



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

**Ansiedade na pessoa com doença mental: proposta de  
intervenção especializada centrada no corpo**

**Raquel Ferreira Lopes de Vaz**

---

**Lisboa  
2021**



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

**Ansiedade na pessoa com doença mental: proposta de  
intervenção especializada centrada no corpo**

**Raquel Ferreira Lopes de Vaz**



**Orientador: Professor Doutor Luís de Oliveira Nabais**



**Lisboa  
2021**

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas...  
Que já têm a forma do nosso corpo...  
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos  
mesmos lugares...  
É o tempo da travessia... e  
se não ousarmos fazê-la,  
teremos ficado... para sempre,  
à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luís Nabais pela orientação e disponibilidade;

Ao Enfermeiro António Ferreira e à Enfermeira Leonor Ribas pela atenção e dedicação ímpares neste caminho de aprendizagem;

Aos utentes com que contactei, no âmbito das práticas clínicas, por me terem acolhido e dado tanto de si;

À Sónia e à Elisabete pelo incentivo e por tornarem possível;

À Elisabete, à Patrícia e à Sandra pela presença nos momentos de desabafo e compreensão dos dias de ausência;

À Carmem, à Liliana e ao Pedro pela partilha de questionamentos, aprendizagens, apoio incondicional e presença;

Aos amigos e familiares pela compreensão das ausências e da indisponibilidade;

Ao Diogo por me impulsionar no caminho de ser sempre mais e melhor.

A todos muito obrigada.

## **Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos**

AE- Ansiedade Estado

APA- American Psychiatric Association

AT- Ansiedade Traço

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

FC- Frequência Cardíaca

NOC- Classificação de resultados de enfermagem

OE- Ordem dos Enfermeiros

STAI-Y- Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberg

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

SMP- Saúde Mental e Psiquiátrica

TA- Tensão Arterial

WHO- World Health Organization

## **Resumo**

A ansiedade constitui-se como uma condição fisiológica de proteção individual, no entanto, quando em intensidade elevada, impacta fortemente ao nível do bem-estar e funcionalidade individual. Esta condição é transversal ao indivíduo com ou sem diagnóstico diferencial de doença do foro mental e a análise da tendência dos últimos anos retrata um evidente aumento da sua prevalência na sociedade, pelo que importa tornar o acesso a cuidados de saúde especializados mais precoce e efetiva, o que poderá passar por alargar o alcance dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O presente relatório de estágio visa retratar o trajeto de aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização de saúde mental e psiquiátrica, no âmbito do Curso de Especialidade e Mestrado em enfermagem, com enfoque na vivência da ansiedade. O principal objetivo definido prende-se com desenvolver cuidados especializados à pessoa com doença mental com vista à redução da ansiedade, através de intervenções especializadas centradas no corpo, com recurso ao movimento expressivo e ao relaxamento. Como objetivos específicos foram definidos: compreender a vivência da ansiedade na pessoa com doença mental; aprofundar a relação terapêutica com a pessoa com doença mental e com ansiedade manifesta; dinamizar intervenções de âmbito psicoterapêutico com vista à redução da ansiedade da pessoa com doença mental e ansiedade com recurso a mediadores centrados no corpo.

A componente prática que alicerçou o percurso académico percorrido decorreu em dois contextos clínicos distintos, um com carácter de internamento e outro de âmbito comunitário. Para a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas procurei descrever, analisar e avaliar as intervenções desenvolvidas. Da avaliação das intervenções de âmbito psicoterapêutico implementadas concluiu-se impacto significativo na redução da ansiedade, tanto através de dados subjetivos, obtidos no contacto direto com os participantes, pela sua narrativa, como pela monitorização de indicadores de resultados objetivos obtidos pela aplicação da STAI-Y, avaliação de dados fisiológicos, tais como a TA e FC, e monitorização de indicadores de resultados NOC, relacionados com a ansiedade, estabelecendo uma análise comparativa entre os resultados obtidos no início e no final das sessões dinamizadas.

**Palavras chave: Ansiedade, Movimento expressivo, Relaxamento, Enfermagem de Saúde Mental.**

## **Abstract**

Anxiety is a physiological condition of individual protection, however, when at high intensity, it strongly impacts the level of well-being and individual functionality. This condition is transversal to the individual with or without differential diagnosis of mental illness and the analysis of the trend of recent years portrays a clear increase of prevalence in society, so it is important to have earlier and more effective access to specialized health care, which may be to extend the scope of mental and psychiatric specialized nursing cares.

This internship report aims to portray the path of acquisition and development of competencies in the area of mental and psychiatric health specialization, within the scope of the Specialty course and Master's degree in nursing, focusing on the experience of anxiety. The main objective is to develop specialized care for people with mental illness in order to reduce anxiety, through specialized interventions centered on the body, using expressive movement and relaxation. As specific objectives were defined: understand the experience of anxiety in the person with mental illness; deepen the therapeutic relationship with the person with mental illness and manifest anxiety; to boost psychotherapeutic interventions to reduce the anxiety of people with mental illness and anxiety with the use of body-centered mediators.

The practical component that undertook the academic course covered took place in two distinct contexts of clinical practice, one with an internment character and the other of community scope. For the acquisition and development of the competencies recommended will be described, analyzed and evaluated the interventions that had been developed. The evaluation of the psychotherapeutic interventions implemented concluded a significant impact on the reduction of anxiety, both through subjective data obtained in direct contact with participants, by their narrative, and by monitoring indicators of objective results, such as STAI-Y, evaluation of physiological data, AT and FC, and the surveillance of indicators of NOC results related to anxiety, establishing a comparative analysis between the results obtained at the beginning and at the end of the sessions.

**Keywords: Anxiety, Expressive Movement, Relaxation, Mental Health Nursing**

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>Capítulo 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
<b>1. A Doença Mental</b> .....	<b>15</b>
1.1. A Ansiedade na Pessoa com Doença Mental .....	16
1.2. Emoções e Regulação Emocional .....	19
<b>2. Modelos Teóricos de Enfermagem: Contributos para a Intervenção</b> 23	
2.1 O Modelo Teórico de Hildegard Peplau – Teoria das Relações Interpessoais ...	23
2.2 O Modelo Teórico de Betty Neuman – Teoria dos Sistemas .....	25
<b>3. A Intervenção Especializada Centrada no Corpo</b> .....	<b>28</b>
3.1. Movimento Expressivo .....	28
3.2 O Relaxamento .....	30
3.2.1 O Relaxamento pela Respiração Diafragmática .....	32
<b>Capítulo II: IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO</b> .....	<b>34</b>
<b>4. Metodologia</b> .....	<b>34</b>
4.1 Objetivos .....	34
4.2 Caracterização dos Locais de Estágio.....	34
4.2.1 Caracterização do Contexto de Internamento .....	35
4.2.2 Caracterização do Contexto Comunitário .....	35
4.3 Participantes .....	36
4.4 Questões Éticas e Legais.....	36
4.5 Instrumentos Utilizados .....	37
4.5.1 Movimento Expressivo.....	37
4.5.2 Relaxamento .....	38
4.5.3 Tabela de Indicadores de Resultado NOC .....	38
4.5.4 Escala STAI-Y.....	39
4.5.5 Questionário de Caracterização dos Participantes .....	40
4.5.6 Questionário de Avaliação de Satisfação.....	41
4.5.7 Jornal de Aprendizagem e Reflexões Críticas.....	41
4.6 Descrição e Avaliação das Intervenções Desenvolvidas .....	42
4.6.1 Movimento Expressivo.....	42



<b>4.6.2 Relaxamento</b> .....	<b>46</b>
<b>5. Desenvolvimento de Competências Inerentes ao EESMP e Mestre</b> .....	<b>51</b>
<b>6. Limitações e Questões Emergentes</b> .....	<b>54</b>
<b>Capítulo III: CONCLUSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>58</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>65</b>
<b>Apêndice I:</b> Cronograma de Atividades	
<b>Apêndice II:</b> Planeamento de sessões de movimento expressivo	
<b>Apêndice III:</b> Plano de sessão de relaxamento	
<b>Apêndice IV:</b> Guião de sessão de relaxamento pela respiração diafragmática	
<b>Apêndice V:</b> Tabela de avaliação de resultados baseada em indicadores de resultado NOC	
<b>Apêndice VI:</b> Questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes	
<b>Apêndice VII:</b> Questionário de satisfação	
<b>Apêndice VIII:</b> Jornal de aprendizagem I	
<b>Apêndice IX:</b> Jornal de aprendizagem II	
<b>Apêndice X:</b> Reflexão Crítica	
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I:</b> STAI-Y Forma 2	
<b>Anexo II:</b> Certificado de presença em Webinar “A Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência”	
<b>Anexo III:</b> Certificado de presença em Webinar “A Enfermagem de Saúde Mental no Idoso”	
<b>Anexo IV:</b> Certificado de presença em Webinar “A Enfermagem de Saúde Mental nos Comportamentos Aditivos e Dependências”	
<b>Anexo V:</b> Certificado de presença em Webinar “Estratégias de gestão emocional dos enfermeiros em tempos de covid-19”	

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Comparação de resultados obtidos pela aplicação da STAI-Y Forma 2 no início e final do programa de movimento expressivo .....	<b>45</b>
<b>Tabela 2.</b> Tabela de evolução de resultados NOC nas sessões de movimento expressivo .....	<b>45</b>
<b>Tabela 3.</b> Tabela de evolução de resultados NOC nas sessões de relaxamento .....	<b>49</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Gráfico comparativo de valores médios de TA Sistólica.....	<b>48</b>
<b>Gráfico 2.</b> Gráfico Comparativo de Valores médios de TA Diastólica .....	<b>48</b>
<b>Gráfico 3.</b> Gráfico Comparativo de Valores médios de FC .....	<b>48</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, integrado no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Os alicerces e ponto de partida para o seu desenvolvimento configuram-se no projeto de estágio previamente elaborado com o tema “Ansiedade na pessoa com doença mental: proposta de intervenção especializada centrada no corpo”. Neste âmbito, procurei compreender a vivência da ansiedade na pessoa com diagnóstico de doença mental, presente não só nas perturbações de ansiedade, mas também noutras perturbações do foro mental, e visei o desenvolvimento da intervenção de enfermagem especializada centrada no corpo, tanto pelo movimento expressivo, como pelo relaxamento, enquanto estratégias que visam a redução da mesma.

A escolha do tema relacionou-se com o contexto onde tenho desenvolvido a minha prática profissional: a área de oncologia, onde a problemática da ansiedade apresenta elevada prevalência, na medida em que, de acordo com Pais (2004), o cancro se constitui como uma doença que origina distúrbios não apenas de ordem física, mas também psíquica e emocional, que se compreendem como desafios que requerem a necessidade de ajuste psicológico e emocional. A doença oncológica constitui-se, por isso, como profundamente desafiante não só para as pessoas acometidas pelo diagnóstico, tratamentos, gestão da doença, e alterações de vida que deles decorrem, mas também para as suas famílias e pessoas significativas. A minha prática profissional diária assegura-me que muito se faz com vista ao ajuste emocional adaptativo tanto do doente oncológico, como da família e grupo em que este se insere, no âmbito dos cuidados de enfermagem gerais. No entanto, dados os enormes desafios psicológicos e emocionais que estão associados à doença oncológica, o desenvolvimento de competências em cuidados especializados no âmbito da ESMP constituem-se como essenciais. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) sustenta esta ideia defendendo que as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

A ansiedade compreende-se como uma condição capaz de impactar fortemente na qualidade de vida e na sensação de bem-estar das pessoas que a vivenciam, com repercussões inquestionáveis na saúde dos indivíduos (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Deste modo, o desenvolvimento da capacidade de identificação de sintomas relacionados com ansiedade e a capacitação do indivíduo para a regulação dos mesmos, compreende-se como essencial com vista à potenciação de um nível de funcionamento individual mais adaptado e satisfatório, com impacto ao nível da saúde do alvo dos cuidados de enfermagem. De ressaltar, também, o aumento da incidência de perturbações do foro mental na população portuguesa, das quais se destacam as perturbações de ansiedade, com um evidente aumento de incidência ao longo dos anos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017), constituindo-se assim, na sociedade atual, como uma problemática premente de atenção e intervenção.

Este relatório de estágio procura espelhar o percurso percorrido no contexto das práticas clínicas e as aprendizagens inerentes, com vista à compreensão da problemática em análise e à aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, definidas pelo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2018). Assim, a finalidade deste trabalho académico prende-se com o desenvolvimento de competências no âmbito da ESMP e compreende como principal objetivo desenvolver cuidados especializados à pessoa com doença mental com vista à redução da ansiedade, através de intervenções especializadas centradas no corpo, com recurso ao movimento expressivo e ao relaxamento. Como objetivos específicos foram definidos: compreender a vivência da ansiedade na pessoa com doença mental; aprofundar a relação terapêutica com a pessoa com doença mental e com ansiedade manifesta; dinamizar intervenções de âmbito psicoterapêutico, com vista à redução da ansiedade da pessoa com doença mental e ansiedade, com recurso a mediadores centrados no corpo.

Os campos de estágio onde foi desenvolvida a componente prática para a concretização da finalidade e objetivos definidos, foram um serviço de internamento e outro de âmbito comunitário, ambos na área de Lisboa. As práticas clínicas decorreram de 23 de Novembro a 30 de Abril e a população com que tive oportunidade de contactar incluiu indivíduos com diferentes patologias do foro mental e em diferentes fases de evolução da doença, da cronicidade à fase de reabilitação e reinserção na comunidade, o que se constituiu como profundamente enriquecedor, na medida em que possibilitou o acesso a um amplo leque de contextos, com marcadas diferenças e focos de atenção distintos, promotores de inúmeras aprendizagens, relacionadas com os diferentes espectros de intervenção.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas para o EESMP irei descrever, analisar e avaliar as intervenções desenvolvidas. Assim, para a apresentação dos conteúdos a que se refere, o presente relatório de estágio encontra-se organizado num primeiro capítulo que se remete à fundamentação teórica dos principais conceitos subjacentes à temática,

nomeadamente a doença mental, a ansiedade na pessoa com perturbação mental e as emoções e processo de regulação emocional que lhe está subjacente. Desenvolvem-se, posteriormente, num seguinte subcapítulo, os contributos da teoria de enfermagem para uma adequada intervenção, com especial enfoque na teoria de Hildegard Peplau, pela teoria das relações interpessoais, pelo destaque que atribui à dimensão relacional entre utente e enfermeiro, e à reflexão interna e ao autoconhecimento do enfermeiro; e na teoria de Betty Neuman, com a teoria dos sistemas, pelo enfoque na capacidade do individuo no estabelecimento do reequilíbrio do seu sistema, constituindo-se o enfermeiro como elemento auxiliador no processo de homeostasia. Por fim, será desenvolvida a fundamentação teórica relativamente às estratégias de intervenção centrada no corpo pelo movimento expressivo e pelo relaxamento. No segundo capítulo será desenvolvida a metodologia utilizada para a colheita de dados, análise dos mesmos e interpretação dos resultados obtidos, posteriormente contemplará um retrato sobre a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas para o EESMP, e, por fim, abordar-se-ão as limitações identificadas ao percurso, bem como as questões emergentes decorrentes do mesmo. Termina com o terceiro capítulo referente às conclusões, ao qual se seguem as referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

A redação deste relatório baseia-se no novo acordo ortográfico e a sua organização e formatação será realizada de acordo com as Normas APA- 7ª edição.

## ***Capítulo 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO***

### **1. A Doença Mental**

O conceito de doença mental foi sendo definido ao longo dos anos por diferentes autores. Assim, para Townsend (2011) a doença mental pode definir-se como um conjunto de respostas desajustadas a fatores de stresse do ambiente interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e que interferem no funcionamento social, ocupacional e / ou físico do indivíduo. Por outro lado, o DSM-5 (APA, 2014) designa a doença mental como um transtorno mental e defende que é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento, subjacentes ao funcionamento mental. Acrescenta que ao transtorno mental está associado sofrimento ou incapacidade individual significativa, com impacto não só as atividades sociais e profissionais, mas também noutras atividades importantes da vida quotidiana do indivíduo. Mais recentemente, encontramos a definição apresentada por Sequeira & Sampaio (2020), que definem a doença mental como uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental, resultado de um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando na pessoa doente incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais e/ou comunitário). Apesar das diferenças entre as definições apresentadas, parece haver consenso relativamente ao impacto da situação de doença mental para o indivíduo, assim como na sua capacidade de interação com o meio em que insere, com conseqüente impacto na família/ pessoas significativas e comunidade em que aquele se insere, por incapacidade em manter o desempenho dos seus papéis familiares e sociais.

Tanto a DGS (2017) como a WHO (2019) acrescentam um aspeto importante ao conceito de doença mental, ao defender que os problemas de saúde mental se constituem, atualmente, como a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade e morte prematura. A somar ao marcado impacto da doença mental no funcionamento individual e conseqüentemente no grupo em que este se insere, encontra-se a marcada prevalência da doença na população. Segundo a World Health Organization (WHO) (2019) mais de 80% da população mundial experiência condições de doença mental sem acesso

a cuidados de saúde mental especializados, com contributo claro para níveis mais baixos de saúde, morte prematura, violação dos direitos humanos e consequências económicas negativas nacionais e globais. De acordo com a União Europeia (2018), Portugal é o quinto país com maior prevalência de problemas de saúde mental, em que 18,4% da população sofre de doença mental, onde se inclui a ansiedade. Por outro lado a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) (2020) defende que Portugal é o segundo país da europa maior numero de doenças mentais diagnosticadas, acrescentando que 23% das doenças diagnosticadas são do foro mental. Também a Joint Action on Mental Health and Wellbeing, (2016) assegura que os problemas de saúde mental estão a aumentar em todo o mundo representando uma elevada sobrecarga para os indivíduos, sociedade e para a economia das mesmas.

A DGS (2017) assegura que uma significativa percentagem das pessoas com doença mental grave permanece sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção, tais como programas de tratamento e de reabilitação psicossocial, hoje considerados essenciais, concluindo-se assim, a inexistência de equidade no acesso aos cuidados de saúde mental.

Face ao exposto, compreende-se que a doença mental apresenta uma elevada prevalência em todo mundo e que Portugal se constitui como um país que segue a tendência mundial. A problemática da doença mental manifesta-se a nível individual e acarreta profundo sofrimento pessoal, com marcadas consequências para o grupo familiar, rede de suporte social, e consequentemente para toda a sociedade, na medida em conduz a um elevado nível de incapacidade e morbilidade, compreendendo-se deste modo, como uma área de cuidado que requer premente intervenção.

