão criativa com argila, pacientes podem liberar emoções, reduzir tensões e conflitos, e melhorar o relacionamento consigo mesmos e com os outros. (de Moraes et al, 2014). Refere ainda que Estudos, como o realizado em Fortaleza, comprovam os benefícios da arteterapia na canalização de dificuldades e angústias, minimizando sintomas negativos como agressividade e isolamento. A enfermagem tem demonstrado interesse nessas abordagens holísticas, reconhecendo a importância da arte em hospitais dia e outros serviços de saúde mental.

A arteterapia, portanto, é um recurso valioso para promover o autoconhecimento e a qualidade de vida, devendo ser implementada de forma contínua nos serviços de psiquiatria (de Moraes et al, 2014).

A música (musicoterapia) é poderosa na invocação e modelação de emoções e humor (Koelsch & Jancke, 2015), promovendo relaxamento físico e mental, promovendo bem-estar de maneira consciente e saudável, principalmente em pacientes adultos hospitalizados. (Ibiapina et al, 2022).

A Aromaterapia é uma terapia baseada no uso de concentrados voláteis extraído das plantas, com a finalidade de modificar o humor ou comportamento de uma pessoa e melhorar seu bem-estar físico, mental e emocional. São substâncias que podem atuar de diversas maneiras no organismo e podem ser aplicados diretamente na pele ou inalados. É cada vez uma ferramenta utilizada pelos EESMP no tratamento de desequilíbrios tanto físicos quanto emocionais. (Gnatta et al, 2011)

A Aromaterapia é uma terapia complementar que utiliza o cheiro para tratar tendo sido estudada como ansiolítico seguro, induzindo assim o relaxamento (Lee, et al 2011). Dos óleos essenciais utilizados no tratamento da ansiedade será utilizada nesta sessão a Lavandula angustifolia (lavanda) que pode ser aplicada via cutânea ou através da inalação (Lee, et al 2011).

Referências Bibliográficas:

de Moraes, A. H., Roecker, S. J. Salvagioni, D. A. J., & Jacklin Eler, G. (2014). Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos num hospital de dia. *Investigação e Educação em Enfermagem*, 32 (1), 128-138.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100015&lng=en&tlng=pt.

Gnatta, J. R., Zotelli, M. F. M., Carmo, D. R. B., Lopes, C. de L. B. C., Rogenski, N. M. B., & Silva, M. J. P. da. (2011). O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 45 (5), 1113–1120.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500012>

GOBP (2023)

Koelsch, S., & Jancke, L. (2015). *Music and the heart. European Heart Journal*, 36(44),
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv430> pp. 3043–3048.

Lee, Y., Wu, Y., Tsang, H., Leung, A., & Cheung, W. M. (2011). A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *Citation Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(2), 101–108.
<https://doi.org/10.1089/acm.2009.0277>

Trabalhava numa pastelaria, referiu que tinha muitas saudades de fazer rosas de açúcar, e pequenos objetos para decorar bolos.



Recordou e falou de como tinha saudades de ir á pesca com o pai.



Era carpinteiro, referiu gostar muito de trabalhar com as mãos, sentir a madeira...

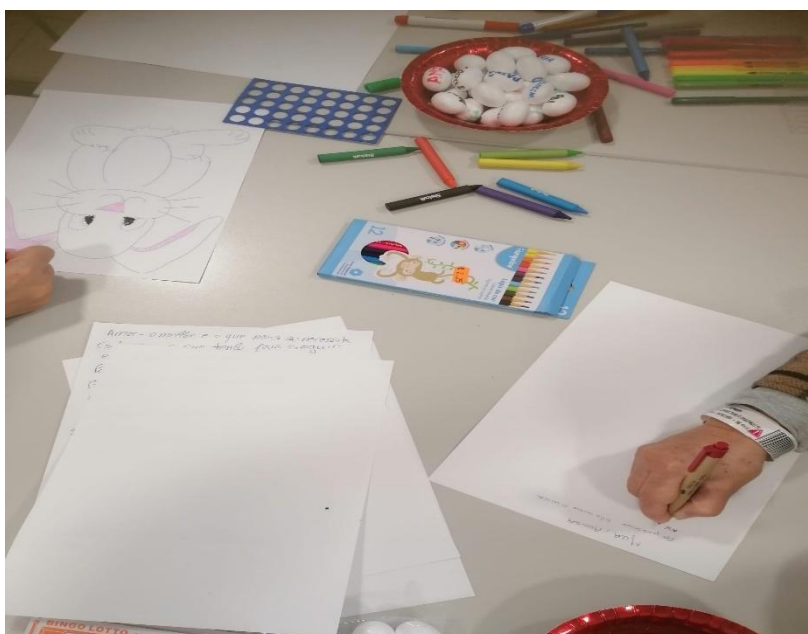


Foi um momento de partilha de emoções...

Apêndice 6

Planeamento da sessão: “Ludoterapia com bingo e dominó”

Plano de sessão: “Ludoterapia com bingo e dominó”	
Discente: Antónia Oliveira	Local: sala de reuniões
Data: 26.03.2025	Grupo-alvo: Utentes internados no serviço de psiquiatria agudos
Duração da sessão: 50/60 minutos	
Critérios de inclusão: Participação de livre vontade	Critérios de exclusão: Atividade psicótica, alterações do humor ou do comportamento que impossibilitem a participação na sessão.
Recursos materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Cartões e jogo de bingo. • Peças de dominó. • Prêmios simbólicos para incentivo (ovinhos de esferovite para escrever palavra de incentivo) • Mesa e cadeiras organizadas de forma circular para facilitar a interação. 	
Objetivos da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a interação social e o trabalho em grupo. • Promover o bem-estar emocional e reduzir o isolamento. • Estimular funções cognitivas como atenção, memória e concentração. • Favorecer a expressão emocional num ambiente lúdico e seguro. 	
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação: Feedback verbal dos utentes sobre a experiência. • Observar o envolvimento e da interação entre os utentes. • Escala de EVAs 	





Apêndice 7

Formação em serviço “Estigma da doença mental”



Estigma da doença mental

1

Objetivos

Identificar e desconstruir preconceitos e estereótipos comuns

Desenvolver estratégias de comunicação e interação que promovam a empatia e o respeito

Implementar práticas que reduzam o estigma e promovam a inclusão

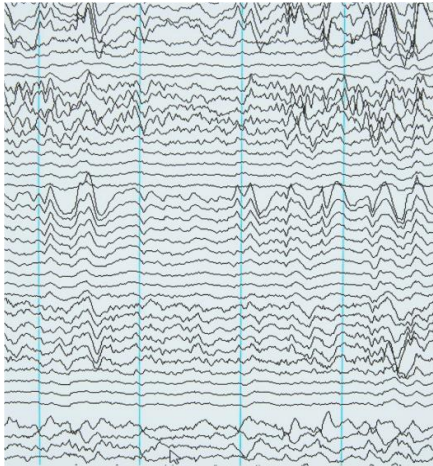
2



O que é o estigma

- “Processo pelo qual se identifica e rotula uma pessoa ou grupo de pessoas, em virtude de um atributo ou característica, não necessariamente visível” (OE 2011).
- É uma “discrepância entre a identidade social real de alguém, aquilo que ele é, e a identidade social virtual, o caráter imputado ao indivíduo pelos outros, ou seja, uma caracterização com base nas expectativas de como ele deve ser. (Goffman 1982, citado por Leão2021)

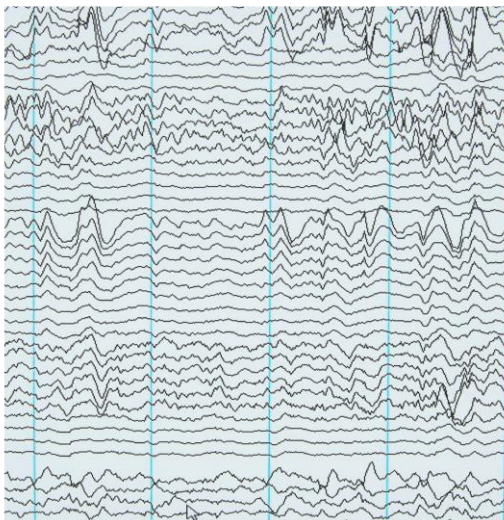
2



Impacto do estigma

- Diminuição da autoeficácia/autoeficácia
- Perceção de descrédito;
- Sentimento de vergonha;
- Maiores níveis de stress
- Sentimentos de angustia
- Raiva
- Autorreprovação.

Corrigan, 1998; Corrigan, Watson, & Barr, 2006, citado por soares et al(2011)



Impacto do estigma

Família/cuidador: através do estigma de cortesia (Hansen, Szaffarski, Bebin, & Szaffarski, 2018, citado por Maldonado 2021).

- Sentimentos originados pelo estigma (vergonha, culpa e preocupação
- Implicação a nível emocional e económico
- Perda de apoio
- Rutura familiares
- Isolamento social
- Falta de informação sobre a doença (para a doença não se tornar publica evitam os serviços de saúde)
- Dificuldade em lidar e gerir momentos de crise dos familiares doentes

(Kanter, Rusch, & Brondino, 2008, citado por Soares 2011)

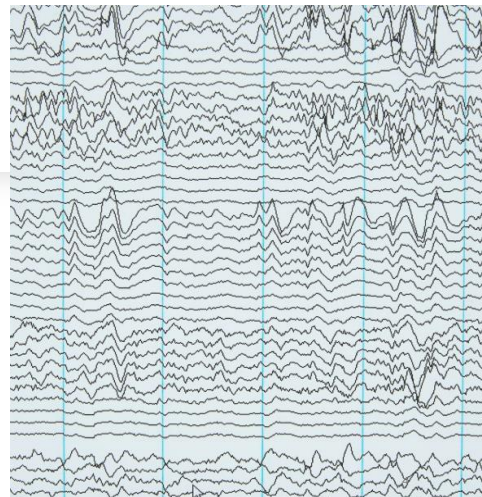
6

Impacto do estigma

O estigma representa para a pessoa doente uma fonte de sofrimento com múltiplas repercussões

- Impedimento no acesso aos cuidados de saúde
- Problemas de autoestima
- Obstáculos na realização de objetivos pessoais
- Problemas de autoconceito

Corrigan & Watson, 2002; Corrigan et al., 2009 citados por Maldonado(2022).



Pilares do estigma

- Problemas no conhecimento → (ignorância)
- Problemas de atitude → (preconceito)
- Problemas no comportamento → (discriminação)

(thornicroft e mehya 2001)



Tipos de estigma

- **Estigma social ou público**

É uma crença errônea acerca da identidade de uma pessoa, em que ela é considerada como menor, menos igual e pertencente a um grupo inferior, o que produz uma incorporação no âmbito social e cria a inferioridade. Essa identidade virtual se relaciona aos períodos cultural, econômico, político e histórico, sendo então um processo social contextualizado e não individual.

- **Estigma profissional**

(Corrigan & Watson, 2002, citado por soares(2011))



Tipos de estigma



- **Autoestigma**

Ocorre à medida que o indivíduo em condição estigmatizante torna-se consciente dos estereótipos negativos sobre seu transtorno, concorda com eles e os aplica a si próprio.

(Corrigan & Watson, 2002, citado por soares(2011))

8

Estratégias anti estigma



- Psicoeducação individual
- Programas de intervenção que englobem a população em geral
- Educação: aumentar a literacia sobre saúde mental
- Protesto: atitude aberta e assertiva contra as representações da doença mental sob a forma de estereótipos negativos
- O contacto: promoção de interações positivas entre indivíduos com doença mental e a população em geral

(Corrigan (2006), citado por Leão 2021)

9

Estratégias anti estigma



- **Reforma legislativa:** criação de leis anti. Discriminação
- **A defesa dos direitos da pessoa com doença mental:** desenho e implementação de ações que garantam os direitos e a plena cidadania dos sujeitos com doença mental
- **Gestão do auto-estigma:** desenvolvimento de capacidades dos doentes para encontrarem "novos significados pessoais e papéis sociais valorizados

(silva e carvalho 2017)

10

Mitos (estereótipos e preconceitos negativos)



Fortemente enraizados na sociedade:

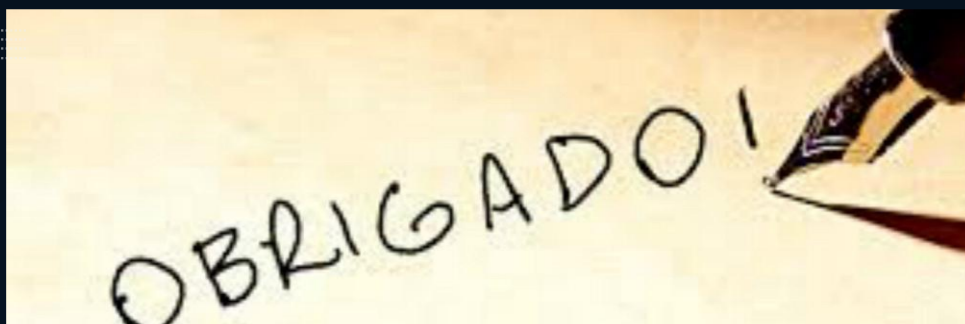
- Pessoas com doença mental são perigosas
- Incompetentes
- Responsáveis pela sua doença