### **1.1. A Ansiedade na Pessoa com Doença Mental**

Bandelow e Michaelis (2015), citado por Telles Correia & Brites (2020), defendem que cerca de 33,7% da população mundial sofre de ansiedade em algum momento da sua vida. Para a WHO (2019) a ansiedade, num nível de intensidade capaz de impactar nas atividades de vida do indivíduo, apresenta-se como uma das perturbações mais frequentes em todo o mundo, com uma prevalência de 3,6%, e assume-se como a perturbação mental mais comum entre as mulheres, quando em comparação com os homens, com uma taxa de incidência de 4,6% para 2,6%. Portugal segue a tendência mundial, na medida em que são as perturbações de ansiedade que se apresentam com maior prevalência, em cerca de 16,5% (Conselho Nacional de Saúde



[CNS], 2019). A SPPSM (2020) defende que em Portugal as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada com 16,5 % e a WHO (2017) acrescenta que cerca de 1/3 dos casos sintomáticos de ansiedade se categorizam de moderados a graves. Caldas de Almeida (2018) corrobora esta ideia a nível nacional, na medida em que defende que se verifica uma prevalência de 5,3% de perturbações de ansiedade ligeira, 8% de perturbações de ansiedade moderada e 3,2% de perturbações de ansiedade grave. A prevalência de ansiedade tem aumentado nos últimos anos, e constata-se que as novas gerações parecem ter cada vez mais problemas relacionados com esta perturbação mental (APA, 2017 citado por Telles Correia & Almeida Brites, 2020).

Segundo Telles Correia (2018) o termo ansiedade vem do latim “*anxius*” que significa “preocupado”, “perturbado”, e caracteriza-se por um fenómeno que integra reações psicológicas, tais como o medo e a preocupação; e físicas que incluem a tensão muscular, os suores, tremores, entre outro tipo de sintomatologia física.

Rebelo & Carvalho (2014) entendem que a ansiedade se remete a uma emoção experienciada por todos os Seres Humanos, nas mais variadas situações do dia-a-dia, sendo parte integrante da condição Humana. Perante a perceção de um perigo ou medo, a experiência de ansiedade é acompanhada por reações fisiológicas e psicológicas, que induzem o Ser Humano ao desenvolvimento de competências e à procura de estratégias para lidar melhor com a situação e, desse modo, alcançar os seus propósitos (Graziani, 2005). A ansiedade apresenta-se como um conjunto de emoções que funcionam de forma positiva, uma vez que acelera os reflexos e a atenção (Mental Health Foundation, 2014). Nesta perspetiva, e até certa medida, a ansiedade é fundamental para o desenvolvimento e sobrevivência humana uma vez que, em última instância, motiva a escolha perante uma situação de medo. No entanto, ultrapassando um certo grau de intensidade e duração, a ansiedade fomenta o sentimento de maior vulnerabilidade individual, conduzindo a um estado de hipervigilância em que qualquer estímulo é tido como possível perigo, e conduz a respostas caracterizadas por maior irritabilidade e pouca tolerância à frustração (Figueira, Sampaio & Afonso, 2014). Passa, deste modo, a ser um sintoma que interfere com o funcionamento e com a capacidade de satisfação na vida quotidiana do indivíduo, causando sofrimento, e tornando-se numa perturbação de cariz patológico (Townsend, 2011). Por outro lado, a APA (2014) define ansiedade como uma resposta emocional a um medo/ameaça iminente, real ou percebida, ou perante a antecipação de uma ameaça futura, considerando-a como uma perturbação quando o medo e as sensações associadas, conduzem a um comportamento perturbado e interferem no papel social e ocupacional do indivíduo.

Um grande número de pessoas com perturbação de ansiedade evita situações que lhes possam desencadear sintomas ansiosos e, assim, passam a viver de forma muito restrita, prejudicando o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Frequentemente, na prática clínica, encontram-se pessoas com sintomas ansiosos com manifestações somáticas, como é exemplo a taquicardia, sudorese, aumento de tensão arterial, dispneia, tonturas, cefaleias, dores musculares generalizadas, entre outras; cognitivas, como é o caso da sensação de medo, relacionado com questões objetivas ou mais subjetivas e ambíguas, tais como o medo de ocorrer algo, o medo de ficar doente, ou o medo de ficar sozinho; e ainda comportamentais, que se manifestam em comportamentos de evitamento, relacionados com situações que espoletam o quadro de ansiedade. A presença dos sintomas ansiosos pode ser intensa e duradoura, assumindo-se como um estado de espírito constante, que resulta de um encadeado de pensamentos negativos que o indivíduo não consegue interromper (Telles Correia, 2018).

Segundo Peplau (1963), citada por Townsend (2011), a ansiedade pode ser classificada em quatro níveis: leve, moderada, grave ou pânico, de acordo com a sua intensidade e com as limitações que provoca na vida diária do indivíduo, sendo que, segundo Telles Correia (2018), não existe um limite rígido entre ansiedade fisiológica e patológica. Os transtornos de ansiedade categorizam-se e diferem entre si consoante as situações ou objetos que incitam o medo, a ansiedade, os comportamentos de fuga e a associação que fazem entre eles, podendo ser distinguida em vários níveis, tendo em consideração os sintomas apresentados e as respostas comportamentais individuais (APA, 2014).

Spielberg (1985) introduz uma importante nuance à temática da ansiedade na medida em que, dentro desta, faz a distinção entre o que definiu enquanto ansiedade-traço (AT) remetendo-se à ansiedade enquanto modo habitual e consistente da pessoa reagir, e a ansiedade-estado (AE), quando pontualmente a pessoa reage demonstrando ansiedade. Assim, a AE caracteriza-se pelo desencadeamento de um estado emocional transitório (Veríssimo, 2010), e manifesta-se por “sentimento subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação” resultantes da ativação do sistema nervoso autónomo (Silva, 2006, p.48). Por outro lado, a AT está relacionada com a predisposição para a ansiedade, inerente a cada pessoa, “para perceber situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras, e para a inclinação a reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade” (Spielberger, 1994 citado por Silva, 2006, p. 48). Segundo Veríssimo (2010), AT remete-se ao modo habitual da pessoa reagir, o que lhe confere numa característica permanente e estável.

No seguimento a esta ideia, também Telles Correia (2018) defende que a ansiedade pode ter um carácter hereditário, tornando o indivíduo mais propenso para o desenvolvimento de

quadros patológicos de ansiedade, que pode ser aprendido pela observação de comportamentos ansiosos, nos pais, por exemplo. Por outro lado, o mesmo autor defende que existem pessoas que desenvolvem quadros de ansiedade importantes apenas em determinados momentos da sua vida, nomeadamente, quando fatores externos são percebidos como momentos de crise, como por exemplo uma rutura amorosa, a morte de um ente querido, problemas laborais, entre outros. O mesmo autor defende ainda a possibilidade de desenvolvimento de quadros de ansiedade em fases de vida específicas por questões biológicas ou existenciais, tais como a menopausa nas mulheres, a andropausa nos homens, ou a chegada à meia idade em ambos os sexos.

Compreende-se, assim, que as causas da ansiedade podem estar relacionadas tanto com fatores genéticos, como com o ambiente em que o indivíduo se insere, não podendo apontar-se uma causa única para o desenvolvimento da vivência da ansiedade patológica, mas ver-se como o resultado da interação contínua entre o que é biológico e o que vai acontecendo ao longo da vida do indivíduo, na interação deste com o ambiente. Teles Correia (2018) introduz ainda um importante aspeto relativamente às causas da ansiedade, que se remete ao simbolismo e, conseqüentemente, à importância que cada indivíduo atribui a determinados acontecimentos de vida, que em tudo estão relacionados com as suas experiências anteriores, modulando o seu impacto a nível individual.

Tendo em conta a incidência crescente das perturbações de ansiedade na sociedade, bem como o impacto da mesma para o indivíduo, no seu bem-estar e na interação que este estabelece com o meio em que se insere, torna-se essencial a compreensão dos aspetos que poderão estar na sua origem e das formas como esta se pode manifestar, com vista a uma adequada intervenção.

## **1.2. Emoções e Regulação Emocional**

Para a compreensão do que está subjacente à vivência da ansiedade, importa compreender os mecanismos que se encontram na sua génese, e que se relacionam com a emoção e a capacidade que o indivíduo deve desenvolver ao longo da vida no sentido do seu autoconhecimento e da tomada de consciências das suas próprias emoções.

Para Goleman (2012) emoção refere-se a um sentimento e aos raciocínios que dele derivam, estados psicológicos e biológicos e um leque de propensões para a ação. Vaz (2009) acrescenta que elas são essenciais para a resolução de uma série de situações, podendo alterar-

-se tendo em conta o contexto em que o indivíduo se encontra. Para Damásio (2001) as emoções resultam de uma componente inata, são sedimentadas pela história evolutiva do indivíduo e servem de marcadores das experiências diárias, sem as quais a compreensão dos fenómenos ficaria incompleta, sendo um elemento essencial para a tomada de decisão e para a resolução de problemas, uma vez que se apresentam como parte essencial do processo adaptativo individual, com o propósito do organismo se manter vivo.

Goleman (2012) defende que existem centenas de emoções e que destas advém muitas mais, alegando existirem mais emoções do que aquelas que poderiam ser descritas por palavras. Identifica algumas delas como primárias ou nucleares, tais como: a ira, a tristeza, o medo, o prazer, o amor e a surpresa. Damásio (2013) acrescenta ainda ao conceito de emoções primárias o conceito de emoções secundárias ou sociais, tais como a vergonha, o ciúme, a culpa, ou o orgulho, que resultam de associações entre as emoções primárias. O mesmo autor categoriza ainda um terceiro tipo de emoções que denomina de emoções de fundo, e que se remetem ao bem-estar ou mal-estar, à calma ou tensão, e que são manifestadas e percebidas por quem o rodeia, pela linguagem não verbal, a postura, a velocidade e contorno dos movimentos e pelo grau de contração dos músculos faciais.

Cruvinel e Boruchovit (2010) acrescentam que são as situações com que a pessoa se depara diariamente, que despertam nela emoções e que produzem uma resposta no organismo, que visa a adaptação e o restabelecimento do equilíbrio, com vista à homeostasia e consequente, ao bem-estar físico, psíquico e emocional do indivíduo. Vaz (2009) corrobora esta ideia na medida em que, para o autor, quando o contexto envolvente se mostra diferente do esperado, as emoções podem despertar uma sensação de mal-estar, e que é através de estratégias de regulação, que se proporciona a possibilidade de adaptação, tornando as emoções congruentes com as situações. Damásio (2013) defende que todos os objetos que rodeiam o indivíduo são capazes de desencadear emoções fortes ou fracas, boas ou más, conscientemente ou não. Bradberry e Greaves (2017) corroboram esta ideia, na medida em que defendem que praticamente todas as situações a que o indivíduo está exposto provocam uma reação emocional, consciente ou não, com diferentes graus de intensidade, em que quanto mais intensa for a emoção maior a probabilidade de esta ditar o comportamento individual. No entanto, os mesmos autores defendem que existe um deficit global na compreensão e gestão das emoções individuais, suportados nos resultados obtidos por uma testagem que realizaram a um grupo de pessoas, em que apenas 36% dos indivíduos foram capazes de identificar corretamente as suas próprias emoções, no momento em que ocorreram. Os resultados obtidos sugerem, assim, que

dois terços da população vive controlada por emoções sem ter a capacidade de as identificar, modelar e utilizar em seu benefício.

Damáσιο (2013) identificou regiões do cérebro como desencadeadoras da emoção, que inclui a amígdala, que funciona como uma interface importante entre os estímulos visuais e auditivos competentes e o desencadear de emoções, podendo entrar em funcionamento mesmo quando o indivíduo não está consciente da presença de um estímulo competente para despoletar determinada emoção.

Bradberry e Greaves (2017) defendem que o ser humano é tendencialmente emocional e que, face a um acontecimento, a primeira reação tende a ser emocional, perante a qual a capacidade de controlo individual é nula. O controlo só é passível de existir relativamente aos pensamentos que seguem a emoção, mas para tal é necessário o desenvolvimento de capacidade de identificação dessa emoção inicial.

A identificação das emoções, e a regulação dos pensamentos que delas decorrem, introduz um conceito de extrema importância relacionado com a regulação emocional. Segundo Gross (1998) a regulação emocional refere-se aos processos pelos quais o indivíduo influencia as suas emoções, e à forma e momento como as experiencia e expressa. Santana e Gondim (2016) remetem-se ao conceito de regulação emocional enquanto processo dinâmico intrínseco ligado a esforços conscientes, que visam o controle dos comportamentos, sentimentos e emoções para que algum objetivo seja alcançado.

As estratégias de regulação emocional desenvolvem-se gradualmente na infância e adolescência e constituem-se como um importante recurso para as exigências adaptativas inerentes à vida humana (Cruvinel & Borichovitch, 2010). São, também, consideradas essenciais na medida em que minimizam o risco de desenvolvimento de comportamentos problemáticos e auxiliam no desenvolvimento saudável e harmonioso dos indivíduos no contexto do estabelecimento e manutenção das relações interpessoais (Gondim & Borges-Andrade, 2009).

Importa salientar que regulação emocional e controlo emocional não são equivalentes, na medida em que o controlo emocional se remete à tendência em evitar experiências internas negativas, que pode estar na origem do desenvolvimento de diferentes quadros psicopatológicos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Por outro lado, a ideia de regulação emocional assenta na capacidade de reconhecer e compreender emoções individuais e, a partir dessa consciência, gerir a resposta comportamental (Bradberry e Greaves, 2017).

No entanto, para além dos processos de autoconhecimento e de regulação emocional, são também essenciais o desenvolvimento de aptidões sociais que se remetem à tomada de consciência social e ao desenvolvimento de capacidades de gestão das relações, procurando compreender os outros, os seus comportamentos e as suas motivações, e com isso melhorar a qualidade das relações que se estabelecem.

Como vimos torna-se essencial que o indivíduo desenvolva consciência e compreensão das suas emoções, as aceite, e valorize as suas reações emocionais, mantendo o foco no desenvolvimento de estratégias regulatórias individuais mais satisfatórias e efetivas, relativamente aos estímulos externos que visam não evitar as situações promotoras de ansiedade, mas sim promover o desenvolvimento de estratégias de regulação e ajuste emocional e, conseqüentemente, funcional.

## **2. Modelos Teóricos de Enfermagem: Contributos para a Intervenção**

A relação entre a teoria e a prática clínica é necessária para a continuidade do desenvolvimento da enfermagem como profissão e ciência (Bouso, Poles & Monteiro da Cruz, 2013), na medida em que os modelos e as teorias de enfermagem visam explicar um conjunto de proposições inerentes a diferentes situações dos cuidados de enfermagem, e são capazes de orientar a prática, melhorando-a e sustentando-a (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005). A teoria de enfermagem é, assim, essencial para “guiar o enfermeiro nos papéis de educador, pesquisador e assistencial, e também, para fortalecer a íntima relação entre esses múltiplos papéis.” (Santos, Oliveira & Pagliuca, 2004, p. 114).

Considerando a área de atenção em questão, o contexto, o alvo dos cuidados e as intervenções de enfermagem inerentes foram escolhidos os modelos de Hildegard Peplau, com a teoria das relações interpessoais, e de Betty Newman, com a teoria dos sistemas, para apoiar os cuidados de enfermagem prestados, organizando, apoiando e conduzindo a prática de enfermagem, tendo em conta os resultados pretendidos.

### **2.1 O Modelo Teórico de Hildegard Peplau – Teoria das Relações Interpessoais**

A Teoria das Relações Interpessoais foi publicada em 1952, por Hildegard Elizabeth Peplau, e desenvolve especial enfoque no potencial terapêutico existente no relacionamento interpessoal que se estabelece entre o cliente e o enfermeiro. Esse enfoque permitiu que a enfermagem se afastasse da orientação para a doença e procurasse aproximar-se da exploração do significado psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos do utente e os incluísse nas intervenções de enfermagem. Concedeu, assim, à enfermagem a possibilidade de conduzir os doentes a vivenciarem os seus sentimentos e a explorar com eles o modo de lidar com os mesmos.

Esta teórica considera o Ser Humano como um organismo que vive num equilíbrio instável com o ambiente em que se insere em busca da sua realização pessoal, e considera que este se encontra em desenvolvimento e se esforça para reduzir a ansiedade provocada pelas suas necessidades não satisfeitas (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). A mesma autora define como ambiente as forças existentes no exterior do organismo, no contexto cultural em que ele

se insere, a partir do qual a moral, os costumes e as crenças são adquiridos. No entanto, as condições gerais suscetíveis de conduzirem à saúde incluem sempre o processo interpessoal entre enfermeiro e doente, e defende que a principal forma como o enfermeiro influencia o cuidar do cliente é através do uso que faz de si no estabelecimento da relação, pela adoção de diferentes papéis ao longo da mesma, que visam a criação de um propósito comum, promotor do crescimento mútuo individual e conjunto (Howk, 2004).

Segundo Peplau (1952), citada por Belcher & Fish (2000), identificam-se as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade como conceitos importantes no âmbito dos cuidados de enfermagem, e estes conceitos são abordados para que ocorra crescimento do paciente e do enfermeiro.

A teoria das relações interpessoais introduz na enfermagem o conceito de “enfermagem psicodinâmica” que se remete ao relacionamento dinâmico que se estabelece entre enfermeiro e cliente, em que este é entendido como um parceiro no processo de enfermagem, competindo ao enfermeiro envolver, reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão sobre o que o doente vivencia, o que só acontece quando o enfermeiro se relaciona efetivamente com o cliente (O’ Toole & Welt, 1996).

Peplau defende a existência de quatro fases distintas no estabelecimento da relação entre cliente e enfermeiro que, apesar de independentes, se sobrepõem e decorrem ao longo da relação. São elas a fase de orientação, identificação, exploração e resolução. Cada uma destas fases caracteriza-se por um conjunto de funções, ligadas aos problemas de saúde identificados e evoluem à medida que o enfermeiro e o paciente aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver as dificuldades. Em cada uma das fases são definidas as tarefas e os papéis exigidos ao enfermeiro nas distintas situações (Peplau, 1990). Assim, na fase de orientação o indivíduo tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional. Neste estágio o enfermeiro ajuda o doente a reconhecer, compreender o problema e a determinar a sua necessidade de ajuda. Na fase de identificação o enfermeiro permite a exploração de sentimentos do utente, de modo a ajudá-lo a passar pela doença, como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade do indivíduo e fomenta a sua satisfação. Na fase da exploração mantém-se a relação, de modo a que o doente retire toda a mais valia possível da mesma, projete os novos objetivos que se esperam alcançar pelo seu esforço pessoal, num caminho de empoderamento do utente. Na fase de resolução o mesmo coloca gradualmente de parte os objetivos antigos e adota os novos, libertando-se simultaneamente da identificação com o enfermeiro (Tomey & Alligood, 2004).