(Kelly, Jorm, & Wright, 2007, citado por Oliveira 2012)

11



A escassez ou distorção da informação contribuem para a manutenção de crenças irrealistas e atitudes estigmatizantes associadas a doença mental



**QUANTO MAIS SE FALAR SOBRE SAÚDE MENTAL MAIS
REDUZIMOS O ESTIGMA**

13

Bibliografia

- Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2020). *O que sabem e pensam os enfermeiros sobre a doença mental: Estudo do conhecimento e atitudes estigmatizantes em saúde mental*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe7), 65-71. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0249>
- Leão, A., & Lusaí, I. A. de O. (2021). *Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200474. <https://doi.org/10.1590/interface.200474>
- Oliveira, Sandra, Carolino, Luísa, & Paiva, Adriana. (2012). *Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 30-37. Recuperado em 06 de abril de 2025, de http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=ST647-21602012000200005&lng=pt&lng=pt.
- OE (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Soares, R. G., Nery, F. C., Silveira, P. S., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2011). *A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura*. *Psicologia Em Estudo*, 16 (4), 635-645

Apêndice 8

Sessão: “competências emocionais na parentalidade”

Sessão: competências emocionais na parentalidade	
População alvo	Pais, alunos e docentes do 1º ciclo
Dinamizador	Antónia Oliveira
Duração	45 min
Local	Ginásio da escola
Objetivo geral	Promover o desenvolvimento de competências socio emocionais na família, aumentando o bem-estar e a saúde mental
materiais	Computador, projetor, coluna de som e microfone
metodologia	Expositivo e ativo
Desenvolvimento	<p>Emoções básicas(10min) Identificar emoções básicas Sabiam que existem algumas emoções universais que todos nós sentimos, independentemente de onde somos ou da nossa idade?</p> <p>Reconhecimento e expressão emocional(10min) Depois de identificarmos as emoções, precisamos de aprender a reconhecê-las em nós e nos outros, e a expressá-las de forma saudável.</p> <p>Estratégias de autorregulação emocional(10Min) Agora que sabemos reconhecer e expressar, vamos aprender a autorregular as nossas emoções, especialmente as mais desafiantes. Tanto adultos como crianças precisam destas ferramentas</p> <p>Parentalidade e saúde mental(10min) A forma como pais e educadores gerem as suas emoções e ensinam os filhos a lidar com as delas tem um impacto enorme na saúde mental de todos. Uma parentalidade consciente e a prática de autocuidados são fundamentais</p> <p>. Kit de Emoções:5 min) Para terminar, vamos dar-vos um pequeno Kit de Emoções para levarem para casa!</p> <p>Mensagem final: Lembrem-se, sentir é humano. Todas as emoções são importantes e têm o seu propósito. O mais importante é aprender a lidar com elas de forma saudável. Conversem, brinquem e continuem a descobrir o vosso mundo emocional!</p>

Apêndice 9

Sessão: “Navegando nas nossas emoções”

Sessão: “Navegando nas nossas emoções”	
Local	Sala de aulas
Data	
Duração	60min
Discente	Antónia Oliveira
Destinatários	Alunos 8º Ano
Tipo de intervenção	Psicoeducação
Objetivo geral	Promover o desenvolvimento de competências socio emocionais no adolescente aumentando o bem-estar e a saúde mental
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional - Promover a identificação de emoções relacionados com o próprio e com o outro - Promover a aquisição de competências na gestão emocional - Promover a autoestima
Recursos materiais	Computador, ecrã, coluna, música
Desenvolvimento	<p>Introdução (5min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do dinamizador • Apresentação dos objetivos da sessão <p>Quais são as emoções básicas? (5 minutos):</p> <p>Psicoeducação: “Emoções” (15min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é a raiva? • O que desperta a raiva? • Como se manifesta a raiva? • Estratégias para gerir a raiva? <p>O Que é a Raiva? (15 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão em Grupo: Lançar a questão "O que é a raiva para vocês?" Registrar as palavras-chave no quadro. • Mitos e Verdades sobre a Raiva: Desconstruir algumas ideias erradas. <ul style="list-style-type: none"> ○ "A raiva é sempre negativa?" ○ "É errado sentir raiva?" ○ "Controlar a raiva significa reprimi-la?"

	<ul style="list-style-type: none">• Gatilhos da Raiva: Pedir aos alunos para pensarem em situações que geralmente os fazem sentir raiva (ex: injustiça, ser provocado, falhar em algo, frustração). <p>3. Identificando a Raiva em Nós e nos Outros (15 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none">• Expressões da Raiva: Conversar sobre como a raiva se manifesta no nosso corpo, nas nossas palavras e nas nossas ações (ex: cara fechada, voz alta, punhos cerrados, isolamento, gritos). <p>4. Estratégias de Gestão da Raiva (15 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnicas de Relaxamento: Respiração profunda (ex: "respiração do quadrado" - inspirar, segurar, expirar, segurar, cada fase por 4 segundos), contar até 10.• Comunicação Assertiva: Expressar o que sente sem agredir• Atividades Físicas: Caminhar, correr, praticar um desporto.• Mudança de Foco: Ouvir música, desenhar, ler, fazer algo que goste.• Procurar Ajuda: Conversar com um adulto de confiança, pais, professores, psicólogo)• Exercício de Respiração Guiada (2-3 minutos): Guiar os alunos numa breve sessão de respiração diafragmática <p>5. Conclusão e Reflexão Final (5 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none">• Dar espaço a duvidas• Agradecimento
--	---

Apêndice 10

Sessão: “No namoro só bate o coração e a felicidade floresce a cada batida!”

Sessão: No namoro só bate o coração e a felicidade floresce a cada batida!!!	
População alvo	Alunos do 10 e 11º Ano
Dinamizadora	Antónia Oliveira sob supervisão da enfermeira orientadora
Duração	60 min
Local	Biblioteca da escola secundária
Recursos materiais	Computador e ecrã
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o que é a violência no namoro e as suas diferentes formas. • Identificar sinais de alerta num relacionamento. • Saber como procurar ajuda e apoiar amigos. • Promover relacionamentos saudáveis e respeitosos.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação (5 minutos): Apresentação do dinamizador e objetivos da sessão • Brainstorming inicial (10 minutos): <ul style="list-style-type: none"> ○ "Quando pensam em 'violência', o que vos vem à cabeça?" ○ "Acham que a violência existe só em filmes ou pode acontecer no dia a dia?" ○ "Será que a violência pode acontecer num namoro?" • Violência no namoro (15 minutos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Como se manifesta? ○ Porquê? ○ Causas? ○ Sinais? • Sinais de Alerta a Ter em Conta (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Controlo excessivo: Quer saber sempre onde estás, com quem estás, revê o teu telemóvel, as tuas mensagens. ○ Ciúme doentio: Fica zangado/a se falas com outras pessoas, acusa-te de infidelidade sem motivo. ○ Humilhação e críticas constantes: Rebaixa-te, critica a tua aparência, as tuas ideias, os teus amigos. ○ Pressão para atos sexuais: Pressiona-te a fazer algo que não queres, sente-te culpado/a se recusas. ○ Isolamento: Tenta afastar-te dos teus amigos e família.