Ao longo das diferentes fases da relação enfermeiro-cliente, o enfermeiro assume diferentes papéis, tais como o de estranho, papel de pessoa de recurso, professor, líder, substituto e conselheiro, auxiliando o processo de aprendizagem da pessoa e promovendo a participação ativa da mesma nas suas atividades de vida, com vista a sua atuação independente. O papel de estranho pressupõe que o enfermeiro trate o utente com cortesia, o que envolve partir do reconhecimento do mesmo como pessoa emocionalmente capaz. O papel de pessoa de recurso remete-se à prestação de informação necessária, com vista a ajudar o utente na compreensão do seu problema, em que o enfermeiro determina o tipo de resposta com vista a uma aprendizagem construtiva. O papel de professor relaciona-se com a averiguação do que o utente já sabe, e procura desenvolver o seu interesse e a sua capacidade para usar a informação. O papel de líder visa o auxílio ao doente através do estabelecimento de uma relação de cooperação e participação ativa através de um processo democrático. No papel de líder substituto o enfermeiro ajuda o utente, permitindo-lhe re-experimentar e examinar genericamente antigos sentimentos gerados em relações anteriores, ressignificando o papel de autoridade e rivalidade, e permite reorientar os seus sentimentos relativamente aos mesmos. O papel de conselheiro depende da relação que o enfermeiro estabelece com o doente e visa que o enfermeiro ajude o doente a lembrar e a compreender o que lhe está a acontecer, bem como ultrapassar a situação de forma positiva. (Howk, 2004).

Nesta teoria a base dos cuidados de enfermagem está no estabelecimento da relação entre enfermeiro e cliente, e a postura que aquele assume interfere direta e consideravelmente com o que o cliente irá apreender durante o processo de cuidado. A ajuda no desenvolvimento e amadurecimento do cliente exige a utilização de princípios e métodos que facilitem o processo de resolução de problemas ou dificuldades.

## **2.2 O Modelo Teórico de Betty Neuman – Teoria dos Sistemas**

O Modelo de Sistemas, proposto por Betty Neuman, foi desenvolvido em 1970 e permitiu ampliar a visão da enfermagem, orientando-a para o holismo e para o bem-estar, na medida em que contempla o indivíduo como multidimensional e define como cliente a pessoa, a família, o grupo, a comunidade ou o assunto, que visa a compreensão da interação do cliente com o ambiente considerando-o na sua totalidade.

Na perspectiva de Neuman o alvo dos cuidados de enfermagem é tido como um sistema aberto, que está em constante interação com o ambiente em que se insere, trocando energia com ele, enquanto forma de reação perante a exposição a elementos stressores, com o propósito de manter a sua homeostasia (Neuman & Fawcett, 2011). Os agentes stressores são, assim, estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema, podendo ser forças intrapessoais, quando ocorrem no indivíduo, como respostas condicionadas; forças interpessoais, quando ocorrem entre um ou mais indivíduos, e forças extrapessoais, quando se verificam fora do indivíduo. Por outro lado, podem ser conhecidas, desconhecidas ou universais, positivas ou negativas, e diferem no seu potencial para perturbar a estabilidade habitual ou a linha de defesa normal do indivíduo (Tomey & Alligood, 2004).

Lowry & Aylward (2015) acrescentam que o esforço ou dispêndio de energia associado à estratégia do doente para responder a uma situação, pode alterar o seu estado dinâmico de estabilidade, que acaba por se exprimir sob a forma de bem-estar ou de um estado de doença em diferentes graus. O bem-estar é, assim, compreendido como um contínuo, que vai desde o maior grau de bem-estar até uma doença grave ou a morte, sendo que a saúde aumenta ou diminui a par do nível de bem-estar.

Neuman & Fawcett (2011) defendem a existência de uma linha de defesa normal, da linha de defesa flexível e de linhas de resistência internamente ao sistema, designado de *core*, que têm a função de proteger a estrutura básica do sistema e favorecer a sua adaptação ao meio. Por linha de defesa normal entende-se a variedade normal de respostas que o indivíduo desenvolve face ao ambiente em que se insere, e pode ser usada como padrão a partir do qual se mede o desvio de saúde. A linha de defesa flexível representa um protetor do sistema para impedir que os agentes stressores impactem no bem-estar do indivíduo, e apresenta alguma capacidade de adaptação. Por linhas de resistência entendem-se os fatores de resistência internos do indivíduo que visam proteger o sistema nuclear básico e remetem-se aos fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor, estabilizar e devolver ao indivíduo um novo estado de bem-estar, idealmente superior ao anterior (Tomey & Alligood, 2004).

No entanto, quando as linhas de resistência são afetadas, pode ocorrer um esgotamento de energia que se manifesta em doença, sendo necessárias intervenções terapêuticas que intercedam nesse processo ou amenizem os seus sinais e sintomas. Segundo Newman, as intervenções de enfermagem procuram ajudar o cliente a reter, atingir e /ou manter a estabilidade do sistema, e podem ocorrer tanto na fase de reação como de reconstituição, que se remete ao estado de adaptação ao agente stressor, e devem acontecer o mais precocemente possível (Tomey & Alligood, 2004). A autora defende três níveis diferentes de intervenção

nomeadamente a primária, a secundária e a terciária, que são utilizadas de forma circular e contínua. A prevenção primária deve ocorrer quando se identifica um stressor e ainda não existiu reação por parte do indivíduo, para que se fortaleça a linha de defesa flexível. A prevenção secundária remete-se à intervenção após a ocorrência de sintomas de stress, mobilizando os recursos internos do indivíduo com vista ao fortalecimento das linhas internas de resistência, redução da reação e aumento dos fatores de resistência. A prevenção terciária ocorre após o tratamento ativo, com vista à estabilidade do sistema e ao fortalecimento da resistência do indivíduo aos agentes stressores, como forma de evitar um novo estado de desequilíbrio (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria em análise foca-se na vivência de ansiedade e stress e defende que são os fatores ambientais, emocionais ou do quotidiano da pessoa que podem estar na origem da sua vivência de situação de doença. A autora defende que os fatores de risco ou de desequilíbrio podem ter diferentes origens, mas que são passíveis de ser identificados e trabalhados, de acordo com o levantamento de necessidades e intervenção específica da enfermagem, com o propósito de manter baixos níveis de ansiedade e consequentemente manter a estabilidade e integridade do sistema (Neuman, 1989). Neste sentido, a enfermagem assume-se como a área de conhecimento detentora do propósito de ajudar a pessoa a identificar os agentes stressores, os recursos internos e externos de que dispõe, com vista à sua adaptação, promovendo, deste modo, a maximização do seu nível de saúde ou bem-estar, enquanto sistema, preservando as suas linhas de defesa.

### **3. A Intervenção Especializada Centrada no Corpo**

Fonseca (2000) defende que a motricidade e o psiquismo não podem ser dissociados, assim como o comportamento humano do pensamento, na medida em que existe uma estreita e complementar síntese entre as competências motoras e as competências cognitivas do Ser Humano. Neste sentido, Fonseca (2000), citando Gardner (1983), defende que a integração dos sentidos do corpo, da mente e da expressão motora, oriunda do envolvimento do corpo e processada pelo cérebro, possibilita ao indivíduo que se mova adaptativa e criativamente, garantindo-lhe superiores condições de planificação e organização do comportamento. A interação de informação de dentro e de fora do corpo, pela pele e pelos sentidos, está na origem e na tomada de consciência do EU, assim como na capacidade de diferenciação entre o mundo subjetivo e objetivo, permitindo o estabelecimento do comportamento intencional (Fonseca, 2000).

Baseado nos pressupostos de que a vivência emocional e psicológica emerge do corpo, e que as mesmas impactam no comportamento Humano, irá ser desenvolvida uma intervenção especializada centrada na gênese da singularidade do indivíduo, através da promoção do movimento expressivo e do relaxamento, enquanto estratégias que visam impactar ao nível da ansiedade, melhorando o nível de saúde dos indivíduos, com impacto no seu bem estar, na capacidade de se adaptar ao meio, e conseqüentemente na funcionalidade individual e coletiva.

#### **3.1. Movimento Expressivo**

A American Dance Therapy Association (2014) define o movimento expressivo como a utilização do corpo para obtenção de resultados emocionais, cognitivos, físicos, psicológicos e de integração social do indivíduo, e defende a sua utilidade na área da saúde mental, ao nível da prevenção da doença e em programas de promoção da saúde, na medida em que incita à mudança positiva, ao desenvolvimento e ao aumento dos níveis de saúde.

Donorfio, Vetter & Vracevic (2010) defendem que o movimento expressivo é eficaz em quadros de stress e ansiedade, na medida em que promove a comunicação de emoções, sentimentos e pode contribuir para o desenvolvimento da sensibilidade ao outro, da consciência individual e do ambiente envolvente, com impacto também no estabelecimento da interação social. Santos (2011) acrescenta que o movimento expressivo pela dança é uma linguagem

simbólica que mobiliza as dimensões cognitivas, físicas e afetivas do ser humano, favorecendo a comunicação de pensamentos e emoções, levando a que a pessoa se perceba como um ser único, identifique as suas formas particulares de ser e funcionar, e posteriormente as repense e reconstrua. Cerruto (2007) acrescenta que a dança e o movimento expressivo procuram ajudar a pessoa a conhecer-se, a modificar-se de forma fluída, sem nenhum tipo de pressão externa ou formal, numa visão não interpretativa e não julgadora dos movimentos ou da expressão, e que o percurso a que conduz é interno e pessoal, na medida em que o indivíduo, ao encontrar-se com o outro, percebe o diferente, ampliando dessa forma o seu nível de consciência.

Ao longo da história já algumas teóricas de enfermagem relacionaram a enfermagem com a intervenção pela arte, tais como Carper, Collière, e Watson, constituindo-se como uma área de intervenção que procura transformar a experiência de saúde e conectar os indivíduos com o seu poder criativo e artístico (Lane, 2005; Lane 2006) Visa, assim, promover a expressão pessoal e a criatividade, num ambiente controlado, assente na relação terapêutica, e favorecer a capacidade de adaptação e o fortalecimento da capacidade de resiliência e suporte ambiental, onde as pessoas podem comunicar e trabalhar com as emoções, utilizando a forma de arte como um veículo para a auto-expressão, interação e mudança (Ahessy, 2013). Também Ravelin, Kylma, & Korhonen (2006) definem a promoção da dança na área específica de enfermagem em saúde mental, como uma forma de ajudar as pessoas a experimentarem a plenitude mental, física, social e espiritual.

Por outro lado, Santos (2011) defende a dança, enquanto intervenção de enfermagem promotora do movimento expressivo, como uma estratégia que procura trabalhar a conscientização do corpo e das tensões que tem acumuladas, e transformar o que o indivíduo tem internamente, num caminho desde o interior para o exterior. Neste sentido, as atividades não obedecem a um padrão externo ou coreografado, mas sim a um movimento corporal guiado pelo que se sente internamente, escutando a necessidade pessoal, respeitando limites e possibilidades individualmente e do outro. Cerruto (2007) corrobora esta ideia defendendo que o foco deste tipo de intervenção mantém-se sobre como o indivíduo se sente internamente e não em como ele se mostra externamente.

Pereira (2011) dá nota de um outro propósito na dança enquanto estratégia promotora de momentos de prazer, que com frequência se encontram diminuídos em situação de doença mental, conduzindo à melhoria do humor, à fomentação de mudanças de vida positivas e ao aumento da esperança, reconfigurando novas formas de experienciar o sofrimento mental.

Os grupos de pessoas a que se destinam este tipo de intervenção são muito vastos e vão desde as crianças, adolescentes, adultos e idosos, bem como os contextos em que pode ser dinamizada, desde hospitais, lares de idosos, centros de saúde mental e centros comunitários; tanto em situações de doença presente ou iminente, como estratégia que visa melhorar o nível de bem-estar e qualidade de vida (Ahessy, 2013).

Tendo em conta a evidencia científica existente que reitera as indicações e benefícios associados à dança, enquanto intervenção de enfermagem promotora do movimento expressivo, torna-se um contributo importante a sua integração na prestação de cuidados especializados à pessoa com doença mental, com vista a melhorar o seu nível de saúde e bem-estar e consequentemente a sua capacidade funcional no meio em que se insere.

### **3.2 O Relaxamento**

Payne (2003) define relaxamento como um estado de consciência através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress. Trata-se, assim, segundo Elias (2004), citado por Sequeira e Sampaio (2020), de uma intervenção com potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar e permite ao indivíduo desenvolver a capacidade de lidar com os sintomas físicos associados a quadros de ansiedade, visando a redução de estímulos e influenciando a perceção associadas ao sistema sensorial do corpo.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (O.E. 2015, p.17) definem a técnica de relaxamento como “um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado: ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial, a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde “.

Townsend (2011) defende que as técnicas de relaxamento resultam numa resposta fisiológica oposta à que é naturalmente dada pelo organismo em situações de ansiedade, advogando que esta intervenção física liberta o excesso de energia de maneira saudável. O mesmo autor define o relaxamento como uma abordagem que promove a diminuição da tensão ou da sua intensidade, conduzindo ao descanso do corpo e da mente, e considera que os

enfermeiros se encontram na posição ideal para poderem assistir o indivíduo na gestão das questões relacionadas com a ansiedade. Telles Correia & Almeida Brites (2020) apontam as técnicas de relaxamento como as mais eficazes na gestão de estados de ansiedade, na medida em que promovem o acesso da memória a informações positivas, fazendo com que seja mais fácil encontrar alternativas aos pensamentos associados ao perigo, interrompendo, deste modo, cadeias de pensamento promotoras de ansiedade. Masson (1986), citado por Leal (2005), refere que o relaxamento pretende restabelecer o traço de união entre a atividade consciente e inconsciente do cérebro, com vista a assegurar simultaneamente a unidade e o equilíbrio destas duas entidades, assentando na ideia de que qualquer ideia, impressão, sensação, uma vez percebida e trazida à consciência, pode ser julgada e modificada. Desta forma, cabe ao doente tomar consciência de todos os seus sentidos (audição, tato, respiração) em articulação com o controlo de imagens mentais e reeducação da vontade. O relaxamento assume, assim, três finalidades que se relacionam com a prevenção e proteção do organismo de patologias que decorrem de estados de stress intenso e prolongado, a redução da intensidade de stress sentido pela pessoa com doença orgânica, e ainda estratégia de *coping* para lidar com o stress, enquanto forma para acalmar a mente e possibilitar que o pensamento seja mais eficiente e eficaz (Titlebaum, 1988 citado por Payne, 2003), constituindo-se como uma via preventiva de situações de stress, com aumento e potenciação dos níveis de bem-estar, bem como, uma estratégia de intervenção quando os quadros de stress patológico estão instalados.

Leal (2005) defende que o relaxamento pode ser realizado por numerosos e distintos métodos, tais como: o treino autógeno de Schultz; o método de regulação do tónus muscular de Jacobson; o relaxamento por imaginação guiada; os relaxamentos dinâmicos ou ginástica doce (o T'ai-Chi-C'huan, o Yoga, o método de Moshe Feldenkrais, o método de Gerda Alexander, a biodinâmica e o método de Laura Mitchell) e os relaxamentos mentais (o zen, a meditação e a iluminação intensiva). Rangé e Marlatt (2008) acrescentam ainda outro tipo de relaxamento que pode decorrer de exercícios de técnica respiratória, descrito como relaxamento pela respiração diafragmática.

Sequeira e Sampaio (2020) defendem que, qualquer que seja o método escolhido, o objetivo transversal a todos eles é o autocontrolo do tónus muscular e da respiração, para que o utente consiga autorrelaxar-se, podendo reproduzir estas técnicas em situações potenciadoras de stress na sua vida diária. Os mesmos autores defendem ainda que, de forma geral, o relaxamento não tem contraindicações, com exceção do relaxamento por imaginação guiada, que não deve ser utilizado em utentes em estados psicóticos agudos ou com potencial para quadros de alteração da perceção.

Uma vez integrados os benefícios terapêuticos associados à técnica de relaxamento seguir-se-á um aprofundamento sobre o relaxamento pela respiração diafragmática

### **3.2.1 O Relaxamento pela Respiração Diafragmática**

Lowen (2007), citado por Vieira, Fernandes & Bernardo (2018), defende que as emoções atuam diretamente sobre o ritmo e profundidade da respiração e acrescenta que o estado de relaxamento está intimamente relacionado com um padrão respiratório lento e suave, enquanto que emoções fortes estão associadas a uma respiração forte e intensa. Com o aumento da tensão, a respiração perde profundidade, o que leva as pessoas a inspirar e prender a respiração quando estão com medo. Desta forma, o autor conclui que a respiração está diretamente relacionada com um estado de excitação do corpo, e que este é o reflexo da saúde emocional de uma pessoa. Um padrão respiratório profundo e pausado é libertador, por outro lado um padrão respiratório disfuncional está ligado a uma série de sintomas, tais como: ansiedade, irritabilidade, tensão, stress, fadiga e depressão. Também Telles Correia & Almeida Brites (2020) defendem que o relaxamento, quando combinado com técnicas de respiração, reduz a intensidade dos sintomas físicos relacionados com quadros de ansiedade.

Segundo Payne (2003) as vantagens associadas ao relaxamento pela utilização da respiração diafragmática são: a estimulação da atividade parassimpática em que fisiologicamente o organismo responde com diminuição dos valores de tensão arterial, frequência cardíaca, produção de adrenalina e glicose, idênticas às que acontecem quando o indivíduo vivencia situações de calma. Por outro lado, a técnica é de fácil aprendizagem e adequada para qualquer pessoa, mesmo para aquelas que têm mais dificuldade em recorrer a imagens mentais, e pode ainda ser realizada em qualquer local e momento em que seja necessário o alívio da tensão, com rapidez e segurança.

Vieira *et al.* (2018) somam outros benefícios ao relaxamento pela respiração diafragmática, nomeadamente, o aumento da função pulmonar, aumento da função auto-imune, aumento do fluxo de sangue e linfa, melhoria da digestão e da qualidade e padrão do sono, e ainda, aumento do bem-estar biopsicossocial e qualidade de vida. Lozano (2016) acrescenta que a prática de exercícios de respiração pode levar a um alívio do sofrimento psicológico e interromper o fluxo de pensamentos que, em muitos casos, podem ser fonte de ansiedade e medos irracionais.



Desta forma, compreende-se o uso da respiração como um treino de autorregulação do organismo, promoção do contacto da pessoa com o seu padrão respiratório e consigo mesma, com vista ao seu controlo consciente, à promoção do relaxamento e à obtenção de maior controlo sobre a vivência de situações promotoras de ansiedade.

## **Capítulo II: IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO**

### **4. Metodologia**

#### **4.1 Objetivos**

Foi definido como objetivo geral:

- Desenvolver cuidados especializados à pessoa com doença mental, com vista à redução da ansiedade, através de intervenções terapêuticas centradas no corpo, com recurso ao movimento expressivo e ao relaxamento.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Compreender a vivencia da ansiedade na pessoa com doença mental;
- Aprofundar a relação terapêutica com a pessoa com doença mental e com ansiedade manifesta;
- Dinamizar intervenções de âmbito psicoterapêutico, com vista à redução da ansiedade da pessoa com doença mental e ansiedade, com recurso a mediadores centrados no corpo.

#### **4.2 Caracterização dos Locais de Estágio**

A prática clínica decorreu em dois contextos distintos, nomeadamente:

- De 23 de Novembro de 2020 a 18 de Janeiro de 2021, e posteriormente de 6 de Abril a 29 de Abril, num serviço de internamento de psiquiatria, num hospital na área metropolitana de Lisboa,
- De 8 de Fevereiro a 19 de Março de 2021, em contexto comunitário, num hospital de Dia, de um hospital psiquiátrico, na cidade de Lisboa.