	<ul style="list-style-type: none">○ Explosões de raiva: Mudanças repentinas de humor, gritos, arremesso de objetos.○ Pedidos de desculpa exagerados: Depois de um episódio de violência, promete que não volta a acontecer e mostra-se arrependido/a (o ciclo da violência).○ Ameaças: Ameaça magoar-te a ti, a si próprio/a, ou a outras pessoas.○ Culpar a vítima: Diz que a culpa é tua, que tu o/a provocaste. <ul style="list-style-type: none">● Relacionamentos saudáveis (5 min)<ul style="list-style-type: none">○ Respeito: Pelas diferenças, pelas opiniões, pelo espaço pessoal.○ Confiança: Acreditar um no outro, sem controlo excessivo.○ Comunicação: Falar abertamente sobre sentimentos, problemas e limites.○ Autonomia: Manter a individualidade, os amigos, os hobbies.○ Igualdade: As decisões são tomadas em conjunto, não há um que manda e outro que obedece.○ Apoio: Estar lá um para o outro nos bons e maus momentos.○ Consentimento: No namoro e, especialmente, no contacto físico, o "não" é sempre "não" <ul style="list-style-type: none">● Violência no namoro é punível pela lei- Crime Público e recursos e linhas de apoio (5 minutos)<p>Quem precisa de ajuda numa relação de abuso?</p> <ul style="list-style-type: none">● Apresentação de vídeo: Quem te ama não te agride- APAV (10min) <ul style="list-style-type: none">● Encerramento(5minutos)<ul style="list-style-type: none">○ Dar espaço para duvidas○ Agradecimentos
--	--



Apêndice 11

Sessão: “Emoções na Gravidez”

Sessão: Emoções na Gravidez	
População alvo	Grávidas
Dinamizadora	Antónia Oliveira
Duração	90 minutos
Local	Ginásio da UCC
Recursos materiais	Novelos de lã de diferentes cores; um para cada emoção Música para momento de relaxamento
Objetivos geral	Promover o bem-estar emocional e fornecer ferramentas para lidar com a ansiedade durante a gravidez.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e normalizar a variedade de emoções vivenciadas na gravidez; • Compreender a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos; • Explorar estratégias práticas de relaxamento e mindfulness para reduzir a ansiedade; • Fomentar a troca de experiências e o apoio mútuo entre os participantes; • Informar sobre recursos de apoio em saúde mental disponíveis.

Desenvolvimento	<p>Apresentação (10 minutos)</p> <p>Apresentação do moderador e apresentação do objetivo da sessão</p> <p>Apresentação das grávidas</p> <p>Manter um espaço seguro e confidencial</p> <p>Desenvolvimento: (70 minutos)</p> <p>Teia das emoções (25 minutos)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Preparação:<ul style="list-style-type: none">○ Peça às grávidas para se sentarem em círculo.○ Apresente os novelos de lã e explique que cada cor representa uma emoção.○ Explique que o objetivo é criar uma teia de emoções, onde cada uma partilha um pouco de si.2. Início do Jogo:<ul style="list-style-type: none">○ O jogo começa com uma partilha da dinamizadora, para quebrar o gelo.○ Iniciar com a partilha por exemplo “Alegria”○ Segurar a ponta do fio e, enquanto segura, partilhar um momento de alegria que tenha vivido nos últimos tempos (pode ser algo relacionado com a gravidez ou não).3. Desenvolvimento da Teia:<ul style="list-style-type: none">○ Depois de partilhar, a grávida deve segurar a ponta do fio e jogar o novelo para outra grávida no círculo.○ A grávida que recebe o novelo fará o mesmo: segurará o fio que veio dela, partilhará um momento de alegria e, em seguida, lançará o novelo para outra pessoa, sempre segurando a sua ponta do fio.○ O processo continua até que todas as seis grávidas tenham partilhado sobre a alegria, criando assim uma "teia" visual de fios que as conectam.4. Repetição com Outras Emoções:<ul style="list-style-type: none">○ Uma vez que a teia de uma emoção esteja formada, corte o fio e comece com um novo novelo e uma nova emoção○ Repita o mesmo processo: a grávida que inicia segura a ponta do fio da preocupação e partilha uma preocupação recente, lançando o novelo para a próxima, e assim por diante.○ Prossiga com as outras emoções, uma de cada vez, até que todas as cinco emoções tenham sido abordadas.
------------------------	---

○

Através desta dinâmica abre-se um espaço para as grávidas se sentirem à vontade, de partilhar mais sobre as emoções que tem vivenciado, os desafios deste período. A facilitadora conduz a conversa, validando sentimentos e promovendo a escuta ativa entre as participantes.

Normalização e informação(10min)

Aborda a normalidade das flutuações emocionais na gravidez, explicando as possíveis causas (hormonais, físicas, sociais e expectativas). Mencionar brevemente a diferença entre a ansiedade normal da gravidez e sinais de alerta para transtorno de ansiedade, reforçando a importância de procurar ajuda profissional se necessário.

Ansiedade na gravidez: compreensão e estratégias

O ciclo da ansiedade(10min)

Explicar de forma simples como pensamentos, emoções e comportamentos se influenciam mutuamente no ciclo da ansiedade. Exemplos práticos relacionados à gravidez (Algo pode correr mal durante o parto- sentimento de medo – evitação de falar sobre o parto.)

Estratégias de relaxamento (25min)

Introduzir técnica simples de respiração diafragmática e convidar as participantes a praticarem juntas por alguns minutos.

Informar sobre estratégias como alongamentos, caminhadas leves, ouvir música relaxante.

Explicar e executar a técnica muscular progressiva de Jacobson

Encerramento (10 min)

Dar espaço para dúvidas finais breves

Encerramento e agradecimentos (agradecer a participação de todos, reforçar a importância do autocuidado e do apoio mútuo.)



Apêndice 12

Sessão: “Valores e pertença ao grupo”

Sessão: Valores e pertença ao grupo	
População alvo	Alunos do 3º ciclo do PIEF
Dinamizadora	Antónia Oliveira com supervisão do enfermeiro cooperante
Duração	60min
Local	
Recursos materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel de duas cores diferentes (ou post-its) • Canetas • Fita-cola • Sistema de som e música para a atividade "Cadeiras ao Contrário" • Cadeiras
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autoconsciência e a identificação de qualidades e dificuldades pessoais; • Estimular a reflexão sobre como as qualidades individuais podem contribuir para a resolução de problemas do grupo; • Desmistificar a competição e valorizar a cooperação como forma eficaz de alcançar objetivos comuns; • Debater a importância da tolerância, do apoio mútuo e da inclusão dentro de um grupo; • Transpor os conceitos de competição e cooperação para situações do dia a dia.
Desenvolvimento	<p>Introdução (5 minutos)</p> <p>Apresentar brevemente os objetivos da sessão, focando na importância de um ambiente de respeito e abertura.</p> <p>Atividade 1: Dominó (15 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrução (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> ○ "Cada um de vocês vai receber duas cartolinas, (unidas com um fio), uma de cada cor, e uma caneta. Numa, vão escrever um aspeto que consideram positivo em vocês. Pode ser uma qualidade, uma característica que vos ajude no dia-a-dia. Por exemplo, 'responsável', 'empenhado/a', 'criativo/a'." ○ "Na outra, vão escrever um aspeto que consideram negativo, uma dificuldade ou algo que gostariam de melhorar. Por exemplo, 'preguiçoso/a', 'teimoso/a', 'impaciente!'."

- "Quando terminarem, vão colocar de forma a ficar no vosso peito o aspeto positivo e nas costas o aspeto negativo."
- (Dar tempo para que todos escrevam e colem as folhas).
- "Agora, o desafio é o seguinte: quero que circulem pela sala e observem as qualidades e as dificuldades dos vossos colegas. O objetivo é formar uma fila, como num dominó, onde o vosso aspeto positivo possa 'solucionar' o aspeto negativo de um colega. Não se preocupem em encontrar a 'solução perfeita', o importante é a vossa perceção."
- (Dar o sinal para iniciarem a circulação e a formação da fila).
- **Execução (10 minutos):**
 - Enquanto os alunos circulam e formam a fila, o orientador pode ir fazendo perguntas para estimular a reflexão e a interação: "Acham que a responsabilidade do X pode ajudar a impaciência do Y?", "Como é que a tua qualidade pode 'encaixar' com a dificuldade de alguém?"
 - Monitorizar o processo, permitindo que o grupo encontre as suas próprias soluções, mesmo que "forçadas".
 - Indicar o fim da atividade quando todos estiverem encaixados ou o grupo considerar a tarefa concluída.

Atividade 2: Cadeiras ao Contrário (15 minutos)

- **Instrução (5 minutos):**
 - "Agora vamos para uma segunda atividade que nos vai desafiar de outra forma. Vamos colocar as cadeiras em círculo." (Organizar as cadeiras).
 - "Todo o grupo vai circular à volta das cadeiras ao som da música. Quando a música parar, todos devem subir e ficar em pé nas cadeiras." (Explicar a importância de subirem com cuidado e segurança).
 - "Na fase seguinte, vou retirar uma cadeira. Quando a música parar novamente, alguém vai ficar sem cadeira. Essa pessoa é convidada a subir para a cadeira de outro colega."
 - "Este processo vai repetir-se. Vou retirar mais uma cadeira e aqueles que ficarem de fora são convidados a subir para as cadeiras já ocupadas pelos colegas. O objetivo é que ninguém fique de fora."
 - "Prestem atenção à dinâmica do grupo à medida que o espaço nas cadeiras diminui. Não há 'perdedores' aqui."
 - (Iniciar a música e a atividade).

- **Execução (10 minutos):**
 - O dinamizador monitoriza a atividade, garantindo a segurança.
 - Se, a determinada altura, alguém disser que "não vale a pena correr porque ninguém perde a cadeira", o/a docente deve realçar: "É verdade! Eu nunca disse que iriam ser excluídos elementos do grupo, mas sim cadeiras. O que é que isso vos faz pensar?"
 - Continuar a retirar cadeiras e a incentivar a partilha do espaço até que seja um desafio significativo.
 - Lançar o novo desafio: "Qual será então o menor número de cadeiras em que conseguem organizar todo o grupo? Como podem cooperar para conseguir isso?" (Este é o ponto de transição para a cooperação explícita).

- **Reflexão (10 minutos):**
 - Reunir o grupo em círculo.

Na 1ª atividade:

- "Como é que se sentiram a participar nesta atividade?"
- "Sentiram que com os vossos aspetos positivos conseguiram ajudar a 'resolver' vários problemas ou dificuldades dos vossos colegas?"
- "Como escolheram em qual aspeto negativo se iriam 'encaixar'?"
- "Acham que todos os problemas do grupo foram resolvidos no grupo? Com base em quê?"
- "O que é que esta atividade nos diz sobre como as nossas qualidades podem ser úteis para os outros?"

Na 2ª atividade:

- "Como se sentiram no início da atividade, quando as cadeiras começaram a ser retiradas? Houve algum sentimento de competição?"
- "Lembram-se do momento em que a perspetiva mudou, e percebemos que ninguém ia ser excluído? O que é que se alterou na vossa forma de abordar o desafio a partir daí?"
- "Como é que esta atividade nos mostra como somos condicionados por uma forma competitiva de viver os desafios? Onde é que vemos isso no nosso dia-a-dia? (Ex: na escola, nos desportos, até nas redes sociais)."
- "O que acontece quando mudamos a mentalidade da competição para a cooperação? Que benefícios

vemos, tanto nesta atividade como em situações da vida real?"

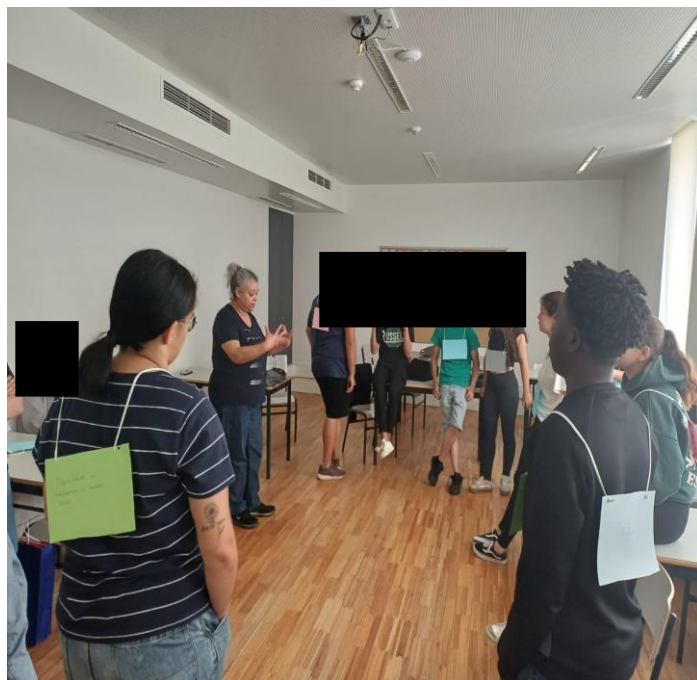
- "O que significa a cooperação para vocês? Como podemos aplicá-la mais no nosso dia-a-dia, seja na sala de aula, em casa ou com os amigos?"