A implementação das atividades desenvolvidas decorreu conforme o cronograma de atividades apresentado em apêndice (Apêndice I).

#### **4.2.1 Caracterização do Contexto de Internamento**

A Instituição onde decorreu o ensino clínico de âmbito de internamento localiza-se na área Metropolitana de Lisboa e tem uma longa história na prestação de cuidados psiquiátricos, contando com várias valências no âmbito do acompanhamento à pessoa e família com diagnóstico de perturbação mental. O serviço tem um carácter de internamento de longa duração e tem uma capacidade máxima para 50 utentes, em regime de internamento fechado, em que as saídas dos utentes são sujeitas a organização prévia entre a equipa de cuidados e os familiares/ pessoas significativas dos mesmos.

Os critérios para admissão na unidade são: diagnóstico de patologia do foro mental grave, que exijam cuidados permanentes, idade compreendida entre os 18 anos de idade e os 64, Índice de Barthel<sup>1</sup> superior ou igual a dependência leve, sem limitações ou deficits na marcha, escala de supervisão igual ou superior a bastante supervisão, diagnóstico de enfermagem, pela nomenclatura Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), de comportamento agressivo atual / Risco de , e necessidade de contenção ambiental por presença de risco de ausência não autorizada.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, EESMP, psicólogo, médico, assistente social, assistentes operacionais e técnica de reabilitação.

#### **4.2.2 Caracterização do Contexto Comunitário**

O serviço onde decorreu a prática clínica de âmbito comunitário assegura o acompanhamento de doentes com necessidade de cuidados intermédios, entre o internamento completo e o ambulatório, em regime de frequência diária. Está especialmente indicado para doentes em fase de recuperação após um episódio agudo que determinou internamento completo, porém ainda a necessitar de cuidados diários. Também atua na prevenção de episódios de agudização da doença, em doentes cujo controlo da doença é difícil ou com

---

<sup>1</sup> Escala de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

resistência ao tratamento (vindos de outros serviços de ambulatório, da Consulta Externa ou da urgência). É um serviço que não está indicado para doentes com impossibilidade de se deslocarem diariamente ao serviço, com dependência física, diagnóstico diferencial de transtorno aditivo, doença do foro geronto-psiquiátrico, défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades em grupo, conduta agressiva ativa, incapacidade de comunicação na língua portuguesa ou com presença de défices sensoriais.

A equipa multidisciplinar é constituída por: enfermeiros, EESMP, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dançaterapeuta, assistente social, assistente operacional e assistente de secretariado.

### **4.3 Participantes**

Os critérios de inclusão que nortearam a seleção dos participantes foram:

- Utentes, de ambos os sexos, com doença mental e ansiedade, em seguimento nos serviços onde decorreram as práticas clínicas;
- Clientes que, após esclarecimento, concordaram, livremente, participar nas atividades a desenvolver;
- Utentes sem comprometimento das suas capacidades cognitivas.

Como critérios de exclusão foram considerados:

- Utentes com condições físicas, intelectuais e emocionais que impeçam a participação em atividades de grupo, ou que essas condições interfiram com a dinâmica das mesmas;
- Utentes que não compreendam a Língua Portuguesa.

### **4.4 Questões Éticas e Legais**

O percurso formativo que alicerçou a elaboração deste relatório de estágio ancorou-se em aspetos éticos e deontológicos, enquanto pilares fundamentais orientadores da prática profissional.

Segundo o Código Deontológico dos enfermeiros (OE, 2020) a preocupação pela defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes deve pautar a intervenção dos enfermeiros. Deste modo, todos os clientes que aceitaram participar nas atividades implementadas, foram devidamente esclarecidos relativamente aos seus objetivos e procedimentos, dando, previamente à sua participação, o seu consentimento livre e esclarecido, de forma informal.

Aos participantes foi assegurado a confidencialidade, sigilo e proteção dos dados, preservando desta forma a sua privacidade. Assim, os dados apresentados inibem-se da apresentação de dados identificativos dos participantes, tais como nomes ou informações passíveis de serem atribuídas e associadas a determinado participante.

Os participantes foram informados de que, quando se verificasse pertinente, a informação seria partilhada única e exclusivamente com os intervenientes do seu plano terapêutico, como forma de salvaguardar o seu bem-estar, segurança física, emocional, social e os seus direitos consagrados na carta dos direitos dos utentes (Assembleia da República, 2014)

Por outro lado, as atividades desenvolvidas foram apresentadas previamente à equipa de cuidados e/ou responsáveis pelos serviços, sujeitando a sua implementação à consideração dos mesmos, como forma de mobilização de um nível de perícia superior, garantindo a segurança e efetividades dos cuidados prestados.

## **4.5 Instrumentos Utilizados**

### **4.5.1 Movimento Expressivo**

No contexto de internamento foi dinamizado um grupo de intervenção de âmbito psicoterapêutico que se alicerçou em dinâmicas promotoras do movimento expressivo pela dança. As sessões tiveram um carácter semanal, num total de 6 sessões, e foi constituído um grupo de 6 participantes.

A dinamização do grupo teve início a 6 de Janeiro e realizaram-se duas sessões, às quais se seguiu um período de interrupção da componente letiva por motivos relacionados com a pandemia por COVID19. O estágio foi, posteriormente, retomado a 6 de Abril e com ele

também as sessões de movimento expressivo, tendo sido realizadas mais 4 sessões que mantiveram uma frequência semanal, com termino a 29 de Abril.

O programa de intervenção assente no movimento expressivo intitulou-se “Dançamos?” e o seu planeamento encontra-se apresentado em apêndice (Apêndice II)

#### **4.5.2 Relaxamento**

Em contexto comunitário foram desenvolvidas 4 sessões de relaxamento pela respiração diafragmática, em grupos de 3 utentes, com uma frequência semanal. A dimensão dos grupos prendeu-se com a contingência imposta ao funcionamento dos grupos de âmbito psicoterapêutico decorrentes da pandemia por COVID19, vivida a nível nacional à data da implementação das mesmas.

A dinamização das sessões de relaxamento e a escolha da modalidade terapêutica para a concretização das mesmas, resultou da articulação com o responsável de serviço. No serviço onde decorreu a prática clínica estava instituída a dinamização de sessões de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson. Neste sentido, considerei pertinente explorar a mesma modalidade terapêutica com uma técnica distinta da já implementada, com vista a alcançar o mesmo propósito terapêutico.

As sessões foram planeadas conforme o plano de sessão apresentado em apêndice (Apêndice III) e a implementação do relaxamento, propriamente dito, baseou-se num guião orientador elaborado previamente, com vista a respeitar os ritmos de pausa necessários à atividade, essenciais ao alcance do propósito terapêutico pretendido e à manutenção de uniformidade entre as sessões (Apêndice IV).

#### **4.5.3 Tabela de Indicadores de Resultado NOC**

Para avaliação das atividades desenvolvidas, foi elaborada uma tabela de registo de sessão baseada em indicadores de resultado de enfermagem NOC (Classificação dos resultados de Enfermagem) (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2010), que teve como objetivo definir

indicadores de resultados relacionados com a ansiedade, promover a monitorização desses indicadores ao longo das sessões, documentá-los e desenvolver resultados padronizados para a avaliação dos cuidados de saúde prestados (Moorhead et al, 2010).

Os indicadores de resultado selecionados, relacionados com a ansiedade, foram: “nível de agitação”, “concentração” e “nível de ansiedade”. A tabela de registo encontra-se apresentada em apêndice (Apêndice V) e foi aplicada no final de todas as sessões de movimento expressivo, dinamizadas no contexto de internamento, e no final de todas as sessões de relaxamento, desenvolvidas no contexto da prática comunitária.

Para preenchimento da tabela de observação e registo foram utilizadas as seguintes instruções: para o indicador de resultado “1214-Nível de Agitação”, competiu ao dinamizador pontuar de 1 a 5, em que 1 é grave, 2 substancial, 3 moderado, 4 leve, 5 nenhum; para o indicador de resultado “0905-Concentração” coube pontuar o indicador de resultado de 1 a 5, em que 1 gravemente comprometido, 2 Muito comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido, 5 não comprometido; e para o indicador de resultado “1211-Nível de Ansiedade” pontuou-se de 1 a 5, em que 1 grave, 2 substancial, 3 moderada, 4 leve e 5 nenhum.

Posteriormente, em cada um dos contextos específicos procedeu-se a uma análise comparativa das pontuações obtidas relativamente ao comportamento dos indivíduos ao longo das sessões, de modo a aferir a tendência de evolução, com a implementação das sessões ao nível da ansiedade.

#### **4.5.4 Escala STAI-Y**

Para a monitorização da implementação das sessões de movimento expressivo dinamizadas no contexto de internamento foi aplicada a Escala de *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y) na primeira e na última sessão de movimento expressivo, e realizada posteriormente uma análise comparativa entre os resultados obtidos nestes dois momentos.

A escala STAI foi desenvolvida por Spielberger, Gorsuch e Lushene, em 1970, com o objetivo de estudar a ansiedade de uma forma objetiva, especificando apenas as características

próprias desta condição, inseridas num processo psicobiológico (Silva, 2006). A escala sofreu várias alterações ao longo dos processos de teste e validação em diferentes contextos, chegando-se à versão final: STAI – *Form Y* (STAI-Y) (Silva, 2006). Os pressupostos teóricos em que se apoiou a construção desta escala, basearam-se no conceito de ansiedade definido por Sigmund Freud e nas duas modalidades de ansiedade descobertas por Cattell & Scheier, designadas por ansiedade-estado (AE) e ansiedade-traço (AT) (Silva, 2006). O STAI-Y é um instrumento que contempla duas escalas de vinte itens cada: STAI forma Y-1, que avalia a AE, e STAI forma Y-2 que avalia a AT, a partir do relato pessoal do utente. Em ambas as subescalas as opções de respostas são através de uma escala de *likert* de 4 pontos, em que o 1 corresponde ao mínimo e 4 ao máximo do grau de ansiedade (Silva, 2006). O total deve somar o máximo de 80 pontos e o mínimo de 20 pontos, contudo, se 3 ou mais itens não forem preenchidos, o resultado não é fidedigno (Silva, 2006). É de notar que existem itens em que não é questionada a ansiedade, designados de itens de cotação inversa, 10 itens na escala de estado e 9 na escala de traço (Silva, 2006). Quanto mais alto é o resultado obtido na totalização da escala, maior a correlação com elevados níveis de ansiedade. Para definir um nível alto de ansiedade para a ansiedade-estado é considerado o valor somatório de 47, enquanto para a ansiedade-traço é de 42 (Spielberg, 1985). Silva (2006) atesta a possibilidade de aplicação de uma só escala conforme os objetivos pretendidos, assim, no projeto desenvolvido, tendo em conta os objetivos e a área de intervenção, foi aplicada a escala de vinte itens que avalia a AT, a STAI forma Y-2, que se encontra apresentada em anexo (Anexo I). A escolha pela sub escala STAI-Y2 prendeu-se com a intenção de compreensão mais aprofundada da vivência da ansiedade, não enquanto vivência decorrente de um acontecimento de vida específico, mas sim enquanto padrão comportamental tipo dos participantes.

#### **4.5.5 Questionário de Caracterização dos Participantes**

Para a caracterização do grupo de participantes foi elaborado um questionário, apresentado em apêndice (Apêndice VI), e solicitado aos participantes o seu preenchimento, com o propósito de caracterizar o grupo de utentes do ponto de vista socio económico, em ambos os contextos de prática clínica.



#### **4.5.6 Questionário de Avaliação de Satisfação**

No final da dinamização das sessões de movimento expressivo e relaxamento foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário de avaliação da satisfação de participação nas sessões de grupo, com o objetivo de compreensão sobre o agrado dos mesmos face às atividades propostas, os aspetos a melhorar com vista à potenciação dos resultados esperados e à potenciação do envolvimento dos participantes. O questionário aplicado encontra-se apresentado em apêndice (Apêndice VII).

#### **4.5.7 Jornal de Aprendizagem e Reflexões Críticas**

O percurso fez-se acompanhar de um processo reflexivo intenso e contínuo, uma vez que a reflexão crítica sobre a prática se constitui como essencial à tomada de consciência sobre a mesma, ao desenvolvimento de processos de autoconhecimento e ao aprimoramento de ações subsequentes, no construto do desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo de ambas as práticas clínicas existiram vários momentos de reflexão formal e informal, tanto internamente como em conjunto com os enfermeiros das equipas e orientadores da componente prática. Destes, destacam-se dois jornais de aprendizagem apresentados em apêndice (Apêndice VIII e IX) e uma reflexão crítica (Apêndice X).

Os jornais de aprendizagem foram realizados de acordo com o Ciclo de Gibbs<sup>2</sup> e procuraram, para além de uma reflexão de e para a ação, o desenvolvimento da capacidade de autoanálise, a identificação de fenómenos de transferência e contratransferência, promovendo a reflexão como forma de os identificar e objetivar sobre como impactam no estabelecimento e manutenção do estabelecimento da relação, seja ela com utentes ou com outros profissionais de saúde.

---

<sup>2</sup> O ciclo de Gibbs foi desenvolvido por Graham Gibbs (1988) e consiste num processo que guia o sujeito por 6 etapas distintas ao longo do processo reflexivo.

## 4.6 Descrição e Avaliação das Intervenções Desenvolvidas

### 4.6.1 Movimento Expressivo

As sessões de movimento expressivo foram dinamizadas em contexto de internamento e assentaram na dinamização de atividades promotoras de dança expressiva, no movimento corporal e na promoção de partilha de emoções relacionadas com a vivência de ansiedade.

Baseada nos critérios definidos para a seleção dos participantes, nas contingências impostas pela pandemia por COVID19 e nas limitações físicas do serviço foram selecionados seis utentes para integrarem o grupo de participantes nas sessões de movimento expressivo.

Foi aplicado o questionário de caracterização do grupo de participantes e foi aferida uma variação de idades entre os 19 aos 43 anos de idade, todos do sexo masculino, solteiros, desempregados, com um reduzido nível de escolaridade, em que a maioria não frequentou o ensino, com exceção de um participante que frequentou o ensino secundário, sem o ter concluído.

O grupo de utentes selecionado para participar nas sessões de movimento expressivo mostrou-se desde sempre muito recetivo à implementação das atividades, o que conduziu ao desenvolvimento de especial foco relativamente aos critérios de inclusão e exclusão definidos, assim como à intervenção na gestão de expectativas dos utentes que não puderam fazer parte do mesmo. Neste contexto, a intervenção na gestão de expectativas e frustrações dos utentes, também elas manifestamente promotoras de ansiedade, procurei acolher o outro e aquilo que era comunicado de forma verbal e não verbal, e deste modo encontrar alternativas à participação no grupo. Informalmente, mas igualmente com objetivo terapêutico, foi dinamizado um grupo de “músicas pedidas” no jardim da instituição, em que cada utente solicitava inscrição numa lista de inscrições e, chegada a sua vez, selecionava a música que queria ouvir. No final partilhava com os demais a que é que essa música o remetia ou o que é que o tinha feito sentir.

Houve partilhas deveras interessantes resultantes do contacto do utente consigo mesmo e que se refletiu em frases como: “leva-me para um mundo de fantasia” e “faz-me sentir como se estivesse sentado numa nuvem de algodão”, acompanhadas de *facies* que transpareciam o nível de bem-estar alcançado com a dinamização deste grupo paralelo às sessões planeadas no âmbito do estágio. Houve outras partilhas trazidas ao grupo tais como “faz-me lembrar a vida lá fora...

mas eu nunca mais vou poder sair daqui” o que acabou por promover uma conversa em grupo sobre a doença mental e o seu carácter crónico, que visou uma intervenção de âmbito psicoeducativo. Por outro lado, os momentos de “musicas pedidas” promoveu o treino de competências em comunidade, tais como a espera pela sua vez, o respeito pelo espaço físico e auditivo do outro, o empoderamento e confiança pessoal, uma vez que a inscrição para a dinâmica das “musicas pedidas” era assegurada por um dos utentes alternadamente, que ficava responsável por anotar os nomes dos utentes que manifestavam vontade em inscrever-se e garantir que se seguia a ordem correta para que todos tivessem oportunidade de participar.

Ao longo da dinamização do grupo de “musicas pedidas” foi notório o ajuste comportamental dos participantes, que passaram gradualmente de uma dinamiza desorganizada em que tendiam a interromper-se uns aos outros e a não respeitar o silêncio para que fosse possível contemplar a música que tocava, para um grupo de elementos que se respeitava mutuamente. Por outro lado, em mim enquanto profissional, contribuiu para a aquisição de competências ao nível do estabelecimento da relação terapêutica, alicerçada na confiança, na proximidade, no treino da comunicação assertiva, empatia e respeito.

Relativamente às sessões de movimento expressivo, o planeamento e implementação das sessões foi realizado em parceria com o elemento responsável de equipa, com necessidade de efetuar alterações ao mesmo no momento da implementação, tendo em conta o que era percebido no grupo, com vista à potenciação de resultados terapêuticos esperados. Esta situação mereceu uma reflexão crítica mais aprofundada que está apresentada em apêndice (Apêndice XII).

Durante as sessões dinamizadas, tendo em conta os objetivos definidos para as mesmas, procurei fomentar a expressão corporal e a partilha de informação relacionada com a ansiedade, nomeadamente quais as situações promotoras de ansiedade, como a identificavam, como sentiam a ansiedade no corpo, que estratégias utilizavam quando se sentiam ansiosos e, desta forma, foi possível aprofundar a compreensão sobre a vivência da ansiedade na pessoa com doença mental.

Quando os utentes participantes foram questionados sobre o que lhes provocava ansiedade destaco algumas das partilhas: “o barulho e a confusão”, “a exposição pessoal”, o reinício das visitas após a sua suspensão durante a fase de pandemia por COVID19. Destas partilhas foram identificados pelos participantes vivências semelhantes entre si, o que impactou no fortalecimento da coesão grupal que, apesar de não se ter constituído como um objetivo principal da implementação das sessões, se revelou um ganho secundário às mesmas. Por outro

lado, quando explorada a forma como os participantes identificavam a ansiedade obtiveram-se respostas como “sinto o coração acelerado e as orelhas quentes” ou “sinto um formigueiro nas mãos” e ainda “sinto a boca seca” o que demonstra uma vasta sintomatologia identificada associada à vivência da ansiedade, alguma dela partilhada também por outros elementos do grupo.

Para a avaliação dos resultados obtidos com as sessões de movimento expressivo e tradução destes em dados objetivos foi aplicada a escala STAI-Y Forma 2 na primeira sessão e na última, com vista a uma análise comparativa entre os resultados obtidos nos dois momentos. Pela análise dos dados obtidos, como retrata a tabela 1, foi percebida uma discreta redução da classificação média obtida pelos participantes, mantendo-se, no entanto, em valores de ansiedade elevados.

**Tabela 1.** Comparação de resultados obtidos pela aplicação da STAI-Y Forma 2 no início e no final do programa de intervenção de movimento expressivo “Dançamos?”

	<b>Média de Resultados</b>	<b>Média de resultados</b>
	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
<b>STAI-Y Forma 2</b>	63	57

Nas seis sessões de movimento expressivo foi também utilizada uma tabela de registo de sessão cuja construção se baseou em indicadores de resultado NOC (Moorhead et al, 2010) relacionados com a ansiedade, nomeadamente: “nível de agitação”, “concentração” e “nível de ansiedade”. A tabela de observação encontra-se apresentada em apêndice (Apêndice V) e foi preenchida no final de todas as sessões. Da análise e comparação de resultados obtidos, por participante, foi possível perceber o número de variações positivas, negativas e a ausência de variação ao nível da ansiedade com a implementação das sessões. Os resultados obtidos estão apresentados na tabela 2.

**Tabela 2.** Tabela de evolução de resultados NOC (Moorhead et al, 2010) nas sessões de movimento expressivo

<b>Indicador de Resultado</b>	<b>Nº de Participantes com Alterações Positivas</b>	<b>Nº de Participantes com Alterações Negativas</b>	<b>Nº de Participantes Sem Alterações Face ao Início</b>
<b>Nível de Agitação</b>	3	0	3
<b>Concentração</b>	5	0	1
<b>Nível de Ansiedade</b>	4	0	2

Tendo em conta os resultados obtidos e compilados na tabela 2, foi percebida uma redução do “nível de agitação” em metade dos participantes e uma ausência de variação nos restantes. Relativamente ao indicador de resultado “concentração” foi percebida uma alteração positiva na maioria dos participantes, existindo apenas um elemento em que não se objetivou melhoria ao longo das sessões dinamizadas. No que se remete ao “nível de ansiedade” percebeu-se uma alteração positiva em quatro dos seis participantes e uma manutenção em dois dos participantes. De referir não ter havido agravamento de nenhum dos indicadores em nenhum dos participantes.

Com vista à avaliação das sessões dinamizadas, na última sessão foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário de satisfação relativamente ao programa de intervenção implementado, apresentado em apêndice (Apêndice VII). Dos resultados obtidos todos os participantes consideraram as sessões do seu interesse e referiram “Gostei da união do grupo”, “Senti-me alegre”, “Gostei de fazer os exercícios”, “Senti-me bem”. Cinco dos participantes referiram que as sessões serviram para reduzir o seu nível de ansiedade, e apenas um disse não ter sentido impacto a este nível. Quando questionados se consideraram a hipótese de realizar estas atividades na sua vida quotidiana, todos responderam que sim, o que para além dos benefícios no momento presente, sugere motivação dos utentes em utilizar o movimento

expressivo como estratégia para a regulação emocional, com impacto na capacitação do utente para lidar com a ansiedade. Como aspetos a melhorar apontaram “ter mais colegas no grupo” e “poder escolher as músicas”, o que são aspetos a ter em conta caso as sessões de movimento expressivo se mantenham no contexto da prática de cuidados.

#### **4.6.2 Relaxamento**

As sessões de relaxamento foram dinamizadas em contexto comunitário, e neste âmbito o grupo de participantes variou dos 18 aos 32 anos de idade, em que dois elementos eram do sexo masculino e um do sexo feminino, com diferentes níveis de escolaridade, sendo que um dos elementos frequentou o ensino secundário sem o ter concluído, e dois concluíram o grau académico de licenciatura. Todos dos participantes eram solteiros, apesar de um deles ter de momento uma relação afetiva, com 2 anos de existência.

No início de cada sessão procurei promover a partilha aberta e em grupo sobre situações promotoras de ansiedade, que resultou em troca de ideias e vivências relacionadas com o desemprego ou com a pandemia por COVID19 e as suas implicações. Numa das sessões um dos elementos do grupo partilhou sobre o “ataque de pânico” que vivenciou no dia anterior, quando saiu da unidade e se preparava para regressar a casa, o que acabou por promover um momento de psicoeducação em grupo sobre a problemática da perturbação de ansiedade.

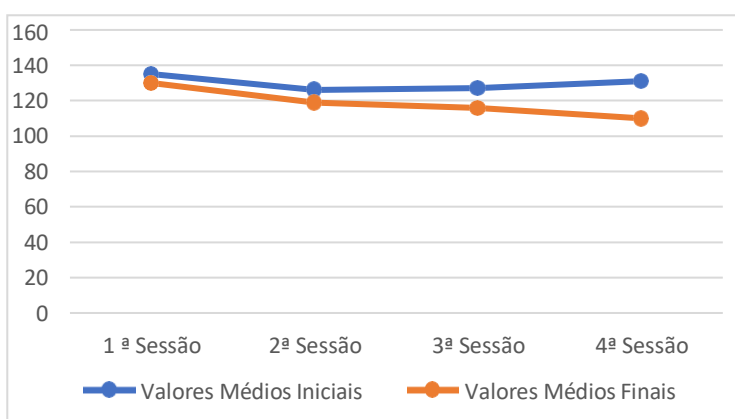
O grupo de utentes mostrou-se recetivo ao relaxamento e, uma vez que no serviço já se realizavam grupos de relaxamento com uma técnica distinta, o conceito não era desconhecido para o grupo de participantes.

Durante a implementação das sessões a principal dificuldade sentida relacionou-se com o caminho que foi necessário percorrer de desfoque de mim mesma, e dos meus receios, para estar mais disponível e capaz de analisar e interpretar, no momento presente, a comunicação não verbal dos participantes e inferir sobre a sua disponibilidade e estado de relaxamento, com vista ao ajuste dos ritmos de pausa durante a implementação da técnica. Uma vez ultrapassada esta dificuldade houve necessidade, em algumas das sessões, de prolongar os momentos de pausa, tendo em conta a calma e a concentração dos participantes, outras, porém, houve necessidade de reduzir esses mesmos momentos, tendo em conta a inquietação ou respiração mais acelerada que se percebia nos participantes.

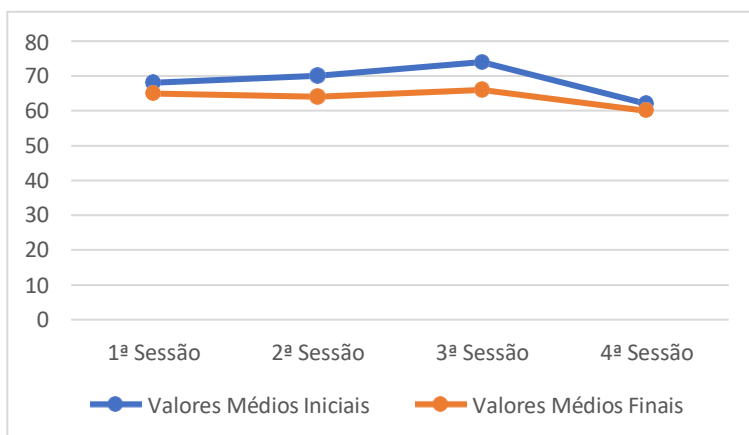
No início da última sessão de relaxamento dinamizada, um dos participantes sentiu, espontaneamente, necessidade de verbalizar ter gostado bastante das sessões e de referir ter-se sentido muito bem ao realiza-las, evidenciando necessidade de alongar a caracterização do seu bem-estar após as mesmas, sem ter sido direcionado para tal. Senti esta informação genuína e que vai ao encontro da evidência científica existente sobre os benefícios associados a este tipo de intervenção psicoterapêutica.

Para a avaliação das sessões dinamizadas, tendo em conta as limitações definidas pelo contexto da prática clínica, não foi utilizada a escala de ansiedade STAI-Y Forma 2. Assim, as sessões de relaxamento implementadas foram avaliadas pela monitorização de sinais vitais, enquanto indicador objetivo dos níveis de ansiedade, no início e no final de cada sessão. Da compilação destes dados foi possível calcular uma média de valores de TA sistólica, diastólica e de FC e comparar os valores obtidos no início e no final das sessões dinamizadas. A comparação encontra-se retratada nos gráficos 1, 2 e 3, em que a linha azul se refere aos valores obtidos no início das sessões e a linha laranja aos valores obtidos no final.

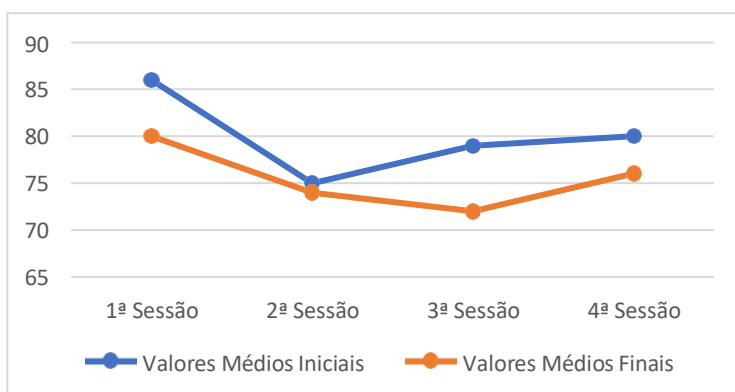
**Gráfico 1.** Gráfico comparativo de valores Médios de Tensão Arterial Sistólica



**Gráfico 2.** Gráfico Comparativo de Valores Médios de TA Diastólica



**Gráfico 3.** Gráfico Comparativa de Valores Médios de FC



Da análise dos dados obtidos, traduzidos nos gráficos apresentados, apura-se que em todas as sessões dinamizadas se verificou uma redução dos valores de TA sistólica, diastólica



e FC entre o início da sessão e o final. Relativamente ao efeito a médio/ longo prazo alcançado com a continuidade das sessões, considero não ser possível extrair conclusões dado o número reduzido de sessões dinamizadas.

Como forma de avaliação das sessões dinamizadas, para além da monitorização dos valores de TA e FC, foi elaborada uma tabela de registo de sessão baseada em indicadores de resultado NOC (Moorhead et al, 2010), que procurou monitorizar determinados indicadores de ansiedade, nomeadamente: “nível de agitação”, “concentração” e “nível de ansiedade” (Apêndice V).

Pelos dados obtidos com o preenchimento da tabela de observação e pela análise comparativa dos resultados obtidos foi possível aferir as conclusões apresentados na tabela 3, relativamente ao número de variações positivas, nulas ou negativas por participante.

**Tabela 3.** Tabela de evolução de resultados NOC (Moorhead et al, 2010) nas sessões de relaxamento

<b>Indicador de Resultado</b>	<b>Nº de Participantes com Alterações Positivas</b>	<b>Nº de Participantes com Alterações Negativas</b>	<b>Nº de Participantes Sem alterações Face ao Inicial</b>
<b>Nível de Agitação</b>	2	0	1
<b>Concentração</b>	3	0	0
<b>Nível de Ansiedade</b>	1	0	2

Assim, apura-se a ausência de alterações negativas ao longo das sessões de relaxamento nos participantes, ressalva-se que ao “nível da inquietação” houve, em dois participantes, uma melhoria significativa, e que num utente não se verificou alteração face à avaliação inicial. Por outro lado, relativamente à “concentração” verificou-se melhoria em todos os participantes e

relativamente ao “nível de ansiedade” apenas se verificou melhoria em um dos participantes. Curiosamente o participante que não evidenciou melhoria ao nível da inquietação foi também um dos que não apresentou melhoria ao nível de ansiedade e foi aquele que, espontaneamente, se alongou com a caracterização do bem-estar alcançado com as sessões dinamizadas, o que me cria a interrogação sobre o resultado eventualmente obtidos caso a realização das sessões se tivesse alongado no tempo.

Em cada sessão foi também solicitado a cada um dos participantes a partilha da palavra resumo da sessão, que estiveram maioritariamente relacionadas com “calma”, “relaxante”, “positiva” e “boa”. Todas elas, portanto, com uma conotação positiva e de agrado.

No final das quatro sessões dinamizadas foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário de avaliação de satisfação (apêndice VII) cujo conteúdo refletiu satisfação relativamente às sessões dinamizadas em 100% dos participantes, que atestaram ter-se tratado de uma atividade do seu interesse e ter-se constituído como uma atividade que promoveu a redução do nível de ansiedade. Acrescentaram, ainda, como aspetos positivos: “Senti-me relaxado”, “Abstrai-me dos meus problemas”, “Senti-me a levitar”. Quando questionados sobre a hipótese de realizar a atividade na sua vida quotidiana todos os utentes responderam que consideram uma possibilidade replicar o relaxamento pela respiração diafragmática quando mais ansiosos, e um deles referiu vontade em realizar diariamente e não só no seguimento a situações promotoras de ansiedade. Como aspetos a melhorar identificaram a dinamização da atividade com maior frequência.

## 5. Desenvolvimento de Competências Inerentes ao EESMP e Mestre

Phaneuf (2005, p.4) faz referência ao processo de aquisição de competências referindo-se à proficiência clínica em enfermagem como “um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e socio-afetivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”. Nesta ótica procurarei, neste capítulo, refletir sobre de que forma as atividades e intervenções desenvolvidas, tanto no contexto das práticas clínicas, como em atividades paralelas às mesmas, conseguem concretizar o desenvolvimento, a sedimentação e a aquisição daquelas que estão definidas como as competências inerentes ao EESMP pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

Tendo em vista o desenvolvimento da primeira competência do EESMP<sup>3</sup> a relação terapêutica estabelecida ao longo de ambas as práticas clínicas, foram essenciais neste processo, assim como o processo reflexivo que, em alguns momentos, as suportou e que, noutros, delas resultou.

Segundo Townsend (2011) a relação terapêutica consiste na interação entre duas pessoas, normalmente o profissional de saúde e a pessoa alvo da prestação de cuidados, na qual a colaboração dos dois participantes contribui para a promoção do crescimento, prevenção da doença e/ou tratamento. Neste sentido, acredito que a relação que estabeleci com os utentes contribuiu, por um lado, para a promoção e proteção da sua saúde mental, e por outro para o meu crescimento pessoal e profissional, resultante de um intenso e permanente caminho de compreensão de mim mesma e do outro, essenciais para o estabelecimento de relações de confiança e parceria. O estabelecimento da relação terapêutica aconteceu tanto em momentos formais, tais como a entrevista, como estratégia de avaliação inicial do alvo de cuidados, como em momentos informais, presentes em permanência ao longo da interação com o utente/ grupo em que este insere, enquanto alvo dos cuidados prestados. Destes momentos emergiram inúmeras situações alvo de reflexão pessoal, que me conduziram num importante caminho de identificação de fenómenos promotores e dificultadores da mesma, resultantes de processos internos pessoais, que importou reconhecer, com vista à redução do seu impacto na relação. O processo de autoconhecimento que emergiu destes processos reflexivos constituiu-se, assim,

---

<sup>3</sup> Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

como essencial no sentido da mobilização de mim mesma como instrumento terapêutico, mantendo foco na intencionalidade da minha ação e atenção na responsabilidade inerente ao desempenho da minha prática profissional.

A relação que procurei estabelecer baseou-se na compreensão empática, no respeito, na autenticidade e na confiança enquanto veículos essenciais para chegar ao outro, recolher informação necessária e pertinente à compreensão do seu estado mental, identificação de problemas, intervenção, reavaliação e reajuste. Para tal mobilizei aptidões comunicacionais e de sensibilidade humana, a técnica de entrevista, a observação do comportamento, com vista a uma avaliação abrangente do alvo de cuidados, o que concorreu para o desenvolvimento da segunda competência específica do EESMP<sup>4</sup>.

O entrar e estar em relação com o outro visou também a avaliação das intervenções de enfermagem implementadas, os resultados obtidos esperados e a reformulação das estratégias de intervenção tendo em conta os diagnósticos de enfermagem de saúde mental elaborados, tal como preconizado na terceira competência do EESMP<sup>5</sup>. A avaliação, sistematização de dados, determinação de diagnósticos de enfermagem e identificação de resultados esperados materializou-se, no âmbito da prática clínica de internamento, na realização de um estudo de caso, e em contexto comunitário, na atualização diária do plano individual de cuidado dos utentes em acompanhamento no serviço.

A dinamização das sessões de âmbito psicoterapêutico de movimento expressivo e de relaxamento compreenderam-se como momentos que me permitiram aprofundar, e que resultaram do desenvolvimento da primeira competência definida pela OE para o EESMP<sup>3</sup>, uma vez que exigiram a identificação de processos pessoais internos para, posteriormente, conseguir chegar ao outro e alcançar os resultados psicoterapêuticos desejados. No entanto, assumiram-se como preponderantes, também, para o desenvolvimento da quarta competência do EESMP<sup>6</sup>, na medida, em que procuraram centrar-se no utente, interpretando e individualizando estratégias, que visam aumentar a sua consciência sobre padrões de resposta individual, promover outras perspetivas de análise do seu problema, com o objetivo máximo de

---

<sup>4</sup>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupo e comunidade na otimização da saúde mental.

<sup>5</sup>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.

<sup>6</sup> Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

desenvolver padrões de resposta mais adaptativos e positivos, libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes, com o propósito de melhorar a saúde mental dos utentes.

A pesquisa bibliográfica realizada ao longo dos contextos das práticas clínicas, assim como a frequência em formações no âmbito da enfermagem de saúde mental na infância e adolescência, no idoso, nos comportamentos aditivos e dependências e relacionadas com o ajuste emocional enquanto profissional de saúde face à pandemia por COVID19, paralelamente aos contextos de práticas clínicas (Anexos II, III, IV e V), constituíram-se como importantes estratégias no caminho da melhoria contínua dos cuidados prestados, quer no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, alicerçando a minha prática clínica em evidência científica, quer na minha regulação emocional face às dificuldades vividas decorrentes da pandemia, tanto em contexto profissional como académico.

Em ambos os contextos de prática clínica tive também a oportunidade de participar em reuniões multidisciplinares e de equipa, o que impactou no desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados e gestão de caso, que visam a garantia dos cuidados de qualidade, contempladas também no âmbito das competências preconizadas para o EESMP.

## **6. Limitações e Questões Emergentes**

No âmbito da implementação das atividades previstas para o estágio deparei-me com aspetos que impactaram na concretização das mesmas, e que conduziram a uma reestruturação ao planeamento inicial.

Como limitações à implementação das atividades definidas para este estágio identifiquei o reduzido período de tempo definido para a prática clínica, que se agudizou pela situação de pandemia por COVID19, vivenciada à data do mesmo, o que motivou, no contexto de internamento, um prolongado período de interrupção, de 18 de Janeiro a 6 de Abril, com consequente abrupto interregno do programa de intervenção psicoterapêutico pelo movimento expressivo, comprometendo a sua eficácia e limitando os ganhos em saúde expectáveis.

Por outro lado, a situação de pandemia por COVID19 teve um impacto inequívoco na dinâmica das instituições, nomeadamente em contexto comunitário, com redução dos períodos de permanência dos utentes na mesma, e redimensionamento do número de participantes nos grupos de âmbito psicoterapêutico, num máximo de 3 elementos por grupo, o que limitou a possibilidade de interação com os utentes.

Durante o período de tempo em que decorreu a componente prática verificou-se, também, ausência de contacto com familiares/ grupo em que o utente se insere, uma vez que tanto as visitas, como a dinamização de grupos de intervenção na família se encontravam suspensos, como forma de redução do risco de contágio por COVID19, o que se concretizou como uma limitação à intervenção, na medida em estes se compreendem como um importante alvo dos cuidados em saúde mental.