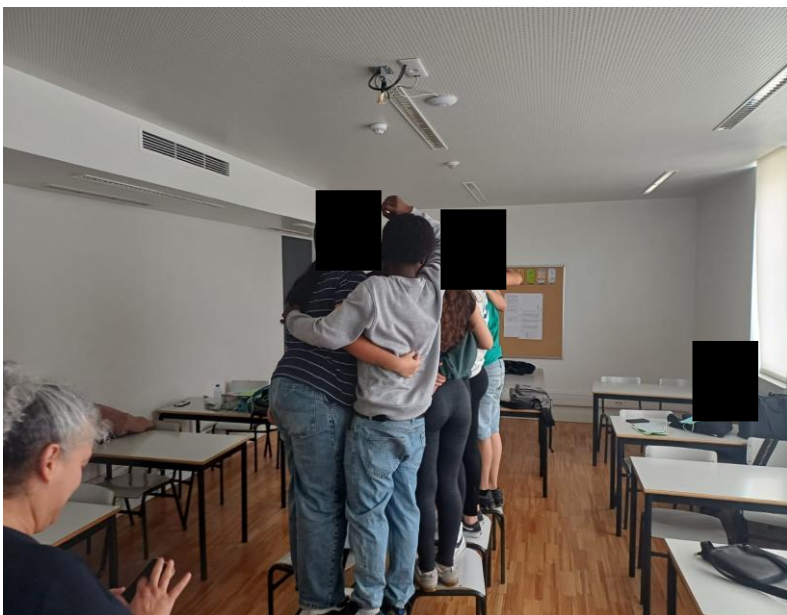
- **Apresentação powerpoint: (5 minutos)**

Sobre valores e pertença ao grupo sem apresentação de título

- **Conclusão (5 minutos)**

- "Hoje tivemos a oportunidade de olhar para nós próprios, para as nossas qualidades e desafios, e de perceber como podemos usar as nossas qualidades para ajudar o grupo. Também refletimos sobre a diferença entre a competição e a cooperação, e como a cooperação nos permite alcançar objetivos maiores e mais inclusivos."
- "Gostaria que levassem desta sessão a ideia de que cada um de nós tem um papel importante no grupo, e que ao trabalharmos juntos, valorizando as nossas diferenças e apoiando-nos mutuamente, somos muito mais fortes."
- Partilha, questões ou dúvidas
- Pedir que decidam entre todos um nome à apresentação. Apresentação
- Agradecer a participação e o empenho de todos.





Apêndice 13

Projeto: “Promoção da saúde mental para o cuidador informal de pessoa com demência”

Promoção da saúde mental para o cuidador informal

Avaliação diagnóstica

De acordo com a organização Mundial de saúde (OMS), e segundo o relatório Social Mundial 2023 o nº de pessoas com mais de 65 anos deve dobrar até 2050 passando de 761 milhões em 2021 Para 1,6 bilhão. (ONU, 2023). Em Portugal, dados dos censos 2021 confirmam igualmente um aumento significativo da população idosa, indicando que por cada 100 jovens existem já 182 idosos, sendo o país um dos que apresenta um índice de envelhecimento mais elevado a nível mundial. Refere-se ainda que o aumento da esperança media de vida, não se acompanhou de uma melhoria expressiva da qualidade de vida após os 65 anos. (Diário da República, 2024) 1ª serie, presidência do concelho de ministros nº14/2024).

A esperança media de vida tem aumentado significativamente, conduzindo necessariamente ao aumento da prevalência de doenças crónicas, entre os quais a demência assume especial relevância. Segundo a OMS (2022) esta constitui um dos maiores desafios de saúde publica, estimando-se que existam 55,2 milhões de pessoas com demência, podendo este número atingir 78milhões até 2030. O relatório “*Health at a Glance* (organização para a cooperação e desenvolvimento Economico [OCDE], 2017)” apresenta novos dados, colocando Portugal como o 4º país com maior prevalência com uma média estimada de 19,9 casos por mil habitantes, quando a media da OCDE se situa em 14,8. Prevê-se ainda o aumento de 205.000 pessoas para 322.000 até 2037. (Associação Alzheimer Portugal, 2023).

A demência implica elevados níveis de dependência funcional, afetando a memoria e outras funções cognitivas, humor e comportamento e desempenho nas atividades de vida, com repercussões significativas para a pessoa, a família, os sistemas de saúde e para o sistema financeiro dos países (OMS,2022)

Neste contexto, aumenta a necessidade de cuidados formais e informais. Considera-se cuidador informal o cônjuge, familiar ou pessoa em união de fato até ao 4º grau, que partilha habitação com a pessoa cuidada e presta cuidados contínuos sem compensação financeira (legislação nº100/2019). Vários estudos confirmam que a escassez de respostas institucionais e o custo associado, são sobretudo familiares; maioritariamente mulheres, frequentemente com mais de 50 anos; que assumem o

cuidado, muitas vezes sem preparação e apoio (GOBP (2023). Esta realidade conduz frequentemente a ansiedade, níveis elevados de stress, sobrecarga do cuidador e alterações no bem-estar e autocuidado com impacto negativo na saúde física, psicológica e financeira (Riffin et al, 2017 citado por lima et al., 2023).

Os cuidadores informais de pessoa com demência apresentam sobretudo necessidades relacionadas com conhecimento, gestão de ansiedade e depressão, dinâmica familiar, relações sociais e falta de apoio institucional (Sousa et al., 2011).

Com o objetivo de responder a estas fragilidades, o Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral [DGS], 2017), estabelece como orientações estratégicas: a) garantir políticas eficazes de promoção, prevenção e tratamento; b) desenvolver programas de promoção da saúde mental e intervenção precoce; e c) garantir cuidados de elevada qualidade acessíveis na comunidade.