No que se relaciona com a problemática em estudo ressalvo a impossibilidade de utilização de instrumentos de avaliação semelhantes nos dois contextos da prática clínica, como um outro aspeto limitador, o que impossibilitou uma análise comparativa entre as diferentes intervenções de âmbito psicoterapêutico centradas no corpo, que não sendo objetivo deste trabalho académico, poderia trazer uma aporte merecedor de reflexão no domínio específico da enfermagem.

A título pessoal, a articulação das responsabilidades familiares e profissionais com as académicas, também se constituiu como um desafio para a concretização desta etapa formativa, com impacto no cronograma definido para a prática clínica.

Como prospeções futuras a enfermeira responsável do serviço onde decorreu a prática comunitária pondera manter a técnica de relaxamento pela respiração diafragmática no serviço, paralelamente à previamente existente e dinamizada pelo relaxamento muscular progressivo de Jacobson,

Baseando-me na literatura existente que atesta os benefícios da intervenção de âmbito psicoterapêutico baseada no relaxamento e no movimento expressivo, na pessoa com doença mental, fortalecida pelos resultados percebidos e retratados neste relatório de estágio, espero no futuro vir a desenvolver este tipo de intervenção especializada na minha prática profissional, alargando, assim, o alcance dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental no âmbito dos cuidados oncológicos.

### **Capítulo III: CONCLUSÃO**

O presente relatório de estágio procurou sistematizar as vivências e experiências dos contextos das práticas clínicas, enquanto estratégias para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, intrínseca à aquisição das competências do EESMP definidas pela OE (2019).

Os referenciais teóricos em que procurei sustentar a minha prática foram os propostos por Betty Newman e Hildgard Peplau, na medida em que nos fornecem duas perspectivas diferentes sobre o alvo de cuidados e a relação terapêutica entre o mesmo e o enfermeiro. O primeiro procura desenvolver uma compreensão da vivência da ansiedade enquanto resultado da ação de agentes stressores, e defende a intervenção de enfermagem enquanto apoio ao indivíduo no sentido de promover o restabelecimento do seu equilíbrio, através da mobilização dos seus agentes de defesa e fortalecimento das suas linhas de defesa. O segundo debruça-se sobre a importância da relação terapêutica entre utente e enfermeiro, enquanto forma de promoção da independência e autonomia do cliente, elementos essenciais para a qualidade de vida do mesmo.

A escolha destes dois modelos teóricos sustentou-se no metaparadigma da enfermagem e nos principais conceitos inerentes ao mesmo, nomeadamente a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (Tomey e Alligood, 2004), tendo em conta os contextos específicos de prática clínica.

O estabelecimento da relação terapêutica constituiu-se como vetor essencial e transversal ao desenvolvimento das competências do EESMP, pelo processo de autoconhecimento que lhe esteve subjacente e que possibilitou constituir-me como instrumento terapêutico. O processo de autoconhecimento envolveu a tomada de consciência de mim mesma enquanto pessoa, resultado de vivências e processos internos, a mobilização dos meus conhecimentos e habilidades. Foi um processo nem sempre fácil, mas que possibilitou uma posterior descentralização de mim mesma, com vista à adoção de uma atitude de compreensão empática, de respeito, autenticidade, compaixão e esperança em relação ao alvo dos cuidados prestados, mantendo como foco premente a intencionalidade da ação e a prestação de cuidados genuínos, defendidos por Benner (2001) como o compromisso e envolvimento inerente à prática de enfermagem.

A intervenção desenvolvida procurou também uma análise objetiva e consciente do alvo dos cuidados no sentido do planeamento, devidamente fundamentado, como forma de dar resposta aos problemas identificados, específicos de cada utente, contemplando os imprevistos inerentes à prática de cuidados, com reformulação, sempre que necessário, do planeamento



inicial. Esta planificação consciente e deliberada é o que segundo Benner (2001) promove o ganho de eficiência, eficácia e organização, essenciais para a prestação de cuidados de excelência e asseguram a melhoria continua da qualidade dos cuidados.

Assim, considero que alicerçada no estabelecimento da relação terapêutica e no processo reflexivo que lhe esteve subjacente, bem como no planeamento dos cuidados prestados, tendo em conta a unicidade do indivíduo, procurei dar resposta às necessidades específicas do mesmo, o que me permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao grau de EESMP.

Pela implementação das sessões de movimento expressivo e relaxamento, e avaliação dos resultados obtidos, apurou-se benefício ao nível da vivência da ansiedade e impacto ao nível do bem-estar dos participantes, para além de ter promovido momentos de reflexão e partilha importantes sobre problemática da ansiedade e a mobilização de estratégias para lidar com as situações que a promovem, podendo concluir que foram alcançados os objetivos propostos com a sua implementação.

A elaboração deste relatório de estágio constitui-se como uma importante etapa que encerra todo um percurso formativo que promoveu e concretizou a aquisição de competências na área da saúde mental, essenciais também para a prestação de cuidados na minha realidade profissional ao doente oncológico. Dada a impossibilidade em dissociar corpo e mente, compreende-se que inevitavelmente, uma situação de doença física terá impacto ao nível do bem-estar emocional e na saúde mental do indivíduo e da sua família/ pessoas significativas/ grupo em que se insere, uma vez que, tal como o doente mental, a pessoa com doença oncológica se depara com desafios que requerem intervenção ao nível da proteção da sua saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial, com diminuição do grau de incapacidade inerente. Neste sentido, cumpre aos cuidados de saúde desenvolver sensibilidade e respostas efetivas para integrar as diferentes dimensões do indivíduo como alvo da sua atenção e intervenção e a OE (2019) assegura que as pessoas que se encontram em períodos de sofrimento, alteração e transtorno mental apresentam maiores ganhos em saúde se cuidados por um EESMP.

Com a concretização deste relatório de estágio, e uma vez terminada esta etapa formativa, inicia-se um novo caminho de responsabilidade profissional, em que me caberá contribuir para a descentralização do acesso a cuidados de saúde especializados no âmbito da saúde mental, a par de foco e responsabilidade sobre a qualidade e excelência no cuidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahessy, B. (2013). Creative Arts Therapies: What Psychologists Need to Know. *The Irish psychologist*, 39, 274-281.
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39, 202-210.
- American Dance Therapy Association (ADTA) (2014). What is Dance/ Movement Therapy. Acedido em 1/10/2020. Disponível em [http://www.ADTA.org/About\\_DMT](http://www.ADTA.org/About_DMT).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. (5ªed.). Brasil: Artmed.
- Andrade, M.A.A. (2011) Atelier de dançaterapia no Hospital Magalhães Lemos. Trabalho de projeto integrado. Instituto de Universidade do Porto.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Belcher, J. & Fish, L. (2000). Hildegard E. Peplau. In J. George. (Coord.) Teorias de enfermagem-dos fundamentos à prática profissional. (pp. 45-57) Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bradberry, T. & Greaves, J. (2017). *Inteligência Emocional 2.0*. (7ª Edição). Barcarena: Editorial Presença.
- Brandão, T. & Matos, P.M. (2015) Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro de mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33(1), 98-106. **DOI:** 10.1016/j.rpsp.2015.01.001.
- Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). *Respire- O poder curativo da respiração*. Alfragide: Lua de Papel.
- Bouso, R. S., Poles, K., Monteiro da cruz, D.A. (2013). Nursing Concepts and Theories. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 48(1),141-5. **DOI:** 10.1590/S0080-623420140000100018.
- Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). *Respire- O poder curativo da respiração*. Alfragide: Lua de Papel.

- Caldas de Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cerruto, E. (2007). *A ritmo di cuore. La danza terapêutica*. Milan: Xenia Edizioni
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda – volume I*. Loures: Lusodidacta.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa.
- Cruvinel, M. & Borichovitch, E. (2010). Regulação Emocional: A construção de um instrumento e resultados iniciais. *Psicologia em Estudo*, 15 (3), 537-545. **DOI:** [10.1590/S1413-73722010000300011](https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000300011)
- Damásio, A. (2013). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. 13ª Edição. Mem-Martins: Publicações Europa América.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal - Saúde Mental em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ELI: [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf).
- Donorfio, L.K.M, Vetter, R. Vravecic, M. (2010). Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement. *Journal of Women & Aging*, 22, 61–75 **DOI:** [10.1080/08952840903489094](https://doi.org/10.1080/08952840903489094)
- Figueira, M.L., Sampaio, D., Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel
- Fonseca, V. (2000). *Fundamentos Psicomotores das Expressões Artísticas. Educação pela Arte*. Livros Horizonte: Lisboa.
- Fux, M. (2005) *Depois da queda... Dançaterapia*. São Paulo: Summus.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações de ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gondim, S. M. G., & Borges-Andrade, J. E. (2009). Regulação emocional no trabalho: Um estudo de caso após desastre aéreo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 512-533. **DOI:** [10.1590/S1414-98932009000300007](https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300007).
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. (17ª Edição). Maia: Bertrand Editora.

- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3) 271-299. Acedido a 1/1/2021. Disponível em [http://www.elaborer.org/psy1045/cours/Gross\(1998\).pdf](http://www.elaborer.org/psy1045/cours/Gross(1998).pdf) .
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 1152-1168 **DOI:** [10.1037/0022-006X.64.6.1152](https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152) .
- Howk, C. (2004). Hildegard Peplau – Enfermagem Psicodinâmica. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5.<sup>a</sup> Edição), p.423-434. Loures: Lusociência.
- Joint Action On Mental Health And Wellbeing (2016). Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia. Acedido a 13/03/2021. Disponível em: [https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/RelatorioNOVA\\_PT-20160406150225.pdf](https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT-20160406150225.pdf) .
- Lane, M. (2005). Creativity and Spirituality in Nursing - Implementing Art in Healing. *Journal of Holist Nursing*. 19 (3),122–125.
- Lane, M. (2006). Arts in Health Care. A New Paradigm for Holistic Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 24 (1), 70-75.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de século edições.
- Lei nº 15/2014 (2014). Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 57 de 21-03-2014) 2127 – 2131 **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html> .
- Lei nº 156/2015. Código deontológico dos enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I Serie (Nº 181 de 2015-09-16), 8059 – 8105. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html> .
- Lei nº 15/2014. Carta dos direitos e deveres dos utentes *Assembleia da República*. *Diário da República*, I Série (N.º 57 de 2014-03-21), 2127 – 2131. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html> .
- Lowry, L.W., Aylward, P.D. (2015). Betty's Neuman's Systems Model. In M. Smith & M.E. Parker, *Nursing Theories & Nursing Practice*. (4.<sup>a</sup> Edição), p. 165-184. Philadelphia: F.A:D. Company Ed.

- Lozano, M. D. (2016). O efeito do controle respiratório em variáveis eletrofisiológicas da atenção. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1466>
- Mental Health Foundation (2014). Living with anxiety: Understanding the role and impact of anxiety in our lives. Mental Health anxiety week acessado em 29/09/2020. Disponível em <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/living-with-anxiety-report.pdf>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (2010). *NOC-Classificação dos resultados de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model. Application to nursing education and practice*. Norwalk: Comm Appleton & Long.
- Neuman, B & Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model*. (5ª Edição). Upper Saddle River: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem -Versão 2*. Loures: Lusodidacta.
- O' Toole, A.W., Welt, S.R. (1996). *Teoria interpersonal em la pratica de la enfermeria: trabalhos selecionados de Hildgard E. Peplau*. Barcelona: Masson.
- Regulamento n.º 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II Serie (Nº 122 de 25/06/2015). 17034 – 17041. ELI: <http://regulamento356/2015,2015-06-25-DRE>.
- Regulamento nº 515/2018. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II Série (Nº 151 de 07-08-2018). 21427 – 21430. ELI: <http://regulamento515/2018,2018-08-07-DRE>.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, II Serie (Nº 26 de 06-02-2019). 4744 – 4750. ELI: <http://regulamento140/2019,2019-02-06-DRE>.
- Pais, F. (2004). *O Impacto da doença oncológica no doente e família*. Enfermagem Oncológica. Coimbra: Formasau.

- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pereira, P. (2011). 5 Ritmos de Dança. Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem. (Dissertação de mestrado em enfermagem. Área de Especialização de Enfermagem saúde mental e psiquiátrica). <http://hdl.handle.net/10400.26/15653>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população Portuguesa-I. – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*. 3 (4), 191-202.
- Ramos, R. T. (2006). Antidepressants and dissiness. *Journal of Psychopharmacology*. 20 (5), 708-713.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30 (2), 88-95. DOI: [10.1590/S1516-44462008000600006](https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006).
- Ravelin, T., Kylma, J., Korhonen, T. (2006). Dance in mental Health Nursing: a hybrid concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. 27, 307–317. DOI: [10.1080/01612840500502940](https://doi.org/10.1080/01612840500502940).
- Rebello, S. & Carvalho, J.C. (2014). Ansiedade: Intervenções de Enfermagem. *Revista Presencia*. Acedido a 1/10/2020. Disponível em <http://www.index-f.com/presencia/n20/p10060r.php> .
- Santos, A.L.A. (2011). A terapia corporal através da dança. (Monografia de licenciatura em dança) Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/6777> .
- Santos, Z., Oliveira, V. & Pagliuca, L. (2004). Teria de Peplau – Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com o diagnóstico de ansiedade. *Revista RENE*. 5 (2), 110-117.
- Santos, S. & Silva, D. R. (1997). Adaptação do *State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y* para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*. 32,

85-98. Acedido a 06-10-2020. Disponível em:

<https://docs.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daNVJWTHZpU19MWk0/edit>

Silva, D. R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*. 33, 71-89. Acedido a 06-10-2020. Disponível em:

<https://docs.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daeTJCS2sxWU9uVzA/edit>

Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*. 21(1), 58-68. **DOI:** [10.5935/1678-4669.20160007](https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007).

Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 19, 77 – 84. **DOI:** [10.19131/rpesm.0205](https://doi.org/10.19131/rpesm.0205).

Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas. Lda.

Sharon W. (2010) The Creative Arts Therapies: Making health care whole. *Minnesota Medicine* 93 (7), 46-49.

Silva, D. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa, Volume I*. (pp. 45 - 60). Coimbra: Quarteto.

State of the Field Committee. (2009). *State of the field report: Arts in healthcare 2009*. Washington, DC: Society for the Arts in Healthcare. Acedido em 12/02/2020. Disponível em: [http://arts\\_in\\_healthcare.pdf\(americansforthearts.org\)](http://arts_in_healthcare.pdf(americansforthearts.org))

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2020). Guia essencial para jornalistas- Perturbação mental em números. Acedido em 6/10/2020. Disponível em <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/> .

Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist*. 2 (4), 6–16.

Telles Correia, D. (2018). *A Ansiedade nos Nossos Dias - Como identificar, como combater*. Lisboa: Bertrand Editora.

- Telles Correia, D.; Brites, L.A. (2020). *Guia Prático para vencer a Ansiedade*. Bertrand Editora: Lisboa.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Thompson, R.A. & Calkins, S.D. (1996). The double-edged sword: emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, (1), 163-182. **DOI:** [10.1017/S0954579400007021](https://doi.org/10.1017/S0954579400007021).
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Ed.). Loures: Lusociência.
- União Europeia (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. **DOI:** [10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en).
- Vaz, F.J. (2009). Diferenciação e Regulação emocional na idade adulta: Tradução e Validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9898>.
- Veríssimo, S. (2010). *Relações entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, Sintomas Depressivos e Sensibilidade ao Stresse em Puérperas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Vieira, F.M.; Fernandes, F.S.; Reichow, J.R.C.; Bernardo, M.Q. (2018). O Trabalho Respiratório como ferramenta psicoterapêutica: Uma revisão na psicologia Corporal. *Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal*. 7:83-107. Acedida em 19/2/2021. Disponível em <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rbpc>.
- World Health Organization (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Acedido em 5/10/2020. Disponível em [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/special\\_initiative\\_2019\\_2023/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/special_initiative_2019_2023/en/).



**APÊNDICES**

## **Apêndice I: Cronograma de Atividades**



Implementação de Programa de intervenção Centrada no corpo																				
Análise e interpretação dos dados levantados																				
Avaliação do Ensino Clínico																				
Elaboração do Relatório de Estágio																				

**Apêndice II:** Planeamento das sessões de movimento expressivo



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

Discente: Raquel Ferreira Lopes de Vaz Nº 9524

Local de estágio:

---

### **PLANO DAS SESSÕES DO PLANO DE INTERVENÇÃO**

#### **“DANÇAMOS?”**

As sessões de movimento expressivo serão realizadas 2 vezes por semana, com início a 6/04/2021 e término a 29/04/2021.

**Sessões:** 6

**Horário:** 11h às 11h30.

**Duração:** 30 minutos.

**Local:** Sala de atividades da \_\_\_\_\_, na \_\_\_\_\_

**Tema:** “Dançamos?”

**Participantes:** Utentes internados na Unidade \_\_\_\_\_, que aceitem livremente participar nas atividades propostas, com diagnóstico de enfermagem Ansiedade, segundo a NANDA-I, e sem comprometimento das suas capacidades cognitivas.

**Crítérios de Exclusão:** Utentes com condições físicas, intelectuais e emocionais que impeçam a participação em atividades de grupo ou que essas condições interfiram com a dinâmica do mesmo; utentes que não saibam ler, escrever ou que não compreendam a Língua Portuguesa.

**Objetivos:** Promover a dança e o movimento corporal expressivo como estratégia de redução de ansiedade; promover a expressão de emoções pelo movimento corporal; promover o bem-estar na pessoa com diagnóstico de doença mental.

**Indicadores de avaliação:** Cada utente fará o preenchimento da Escala Inventário Traço de Ansiedade de Spilberger, Versão Portuguesa de Silva (2006), na primeira e na última sessão do plano de intervenção. No final de cada uma das sessões será preenchida uma tabela de registo de avaliação da sessão relativa a indicadores de resultado relacionados com o diagnóstico de enfermagem presente: Ansiedade, bem como da palavra resumo de cada utente da mesma. Na última sessão será aplicado um questionário de satisfação relativamente ao programa de intervenção.

**Dinamizador:** Enf<sup>a</sup> Raquel Vaz, Estudante de Enfermagem na área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica.

**Sessão 1**

**“Juntos Aqui”**



<i>Fase</i>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>
<b>Fase de Acolhimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber os elementos no grupo;</li> <li>- Clarificar os objetivos definidos para com o plano de intervenção;</li> <li>- Realizar a avaliação inicial do grupo e a sua caracterização;</li> <li>- Introduzir a temática do movimento expressivo subjacente à sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar o tema do plano de intervenção e a sua pertinência;</li> <li>- Clarificar em que irão consistir as sessões;</li> <li>- Definir normas de funcionamento do grupo.</li> <li>- Solicitar o preenchimento da STAI-Y2</li> <li>- Solicitar o preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica.</li> </ul>	10 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo;</li> <li>- Ativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de atividades;</li> <li>- STAIY-2</li> <li>- Questionário de caracterização sociodemográfica;</li> <li>- Esferográficas.</li> </ul>
<b>Fase de Aquecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a coesão grupal;</li> <li>- Estabelecer pontes com a fase seguinte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar aos participantes que se posicionem de pé;</li> <li>- Incentivar à realização de exercícios de aquecimento com caminhada livre pela sala;</li> <li>- Estimular o contacto entre os elementos do grupo;</li> </ul>	1 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de atividades.</li> </ul>

<p><b>Fase de Desenvolvimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a Consciência relativa ao corpo e ao movimento;</li> <li>- Dinamizar atividades que possibilitem a expressão pelo movimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eleger um utente enquanto líder do grupo que inicia a dança e os restantes elementos devem seguir o movimento do líder. A liderança vai mudando e passa por todos os elementos do grupo.</li> <li>- No final realiza-se uma dança de calma e exercícios de respiração profunda para dar fim à sessão.</li> </ul>	<p>9 min</p>	<p>- Ativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de atividades;</li> <li>- Coluna de som;</li> <li>- Músicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>. “Delicate” de Taylor Swift,</li> <li>. “Leave a light on” de Tom walker,</li> <li>. “Say no” de Ady Suleiman,</li> <li>. “Falling like the stars” de James Arthur.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Finalização da Sessão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir em conjunto sobre o momento vivido;</li> <li>- Encorajar a partilha individual;</li> <li>- Estimular os participantes a participarem na próxima sessão;</li> <li>-Realizar a avaliação da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar os utentes a partilharem o que sentiram durante a sessão;</li> <li>- Introduzir temática da ansiedade: Costumam sentir-se ansiosos?</li> <li>- Agradecer pela presença e participação do grupo;</li> <li>-Abordar a temática da próxima sessão, quando se realizará e</li> </ul>	<p>10 min</p>	<p>-Ativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabela Registo NOC;</li> <li>- Esferográfica.</li> </ul>

	<p>incentivar à participação dos utentes na mesma;</p> <p>- Realizar o preenchimento da tabela de avaliação de sessão.</p>			
--	--	--	--	--

**Sessão 2**

**“A dança das palavras”**

<i>Fase</i>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>
<b>Fase de Acolhimento</b>	-Receber os participantes no grupo.	- Promover a partilha de emoções e experiências relativas à última sessão; - Apresentar o tema da sessão que se inicia.	5 min	-Ativo; -Expositivo.	- Sala de atividades
<b>Fase de Aquecimento</b>	- Promover a coesão grupal; - Estabelecer pontes com a fase seguinte.	- Solicitar aos participantes que se posicionem de pé; - Incentivar à realização de exercícios de aquecimento com caminhada livre pela sala; - Estimular o contacto entre os elementos do grupo.	2 min	-Ativo.	-Sala de atividades
<b>Fase de Desenvolvimento</b>	- Promover a consciencialização da pessoa sobre o corpo e o movimento; -Estimular a expressão através do movimento corporal;	- Iniciar a música e solicitar aos participantes que dancem procurando representar palavras que vão sendo partilhadas com o grupo pelo dinamizador: ex. criatividade,	10 min	- Ativo.	- Sala e atividades; - Coluna de som; - Músicas: . “Cantaloupe Island” de Herbie Hancock,

**Finalização da Sessão**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinamizar atividades que possibilitem a expressão pelo movimento.</li> </ul>	<p>leveza, alegria, intuição, esperança, fúria, gentileza, amizade, respeito</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No final realiza-se uma dança de calma e exercícios de respiração profunda para dar fim à sessão.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>. “Catch and Release” de Matt Simons,</li> <li>. “Revival” de Gregory Porter,</li> <li>. “Fica” de Domingues.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir em conjunto sobre o momento vivido;</li> <li>- Encorajar a partilha individual</li> <li>- Estimular os participantes a participarem na próxima sessão;</li> <li>-Realizar a avaliação da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar os utentes a partilharem o que sentiram durante a sessão;</li> <li>-Introduzir a temática da ansiedade: O que provoca ansiedade? Solicitar a cada um dos elementos do grupo a palavra resumo da sessão;</li> <li>- Agradecer pela presença e participação do grupo;</li> <li>-Abordar a temática da próxima sessão, quando se realizará e incentivar à participação dos utentes na mesma.</li> </ul>	13 min	-Ativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabela de Registo NOC;</li> <li>- Esferográfica</li> </ul>

**Sessão 3**

**“A dança da natureza”**

<b>Fase</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>
<b>Fase de Acolhimento</b>	- Receber os participantes no grupo.	- Promover a partilha de emoções e experiências relativas à última sessão; - Apresentar o tema da sessão que se inicia.	2 min	- Expositivo; - Ativo.	- Sala de atividades.
<b>Fase de Aquecimento</b>	- Promover a coesão grupal; - Introduzir a temática do movimento expressivo subjacente à sessão; - Estabelecer pontes com a fase seguinte.	- Solicita-se aos participantes que se mantenham de pé - Incentivar à realização de exercícios de aquecimento com caminhada livre pela sala; - Estimular o contacto entre os elementos do grupo;	1 min	- Passivo; - Ativo.	- Sala de atividades.
<b>Fase de Desenvolvimento</b>	- Promover a consciencialização da pessoa sobre o movimento corporal; - Dinamizar atividades que possibilitem a expressão pelo movimento.	- Inicia-se uma música e pede-se aos participantes que dancem procurando representar palavras que vão sendo partilhadas com o grupo pelo dinamizador: nuvem, sol, árvore, raiz, água (palavras relacionadas com a natureza)	12 min	- Ativo.	- Sala e atividades; - Coluna de som; - Músicas: . “Lovely day” de José James,



*Finalização da Sessão*

	- No final realiza-se uma dança de calma e exercícios de respiração profunda para dar fim à sessão.			. “Cold Little Heart” de Michael Kiwanuka, . “Ladies” de Lee Fields and the Expressions, . “Love is the Answer” de Aloe Black.
- Refletir em conjunto sobre o momento vivido; - Encorajar a partilha individual - Estimular os participantes a participarem na próxima sessão, -Realizar a avaliação da sessão.	- Incentivar o utente a partilhar o que sentiu durante a sessão; -Introduzir a temática da ansiedade: Como sente no corpo a ansiedade? - Agradecer pela presença e participação do grupo; -Abordar a temática da próxima sessão, quando se realizará e incentivar à participação dos utentes na mesma.	10 min	-Ativo.	- Tabela de registo NOC, - Esferográfica.

**Sessão 4**

**“Livre a dançar”**

<i>Fase</i>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>
<b><i>Fase de Acolhimento</i></b>	- Receber os participantes no grupo.	- Promover a partilha de emoções e experiências relativas à última sessão; - Apresentar o tema da sessão que se inicia.	5 min	- Expositivo; - Ativo.	- Sala de atividades.
<b><i>Fase de Aquecimento</i></b>	- Promover a coesão grupal; - Introduzir a temática do movimento expressivo subjacente à sessão; - Estabelecer pontes com a fase seguinte.	- Solicita-se aos participantes que se mantenham de pé; - Incentivar à realização de exercícios de aquecimento com caminhada livre pela sala; - Estimular o contacto entre os elementos do grupo.	1 min	- Passivo; - Ativo.	- Sala de atividades.
<b><i>Fase de Desenvolvimento</i></b>	- Promover a consciencialização da pessoa sobre o movimento corporal; - Dinamizar atividades que possibilitem a expressão pelo movimento.	- Pedir aos participantes que formem pares de dois e que virados de frente um para o outro se sigam mutuamente sem se tocarem, mas tentando manter o contacto visual. Inicia com o elemento da direita a	12 min	- Ativo.	- Sala e atividades, - Coluna de som, - Músicas: . “Hard Place” de H.E.R.,

**Finalização da Sessão**

<p>-Estabelecer pontes com a fase seguinte.</p>	<p>guiar e depois alterna pra o elemento da esquerda, e vão trocando os pares. -Realizar uma dança de calma e exercícios de respiração profunda para dar fim à sessão.</p>			<p>. “New Light” de John Mayer, . Dancing with a stranger” de Sam Smith, . “Memories” de Marron 5.</p>
<p>- Refletir em conjunto sobre o momento vivido; - Encorajar a partilha individual - Estimular os participantes a participarem na próxima sessão. -Realizar a avaliação da sessão.</p>	<p>- Incentivar o utente a partilhar o que sentiu durante a sessão; -Introduzir a temática da ansiedade: “O que faz quando se sente ansioso?”; - Agradecer pela presença e participação do grupo; -Abordar a temática da próxima sessão, quando se realizará e incentivar à participação dos utentes na mesma, -Efetuar o registo da tabela de avaliação da sessão.</p>	<p>12 min</p>	<p>-Ativo e Expositivo.</p>	<p>- Tabela de Registo NOC; - Esferográfica</p>

**Sessão 5**

**“O toque e a dança”**

<i>Fase</i>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>
<i>Fase de Acolhimento</i>	- Receber os participantes no grupo.	- Promover a partilha de emoções e experiências relativas à última sessão; - Apresentar o tema da sessão que se inicia.	5 min	- Expositivo; - Ativo.	- Sala de atividades.
<i>Fase de Aquecimento</i>	- Promover a coesão grupal; - Introduzir a temática do movimento expressivo subjacente à sessão; - Estabelecer pontes com a fase seguinte.	- Solicitar aos participantes que se mantenham de pé; - Incentivar à realização de exercícios de aquecimento com caminhada livre pela sala; - Estimular o contacto entre os elementos do grupo.	2 min	- Passivo; - Ativo.	- Sala de atividades.
<i>Fase de Desenvolvimento</i>	- Promover a consciencialização da pessoa sobre o movimento corporal; - Dinamizar atividades que possibilitem a expressão pelo movimento;	- Distribuir um tecido fluido a cada um dos participantes que inicia no chão. Solicita-se aos participantes que o incorpore progressivamente na dança;	15 min	- Ativo.	- Sala e atividades; - Tecidos; - Coluna de som; - Músicas: . “Made to Love” de John Legend

***Finalização da Sessão***

<p>-Estabelecer pontes com a fase seguinte.</p>	<p>- Realizar uma dança de calma e exercícios de respiração profunda para dar fim à sessão.</p>			<p>. “Sweet Disposition” de The Temper Trap . “Lovely Day” de José James . “Beautiful People” de Ed Sheeran</p>
<p>- Refletir em conjunto sobre o momento vivido; - Encorajar a partilha individual; - Estimular os participantes a participarem na próxima sessão; -Realizar a avaliação da sessão.</p>	<p>- Incentivar o utente a partilhar o que sentiu durante a sessão; -Introduzir a temática da ansiedade: “O que me fez sentir ansioso esta semana? O que fiz e poderia ter feito diferente?”; - Agradecer pela presença e participação do grupo; -Abordar a temática da próxima sessão, quando se realizará e incentivar à participação dos utentes na mesma; -Fazer o preenchimento da tabela de avaliação da sessão.</p>	<p>8 min</p>	<p>-Ativo e Expositivo</p>	<p>- Tabela de Registo NOC; - Esferográfica.</p>

**Sessão 6**

**“Dançamos a um até já”**



<i>Fase</i>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos</b>
<i>Fase de Acolhimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber os participantes no grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de emoções e experiências relativas à última sessão;</li> <li>- Apresentar o tema da sessão que se inicia.</li> </ul>	5 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo e ativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de atividades.</li> </ul>
<i>Fase de Aquecimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a coesão grupal;</li> <li>- Introduzir a temática do movimento expressivo subjacente à sessão;</li> <li>- Estabelecer pontes com a fase seguinte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar aos participantes que se mantenham de pé;</li> <li>- Incentivar à realização de exercícios de aquecimento com caminhada livre pela sala;</li> <li>- Estimular o contacto entre os elementos do grupo.</li> </ul>	2 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo;</li> <li>- Passivo e Ativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sala de atividades.</li> </ul>
<i>Fase de Desenvolvimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a consciencialização da pessoa sobre o movimento corporal;</li> <li>- Dinamizar atividades que possibilitem a expressão pelo movimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduzem-se balões no grupo e solicita-se que os elementos do grupo os integrem na dança;</li> <li>- No final realiza-se uma dança de calma e exercícios de respiração profunda para dar fim à sessão.</li> </ul>	10 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala e atividades;</li> <li>-Balões;</li> <li>- Coluna de som;</li> <li>- Músicas:</li> <li>. “Casio” de Jungle,</li> </ul>

***Finalização da Sessão***

				. “I don’t care” de Ed Sheeran e Justin Bieber; . “Adore you” de Harry Styles.
- Refletir em conjunto sobre o momento vivido; - Encorajar a partilha individual; - Avaliar a Sessão; - Avaliar o programa de Intervenção.	- Incentivar o utente a partilhar o que sentiu durante a sessão; - Agradecer pela presença e participação do grupo; -Solicitar o preenchimento da STAI-Y2; - Solicitar aos participantes o preenchimento do questionário de avaliação do programa.	13 min	-Ativo.	- Tabela de Registo NOC; -STAI-Y2; -Questionário de Satisfação - Esferográfica.

**Apêndice III: Plano de sessão de relaxamento**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

***Plano de sessão***

---

**Tema:** Respirar e Relaxar

**População:** Utentes em seguimento no Hospital de dia

**Local:**

**Frequência:** Sessões semanais com início 15 de Fevereiro a 19 de Março

**Horário:** 10h30-11h

**Duração:** 30 minutos

**Dinamizador (a):** Enfermeira Raquel Vaz, estudante de Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Objetivos:**

• **Objetivo Geral:** Contribuir para a redução da ansiedade e o aumento do nível de bem-estar dos utentes em seguimento no Hospital de Dia.

• **Objetivos Específicos:**

- Promover o relaxamento como estratégia de redução de ansiedade;
- Treinar técnicas de relaxamento com enfoque na respiração;
- Capacitar para a utilização de técnicas de relaxamento enquanto estratégia perante situações que promovam aumento dos níveis de ansiedade.

**Indicadores de avaliação:**

- No início e final de cada sessão serão avaliados os valores de tensão arterial e frequência cardíaca de cada um dos participantes.
- Em cada sessão será preenchida, pelo dinamizador, uma tabela de registo NOC.
- Na última sessão de cada participante será solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação das sessões.

**Recursos:** Cadeiras, colchões, coluna de som, música, sala de atividades, dinamap, guião de sessão, tabela de observação e registo da sessão, questionário de avaliação das sessões.

Fase	Objetivos	Descrição	Duração	Métodos	Recursos
<b>Acolhimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apresentar os elementos do grupo e o dinamizador,</li> <li>-Definir normas da sessão,</li> <li>-Apresentar o tema da sessão e a sua pertinência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Receber os elementos do grupo na sala e convida-los a sentar,</li> <li>-Avaliar a tensão arterial e frequência cardíaca</li> </ul>	2,5 min	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sala de atividades,</li> <li>-Dinamap</li> <li>-Cadeira</li> </ul>
<b>Aquecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a coesão grupal,</li> <li>-Introduzir a temática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convidar à partilha de vivências que considerem pertinentes para a sessão.</li> </ul>	5 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expositivo</li> <li>-Passivo/ Ativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sala de atividades</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a consciencialização da pessoa sobre o seu processo de respiração,</li> <li>-Aprender técnicas de relaxamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Solicitar aos elementos do grupo que se deitem sobre os colchões,</li> <li>- Iniciar a música</li> <li>- Incentivar à realização dos movimentos respiratórios, à consciencialização da respiração e ao relaxamento</li> </ul>	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expositivo</li> <li>-Ativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sala de atividades,</li> <li>-Colunas,</li> <li>-Colchões</li> </ul>

<b>Finalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Refletir em conjunto sobre a sessão,</li> <li>-Encorajar à partilha de opinião e emoções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilhar o que foi experienciado durante a sessão e a técnica de relaxamento</li> </ul>	5 min	-Ativo	-Sala de atividades
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar a sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reavaliar a tensão arterial e a frequência cardíaca,</li> <li>-Agradecer pela presença</li> <li>-Fomentar à participação na próxima sessão.</li> <li>-Preenchimento da tabela de registo NOC</li> </ul>	2,5 min	-Ativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinamap</li> <li>-Tabela de registo NOC</li> </ul>

**Apêndice IV:** Guião de sessão de relaxamento pela respiração diafragmática





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

### **Guião de a sessão de relaxamento**

---

Inicia-se a música de fundo e iniciam-se as instruções para o relaxamento:

Peço que se coloquem o mais confortáveis possível... (3'')

Fechem os olhos e realizem uma inspiração profunda... forcem o ar a entrar profundamente como se percorresse todo o vosso corpo... e depois deixem-no sair calmamente... (5'')

À medida que libertam o ar libertem também a tensão acumulada... de todo o vosso corpo... (5'')

Escutem a música... relaxem o corpo contra o chão... (3'') mantenham a respiração fluir... e deixem a tensão sair... (5'')

Concentrem-se somente no aqui e no agora.... E agora é o momento para se focarem somente em vocês próprios... (10'')

....

Sintam a respiração tranquila... deixem-na seguir o seu fluxo natural... inspirem calmamente... e expirem... (3x)

Inspira.... E expira... (2'')

Inspira... e expira... (2'')

De cada vez que inspiram digam para vocês mesmos "inspiro paz e expiro tensão" ... (3'')

Inspirem calmamente e expirem.... E digam para vocês mesmos "inspiro paz e expiro tensão...." (10'')

Devagar, coloquem as mãos na zona da barriga, logo abaixo das costelas... uma mão de cada lado da barriga sem tocarem uma na outra... (2'')

Inspirem calmamente... e expirem...ao ritmo natural de cada um... (5'')

....

A cada inspiração.... Sintam as mãos a elevarem-se

E os dedos a afastarem-se uns dos outros à medida que o ar entra, (5'')

Reparem como eles se juntam quando o ar sai... (10'')...

Enquanto respiram repitam mentalmente "inspiro paz e expiro tensão" .... (5'')

A cada inspiração deixem essa paz chegar a todo o corpo (5'')

Inspirem e expirem... (5'')

Concentrem-se no vosso ritmo respiratório, calmamente, sem o tentar alterar... (5'')

A cada respiração tomem consciência da dilatação da parte superior do vosso abdómen quando deixam o ar entrar (3'')

e reparem como ele se afunda quando o ar sai... (5'')

À inspiração repitam para vocês mesmos "inspiro paz e expiro tensão" (8'')

Quando inspiram deixem que a sensação de paz chegue a todo o vosso corpo... e quando expiram libertem toda a tensão que têm dentro de vós... (10'')

...

Concentrem-se agora no percurso do ar que inspiram e que expiram... (2'')

imaginem o ar que inspiram a passar pelas vias respiratórias desde o nariz até aos pulmões... (10'')

deixe que a respiração aconteça no seu ritmo natural.... (2'')

Inspira e expira.... (2'')

Sintam que em cada respiração o ar chega a todo o corpo.... (5'')

Sintam-se confortáveis.... E repitam internamente “inspiro paz e expiro tensão”... (10'')

...

Deixem que essa paz se espalhe por todo o vosso corpo...