Diversas investigações demonstram que, na intervenção junto de cuidadores, o EEESMP, deverá utilizar técnicas psicoterapêuticas, como a reestruturação cognitiva, que favorece a autoeficácia e flexibiliza crenças disfuncionais (Neborsky & Lewis, 2011; Jokić-Begić, 2010; Otte, 2010). As técnicas comportamentais demonstram igualmente eficácia, nomeadamente a exposição gradual a exercícios de relaxamento, com respiração diafragmática e relaxamento progressivo (Leahy, 2006; Neborsky e Lewis, 2011; Willhelm 2015)

Assim, Confirma-se a pertinência do desenvolvimento de projetos no âmbito de EEESMP que promovam estratégias de intervenção e psicoeducação dirigidas aos cuidadores. O EEESMP, de acordo com as suas competências específicas, assume o papel decisivo no desenvolvimento de programas de intervenção que suportem o processo de transição, adaptação e promoção do bem-estar dos cuidadores (Regulamento n° 515/2018).

Programa de intervenção

Diagnóstico:

Ansiedade (INC, 2017)

Instrumentos de colheita de dados:

Escala Hospitalar ansiedade e depressão (HADS)

Crítérios de diagnóstico:

Ansiedade moderada – (score entre 11 e 14 na Escala de Ansiedade e Depressão (HADS))

Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre ansiedade;
- Executar intervenção psicoeducativa;
- Executar relaxamento;
- Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade (gerir a ansiedade).

Publico alvo:

Cuidadores informais de utentes com demência, com ansiedade presente em grau moderado, com apoio domiciliário dum centro de dia do país.

Programa de intervenção:

- Psicoeducação
- Técnicas de relaxamento
- Reestruturação cognitiva para redução da ansiedade

Duração do programa:

3 semanas

Número de sessões:

5 (1 por semana)

Duração da sessão:

90 minutos

Moderador:

Enfermeira Antónia Oliveira

Co-moderador:

Enfermeira orientadora

Grupo fechado:

7 cuidadores

Local:

Centro de dia do país

Metodologia: Sessões interativas e participativas, Partilha de experiências, discussão em grupo, psicoeducação,

Objetivo Geral:

Promover o bem-estar emocional e físico dos cuidadores informais de familiares com Demência, através da identificação e gestão do stress e ansiedade, e da implementação de estratégias de autocuidado eficazes, para redução da ansiedade.

Resultados esperados:

Aumento do bem-estar geral através da diminuição dos sintomas e sinais de ansiedade, por meio do autocontrolo do tónus muscular e da respiração

CrITÉrios de inclusão:

Cuidadores de pessoas com demência

Apresentarem ansiedade presente em grau moderado/elevado

Vontade de participar no programa

Ser cuidador principal da pessoa com demência

CrITÉrios de exclusão:

Serem cuidadores de utentes com outras patologias que não seja demência

Apresentarem ansiedade presente em grau reduzido

Não mostrem disponibilidade para participar no programa

Não ser cuidador principal

Recursos e materiais:

Cadeiras

Computador

Música com sons da natureza

<p>Níveis de prevenção de Neuman</p>	<p>Sessão I: Stress e ansiedade do cuidador informal</p>	
<p>Primária</p> <p>Prevenção e deteção precoce- questionário inicial</p> <p>Aumento da capacidade de resiliência antes da crise Reduz a exposição a strssores</p> <p>Fortalece linhas de defesa – técnica de relaxamento</p>	<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as principais fontes de stress e ansiedade na rotina do cuidador. • Compreender os impactos físicos e emocionais do stress e da ansiedade. • Aprender estratégias iniciais de reconhecimento e manejo dessas emoções.
	<p>Desenvolvimento</p>	<p>Acolhimento: 30 minutos</p> <p>10 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do dinamizador e dos participantes • Criação de um ambiente seguro e de confiança • Apresentação dos objetivos gerais do programa e funcionamento das sessões. • Esclarecer dúvidas <p>10 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento individual do questionário inicial (HADS), • Explicar o propósito do mesmo, • garantir a confidencialidade <p>10 minutos</p> <p>Quebra-gelo: “O momento que me fez sorrir hoje/esta semana”</p> <p>Psicoeducação: stress e ansiedade(20min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição e distinção entre stress e ansiedade • Manifestações em cuidadores: Abordar as manifestações físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais <p>Introdução ao relaxamento(30minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da Técnica de relaxamento muscular progressivo de jacobson • Explicar os benefícios desta técnica. • Explicar a técnica de respiração diafragmática. • Realizar uma prática guiada da técnica, com instruções claras e um ritmo suave.

	<p>Discussão e encerramento(10min) Partilha e esclarecimento de dúvidas Trabalho para casa: treinar a técnica de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo de Jacobson</p>
--	---

Níveis de prevenção de Neuman	Sessão II: autocuidado do cuidador informal	
Secundaria	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Desmistificar o conceito de autocuidado e a sua importância para o cuidador. • Identificar diferentes dimensões do autocuidado (físico, emocional, social, espiritual).
<p>Reorganização de recursos</p> <p>Identificação da dimensões do autocuidado</p> <p>Reduzir crenças disfuncionais</p> <p>Mitos do autocuidado</p> <p>Gestão do efeito stressor</p> <p>Reflexão sobre emoções</p> <p>Controlo fisiológico do stress</p>	Desenvolvimento	<p>Acolhimento (15 minutos) Revisão da sessão anterior Apresentar objetivos da sessão Quebra-gelo (10 min): “Uma palavra que defina para si bem-estar” Psicoeducação: Autocuidado (20min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que significa cuidar • Importância do autocuidado e desempenho do papel de cuidador • Emoções e Autocompaixão • Mitos associado ao autocuidado <p>Técnica de relaxamento (30min) Técnica de relaxamento muscular progressivo de jacobson Discussão e encerramento (15 min) Debate, dúvidas e reflexões finais.</p>

Níveis de prevenção de Neuman	Sessão III: Autoestima do cuidador informal	
<p>Terciaria</p> <p>Reconstrução do impacto estratégias de autovalorização</p> <p>Reforço da autoestima reorganização psicológica</p> <p>Promoção de recursos prevenir deteriorização futura</p> <p>Avaliação final manutenção e acompanhamento</p>	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o conceito de autoestima e a sua relevância para o bem-estar do cuidador. • Identificar fatores que afetam a autoestima no contexto do cuidado. • Desenvolver estratégias para fortalecer a autoimagem e a autovalorização
	Desenvolvimento	<p>Acolhimento(10min) Revisão da sessão anterior Apresentar os objetivos da sessão Quebra-gelo(10min): “O que fiz esta semana pelo meu autocuidado” Psicoeducação: Autoestima (20min)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de baixa autoestima • Fatores associados ao cuidado • Estratégias para fortalecer a autoestima • Contactos em necessidade de apoio <p>Técnica de relaxamento (30min) Técnica de relaxamento muscular progressivo de jacobson</p> <p>Preenchimento individual do questionário Final (HADS). (10min) Encerramento(15min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Sugestões • Reforço da importância de procurar apoio. • Mensagem final de empoderamento e valorização





Apêndice 14

Apresentação “Projeto de intervenção a cuidadores informais de utentes com demência”

Projeto de intervenção a Cuidadores informais de utentes com demência no âmbito da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica

Avaliação diagnóstica



OMS (relatório Social Mundial, 2023)

- População com idade superior a 65 anos deverá dobrar até 2050
- 2021 761 milhões, 2050 1,6 bilhões.

Legislação nº14/2024, em Portugal o Instituto Nacional de Estatística I.P

- Apresenta um dos índices de envelhecimento mais elevados do mundo,
- 2021 por cada cem jovens existem 182 idosos.

Incidência da demência



OMS (2022)

- Maior desafio da saúde pública
- Existem nesta data 47,5 milhões de pessoas com demência,
- Até 2030 pode afetar 78 milhões de pessoas

Relatório "Health at Glance 2017" da OCDE

- Portugal é o 4º País com mais casos por mil habitantes 19,9 casos por mil habitantes,
- Até 2037 o nº casos estima-se 322mil casos

Demência



Afeta a memória e outras funções cognitivas, bem como a capacidade de realizar tarefas quotidianas.

Várias organizações destacam a necessidade urgente de fortalecer o apoio a nível nacional e mundial, em termos de cuidados, tanto para a pessoa, como para os cuidadores formais e informais.

Os familiares devido à falta de instituições, ficam a maior parte das vezes com estes familiares a cargo.

Cuidador informal

Cônjuge, parceiro de união de fato, parente ou afim até ao 4º grau da linha direta da pessoa cuidada que acompanha e presta cuidados de forma contínua à pessoa cuidada, partilhando a mesma residência e não recebendo qualquer compensação financeira por atividades profissionais ou pelos cuidados prestados (legislação nº100/2019)

Sobre carga e exaustão do cuidador informal

O desempenho prolongado do papel do cuidador ou a prestação de tarefas complexas de cuidados implicam sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica.

Sobre carga do cuidador:

- Stress
- Ansiedade
- Sofrimento
- Alteração no bem estar e autocuidado

Ansiedade



Consiste num vago e incómodo desconforto ou tremor, acompanhado de alterações fisiológicas e comportamentais do indivíduo, causado pela antecipação de ameaça futura.

Estatísticas

- Na União Europeia as perturbações de ansiedade são as mais comuns, afetam 16,5% da população. (Observatório dos sistemas de saúde 2019)
- Em Portugal 2020 existiu um aumento de 25,6% de transtornos de ansiedade (OPSS, 2020)

O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP), explica que a "enfermagem de saúde mental e psiquiatria foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas e desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (OE, 2018, p.1).

Diagnóstico:

- Ansiedade (INC, 2017)

Instrumentos de colheita de dados:

- Escala hospitalar ansiedade e depressão(HADS)
- Escala de nível de ansiedade (NOC)
- Escala de autocontrolo da ansiedade(NOC)

Crítérios de diagnóstico:

- Ansiedade moderada - (score entre 11 e 14 na HDAS)
- Ansiedade elevada - (score entre 15 e 21 na HDAS)



Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre ansiedade,
- Intervenções psicoterapêuticas,
- Intervenções psicoeducativas,
- Ensinar sobre estratégias de redução da ansiedade.

Publico alvo:

- Cuidadores informais de utentes com demência, com ansiedade presente em grau moderado/elevado, com apoio domiciliário do Centro de dia de Alferrade



Programa de intervenção Inclui:

- Psicoeducação
- Técnicas de relaxamento
- Reestruturação cognitiva para redução da ansiedade

Duração do programa:

3 semanas

Numero de sessões:

3 sessões (1 por semana)
Datas: 22.26/05 e 02.06.2025

Duração da sessão:

90 minutos



Moderador:

Enfermeira Antónia Oliveira

Co-moderador:

Enfermeira Graça Sebastião

Grupo fechado:

Local:

Centro de dia de Alferrade

Metodologia:

- Sessões interativas e participativas,
- Partilha de experiencias,
- discussão em grupo,
- psicoedução,
- técnicas de relaxamento,
- role -playng.



Objetivo geral:

Promover o bem estar emocional e físico dos cuidadores informais de familiares com demência, através da identificação e gestão do stress e ansiedade, e da implementação de estratégias de autocuidado eficazes, para a redução da ansiedade.

Resultados esperados:

Aumento do bem estar geral através da diminuição de sintomas e sinais de ansiedade por meio do autocontrolo do tónus muscular e da respiração



Critérios de inclusão:

- Ser Cuidador principal de pessoa com demência
- Apresentarem ansiedade presente em grau moderado/elevado
- Vontade de participar

Critérios de exclusão:

- Ser cuidador de pessoa com outras patologias que não seja demência
- Apresentar ansiedade presente em grau reduzido
- Não demonstre disponibilidade para participar no programa

17

Sessões	Tema
1ª Sessão	Compreender o stress e a ansiedade Técnica de relaxamento
2ª Sessão	Estratégias de gestão de stress e ansiedade e introdução ao autocuidado Técnica de relaxamento
3ª Sessão	Aprofundar o autocuidado, mantendo o bem-estar e avaliação final Técnica de relaxamento

18

Referencias bibliográficas

ONU(2022) Demência pode afetar 78 milhões de pessoas em 2030

<https://news.un.org/pt/story/2022/10/1084302>

Associação Alzheimer Portugal(2022). Prevalência da Demência. <https://alzheimerportugal.org/prevalencia-da-demencia/>

OMS (2021). Lança relatório de status global sobre a resposta de saúde pública a demência.

<https://www.fonemidcets.org/post/oms-relatorio-demencia>

SNS24(2022). Demência

<https://www.sns24.gov.pt/pt/home/saude mental/demencia/>

19



ANEXOS

Anexo 1
Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

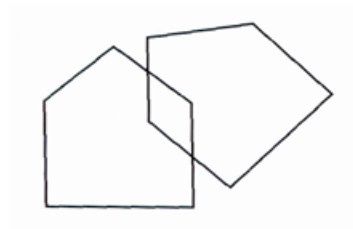
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo 2

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Resultados:

Total de Pontos Ansiedade - Soma das questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

Total de Pontos Depressão - Soma das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

Score:

de 0 a 7 pontos - Improvável.

de 8 a 11 pontos - Possível (questionável ou duvidosa).

de 12 a 21 pontos – Provável.