Inspirem... e expirem... (4'')

Inspirem...e expirem... (4'')

Pensem... mentalmente... “eu estou em paz e sinto-me completamente tranquilo” (3'')

Com calma conte lentamente e silenciosamente enquanto inspira... dois...três... E depois expire... dois... três...

sentindo o ar percorrer todo o seu corpo...

Inspire... dois... três...

Expire... dois... três ( 3'')

(3x)

Afirme mentalmente... “eu estou em paz e sinto-me completamente tranquilo” ( 10'')

Continue a contar silenciosamente enquanto inspira... tentando agora inspirações mais demoradas e profundas....

Inspira dois, três quatro... e expire... dois, três, quatro... (3'')

Inspire...dois, três, quatro....

E expire.... Dois, três, quatro...

(10'')

Deixem que os tempos da respiração se prolonguem um pouco mais...

Inspire...dois, três, quatro...

E expire.... Dois, três, quatro...

(10'')

No final de cada respiração afirme mentalmente “eu estou em paz e sinto-me completamente tranquilo”

(10'' - mediante avaliação do grupo)

### **Finalização**

Quando estiverem preparados deixem-se voltar ao sítio onde se encontram...

Tomem consciência do local onde estão... (5'')

Digam para vocês mesmos “eu sinto-me bem, tranquilo e em paz”

Abram os olhos calmamente, ao ritmo individual de cada um, e deixem que o olhar percorra o interior da sala...

Feche e abra as mãos suavemente .... (3'')

Alongue todo o corpo... pés, pernas, barriga, costas, braços, pescoço...

Se vos apetecer espreguicem-se.... espreguicem-se longa e intensamente.... Ativando todos os músculos e toda a circulação sanguínea... (3'')

Vire-se de lado e sente-se devagar no seu colchão...

(Adaptação de Payne,2003; Brown & Gerbarg, 2017)

**Apêndice V:** Tabela de avaliação de resultados baseada em indicadores de resultado NOC



**Instruções de preenchimento:**

**1214 Nível de Agitação** pontuar o indicador de resultado de 1 a 5, em que 1 é grave, 2 substancial, 3 moderado, 4 leve, 5 nenhum

**0905 Concentração** pontuar o indicador de resultado de 1 a 5, em que 1 gravemente comprometido, 2 Muito comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido, 5 não comprometido

**1211 Nível de Ansiedade** pontuar o indicador de resultado de 1 a 5, em que 1 é grave, 2 substancial, 3 moderada, 4 leve e 5 nenhum

**Apêndice VI:** Questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes



## Questionário Sociodemográfico

*Os dados solicitados não permitem a sua identificação, destinando-se somente a tratamento estatístico.*

*Por favor, assinale com um “X” a sua resposta ou responda quando solicitado.*

**Iniciais do nome completo:**      |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

**Sexo:**    Masculino                   Feminino

**Idade atual:**    \_\_\_\_\_anos

**Estado Civil:**    Solteiro   
                          Casado   
                          Separado   
                          Divorciado   
                          Viúvo   
                          União de facto

**Escolaridade:**    Não frequentou   
                          1º ciclo (escola primária)   
                          2º ciclo (5º e 6º anos)   
                          3º ciclo (7º, 8º e 9º anos)   
                          Ensino Secundário   
                          Ensino Técnico/Profissional

Ensino Superior

- Situação Laboral:**
- Estudante
  - Espera 1º emprego
  - Empregado
  - Desempregado
  - Baixa/Atestado
  - Reformado
  - Doméstico
  - Outros casos

**Caso se aplique, qual a sua profissão atual?** \_\_\_\_\_

- Área de residência:**
- Área Metropolitana de Lisboa
  - Outra

Obrigada pela sua colaboração.

Enf. Raquel Vaz,

Estudante na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Apêndice VII:** Questionário de satisfação

## QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

1. Considera as sessões implementadas atividades do seu interesse?

Sim  Não

Porque? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. O que mais gostou nas sessões?

\_\_\_\_\_

3. Considera que as sessões serviram para reduzir o seu nível de ansiedade?

Sim

Não

4. Considera a hipótese de realizar estas atividades na sua vida quotidiana?

Sim

Não

5. Identifique os aspetos que entende que deviam ser melhorados:

\_\_\_\_\_

**Grata pela sua colaboração.**

Enf. Raquel Vaz, Estudante na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica

**Apêndice VIII:** Jornal de aprendizagem I



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

Discente: Raquel Ferreira Lopes de Vaz Nº 9524

Local de estágio:

---

**“A utilização dos 5 sentidos no estabelecimento da relação terapêutica”**

Na presente reflexão irei abordar uma situação vivenciada no decorrer da prática clínica, em contexto de internamento de longa duração.

Procurarei realizar o exercício reflexivo de forma sistematizada, de acordo com o ciclo de Gibbs, com vista à retrospectiva compreensiva e intencional da realidade, à tomada de consciência da situação vivida e ao desenvolvimento da capacidade de análise de mim mesma e do que presenciei, num caminho que se quer de aperfeiçoamento e aprendizagem no âmbito da intervenção especializada em enfermagem.

**Descrição da situação**

No final um turno da noite o Sr. T. inicia um quadro de agitação psicomotora com gritos estridentes intensos e frequentes, tensão facial e estereotipia tocando a sua zona genital, enquanto se deslocava pelo salão da unidade.

Estas alterações pontuais de comportamento somavam-se às características individuais de comportamento e interação do Sr. T. nomeadamente à incapacidade em direcionar o olhar, mutismo, espasticidade dos membros superiores e inferiores, que lhe conferiam por si só desequilíbrio na marcha, e que neste contexto de agitação se tornavam mais marcadas.

Este quadro manteve-se durante a passagem de turno da noite para a manhã e a meio da mesma, dada a evidencia de sofrimento do utente e a destabilização que provocava nos restantes utentes da unidade, a equipa decidiu retirar o Sr. T. da sala comum da unidade e sentamo-lo na sala de enfermagem, junto à equipa de cuidados.

Tendo em conta o conhecimento que a equipa de enfermagem tinha do Sr. T, pelo tempo de permanência na unidade de internamento, avançou-me a informação de que esta alteração marcada de comportamento era frequente no utente.

Assim que entrou na sala de enfermagem, os gritos do Sr. T cessaram progressivamente e após alguns minutos deixaram de estar presentes, mantendo, no entanto, a evidencia de tensão facial e corporal e a estereotipia, numa aparente inversão da escalada ascendente de tensão e inquietação iniciada anteriormente.

Posteriormente, já com o Sr. T. aparentemente mais calmo, o enfermeiro sentou-se ao seu lado, abraçou-o tranquilamente, e deixou ficar o seu braço à volta dos ombros do utente, estabelecendo assim o toque terapêutico, tendo sido notória a forma como ele se foi aninhando no seu braço, e a sua inquietação e tensão muscular se foi atenuando gradualmente.

### **Sentimentos (O que pensei e o que senti)**

A intensidade de agitação que o utente evidenciava no seu comportamento, deixou-me primeiramente apreensiva, por identifica-lo como imprevisível o que me conduziu a abrir espaço a que se pudesse tornar agressivo. Este meu sentir inicial conduzir-me-ia a um fechar completo ao estabelecimento da relação, sem qualquer benefício para mim, para o utente e para a d'ade de cuidados.

A presença da equipa de enfermagem, e a percepção da sua segurança e à vontade em lidar com a situação, relacionada com o conhecimento prévio do utente e do seu padrão de comportamento, tranquilizou-me e ajudou-me a mudar o foco da minha atenção de mim para o Sr. T..

Forcei-me num caminho de desconstrução deste medo, e de paragem da minha atitude de contratransferência, perguntando-me internamente sobre "o que é que o Sr. T. procura expressar?". Uma vez respondida a questão indaguei sobre "O que é esperado de mim, nesta situação, enquanto enfermeiro em desenvolvimento de competências de especialista? Que intervenção especializada poderia desenvolver nesta situação?".

É na interação, formal e informal, que se estabelece com o utente que é possível a estruturar conhecimento sobre ele, e cabe ao profissional de saúde atribuir significância ao que é observado. Por outro lado, é essencial alicerçar o conhecimento sobre o outro num processo contínuo, em que se adiciona informação, reformula e relaciona, para compreensão do seu padrão de comportamento e de resposta individual, e que este conhecimento se torna essencial para uma adequada intervenção. Portanto, que o conhecimento de uma pessoa se vai construindo num contínuo de interação. Neste sentido, compreendi que a agitação comportamental é a forma como o Sr. T. expressa o seu desconforto e inquietação, associadas ao sofrimento mental, e que é espoletado por ambientes barulhentos e agitados. Identificado este padrão compreendi que seria pertinente convidar o utente a retirar-se do espaço e promover a redução de ruído. Assim, convidei o Sr. T a sentar-se na sala de enfermagem, questionei-me se este não poderia ser um elemento potenciador da sua agitação, dada a presença de várias pessoas da equipa. No entanto, gradualmente o seu comportamento agitado foi dando lugar a uma postura aparentemente mais calma, levando-me a concluir que para o Sr. T., estar junto da equipa de enfermagem funcionava como um fator promotor da calma anteriormente comprometida, e conseqüentemente, facilitador do seu processo individual de reajuste face à situação de inquietação que vivenciava.

Reconheceria, o Sr. T., os elementos da equipa de enfermagem, como figuras de referência promotoras da sensação de segurança e de limites, essenciais enquanto elementos potenciadores da calma comprometida? E em caso afirmativo, qual o papel da relação terapêutica, estabelecida diariamente no contexto da prestação de cuidados, para este facto? Senti que é na equipa de enfermagem que o Sr. T reconhece tanto de segurança, empatia e



acolhimento, como de limites. E que estes são essenciais para que qualquer Ser Humano se sinta seguro e confortável.

É na relação que se estabelece diária e constantemente, sejam em momentos mais informais, seja na intervenção mais formal e planeada, que o utente reconhece o enfermeiro como um elemento parceiro de cuidados que está ali para e consigo.

Senti que o sucesso da intervenção terapêutica adotada junto do Sr. T. se relacionou com as diferentes etapas de intervenção que identifiquei. Numa primeira fase a mudança de espaço inicial, promoveu uma redução significativa da agitação inicial, pela redução de estímulos, e posteriormente, quando os níveis de agitação estavam já mais reduzidos, foi possível avançar o toque através do abraço, para que o utente não o sentisse como invasor e culminasse na agudização do quadro de agitação inicial.

### **Avaliação (O que foi bom e mau nesta experiência)**

Certa de que existem situações de crise de tal forma intensas e violentas que requerem a utilização medicamentosa ou a contenção física e ambiental como recurso primordial para a intervenção, foi muito positivo estar presente na interação com o Sr. T. e perceber os benefícios da intervenção centrada no estabelecimento da relação terapêutica.

Da experiência relatada há que ressaltar também como positivo a constatação dos benefícios terapêuticos associados a outras formas de comunicação para além da forma verbal, bem como na estimulação de outros sentidos, para além da audição através da fala.

As vias alternativas de chegada ao outro ganham particular importância em clientes com déficits cognitivos, como é o caso do Sr. T., em que face à pobreza no discurso, com impacto tanto na capacidade de se expressar verbalmente como na percepção da compreensão efetiva da situação, a comunicação pela palavra não é uma opção, ou sendo tem um impacto muito limitado. Mas o estabelecimento da relação em utentes cujo discurso não está comprometido funciona igualmente como um complemento à comunicação verbal, compreendendo-se como uma forma de potenciação da relação que se estabelece e dos resultados terapêuticos a alcançar.

Acredito que a retirada do Sr. T. da sala comum se constituiu muito importante não só para o utente, mas também para os demais utentes internados, na medida em que este tipo de

comportamento agitado e de estímulo sonoro, pode facilmente funcionar como um estímulo na agitação de outros utentes promovendo um crescendo de agitação geral.

### **Análise (Que sentido posso retirar da situação)**

Da situação vivida, percebi que o Ser Humano que apresenta deficits cognitivos expressa a sua dor, inquietação ou ansiedade de forma muito básica/ visceral, como no caso do Sr. T, utilizando gritos e gemidos. Deste modo, também a intervenção terapêutica deve pressupor uma via de contacto com o utente muito antes da palavra, e se remete igualmente a vias de contacto mais elementares.

Na interação com o Sr. T., face à ausência de comunicação verbal pela utilização de vocábulos, que impossibilita a palavra como via primordial de comunicação, o contacto físico pelo abraço, surge como uma forma de interação com o cliente muito eficaz, na medida em que faz uso de outros sentidos para estabelecimento do contacto com o cliente.

O contacto físico, pelo abraço, remete-se à sensação de proteção e cuidado existente, desejavelmente, desde a fase mais inicial da vida e elemento essencial no processo de desenvolvimento emocional, na relação que se estabelece entre mãe-filho e no vínculo afetivo que os une. Assim, acredito que o Sr. T. identifica o toque terapêutico com o enfermeiro como o laço de afeto e de segurança presente na relação mãe-filho.

A redução da agitação psicomotora, e o posicionamento confortável naquele abraço, demonstra que o sr. T. se sente confortável e que a sensação de acolhimento que promoveu se constituiu como profundamente terapêutica, conduzindo à reversão completa do quadro inicial.

### **Conclusão (O que poderia mais ter feito)**

Nesta situação específica não conseguimos identificar o fator desencadeador do quadro de agitação, o que nos impossibilita de intervir na eliminação dos elementos precursores da mesma ou no desenvolvimento de estratégias para lidar com eles, pelo que acredito que poderia ter realizado uma análise mais atenta nesta matéria.

Acredito que, complementarmente ao que foi feito, existe uma ampla área passível de intervenção especializada, e que nesta situação poderia passar pela estimulação de outros

sentidos tais como a audição através pela música calma; a promoção do relaxamento, da pela redução de estímulos tais como a luz, o barulho ou pela promoção da dissociação dos tempos respiratórios; pela estimulação visual, com imagens ou cores calmantes, ou a promoção de um banho de água quente relaxante.

A par das diferentes estratégias fazer-me-ia sentido a elaboração de um documento de registo, com vista a uma apurada monitorização da resposta a cada uma das intervenções específicas de enfermagem, para atualização da informação em plano de cuidados e a tomada de conhecimento sobre o nível de eficácia de cada uma das intervenções, enquanto informação importante a utilizar no futuro.

### **Planear a ação (Se esta situação acontecer novamente, o que irei fazer)**

Se esta situação acontecesse novamente focar-me-ia em evitar o fenómeno de contratransferência pelo medo que o comportamento do utente despoletou em mim, fechando-me, numa fase inicial, ao estabelecimento da relação. Focar-me-ia em questionar-me sobre que informação estaria o Sr. T. a tentar-me transmitir, e de que forma o conseguiria ajudar no processo de adaptação ao agente stressor sentido pelo utente. Procuraria desenvolver a minha intervenção focando-me na redução da inquietação e ansiedade no utente, através da estimulação de outros sentidos que me permitissem estabelecer contacto com ele. Procuraria monitorizar o resultado da minha intervenção através da leitura de indicadores diretos e indiretos no comportamento do utente com vista ao reajuste da minha intervenção caso necessário.

Ponderaria a permanência do Sr. T num espaço com menor densidade de utentes e num serviço com menos ruído, com vista à intervenção na prevenção desta alteração de comportamento.

Uma vez instalado o quadro de agitação, sinto como essencial a retirada do utente do espaço comum, com vista à redução dos estímulos.

Após reflexão e análise da situação vivida acredito que a resposta dada foi a adequada, um vez que o enfermeiro fez uso de si como instrumento terapêutico, centrou-se no utente, partiu da relação de confiança pré existente e visou a promoção da autoatualização do utente, através de uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, de modo a criar um ambiente

propicio ao crescimento, no qual a pessoa é aceite, e mobiliza os seus próprios recursos para a resolução de problemas (Sequeira & Sampaio, 2020) o que conflui com o propósito da relação terapêutica e da intervenção psicoterapêutica em Saúde Mental e Psiquiátrica.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas. Lda

**Apêndice IX:** Jornal de aprendizagem II



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

Discente: Raquel Ferreira Lopes de Vaz Nº 9524

Local de estágio:

---

## **Reflexão**

### **“Os ritmos para o estabelecimento da relação terapêutica”**

Na a presente reflexão irei abordar uma situação vivenciada no decorrer da prática clínica, em contexto comunitário.

Procurarei realizar o exercício reflexivo de forma sistematizada, de acordo com o ciclo de Gibbs, com vista à retrospectiva compreensiva e intencional da realidade, à tomada de consciência da situação vivida e ao desenvolvimento da capacidade de análise de mim mesma e do que presenciei, num caminho que se quer de aperfeiçoamento e aprendizagem no âmbito da intervenção especializada em enfermagem.

### **Descrição da situação**

No intervalo entre as atividades que decorriam na instituição, avistei a Sra. L. no exterior do edifício, sentada num banco de jardim. Aproximei-me dela com o objetivo de estabelecer relação e perguntei-lhe como se sentia. Respondeu-me “bem”. Tentei manter a interação fazendo referência ao belo dia de sol que fazia e questionando se era do seu agrado dias como daquele. Ao que me voltou a responder com um “sim”. Na tentativa de uma maior aproximação tentei manter o diálogo obtendo sempre como resposta um monossílabo que alternava entre o “sim”, o “não” e o “bem”. Na tentativa de promover a exposição da Sra. L. recorri à elaboração de questões abertas, obtendo como resposta o silêncio. Durante a interação não estabeleceu contacto visual e, uns minutos depois do início da interação, a utente pegou na sua mochila, agarrou-a entre os braços cruzados sobre o peito, levantou-se, disse-me que tinha que ir arrumar, dirigindo-se para o interior do edifício. Respondi-lhe que não havia qualquer problema e deixei-me ficar sentada no banco para a eventualidade de regressar, o que não aconteceu.

### **Sentimentos (O que pensei e o que senti)**

Durante a situação descrita senti que não estava a ser bem-sucedida o que criou dentro de mim mesma a incapacidade de respeitar os silêncios que a Sra. L. me remeteu a algumas das questões que lhe coloquei.

Numa primeira fase reconheci o regresso da Sra. L. ao interior do edifício como a confirmação desta minha falha no estabelecimento da relação e uma forma de rejeição pessoal. No entanto, rapidamente percebi que o meu foco de análise não pode centrar-se em mim, mas sim na utente de quem cuido e a quem procuro chegar.

Neste sentido percebi que o ritmo para o estabelecimento da relação não é o do profissional, mas sim o do utente. Ele é que reconhece em si mesmo, e age em conformidade, com o momento e a medida certa para o envolvimento com o profissional de saúde. Em circunstância alguma posso impor o meu ritmo à Sra. L., mas respeitar o seu tempo, mostrando-me e mantendo-me genuinamente disponível e próxima, para que a utente me reconheça como alguém a quem pode recorrer, caso sinta no seu interior que faz sentido, aceitando, sem juízos de valor, que aquele não era o momento certo para a utente estabelecer relação comigo.

### **Avaliação (O que foi bom e mau nesta experiência)**

Apesar da situação apresentada não se ter desenvolvido como eu expectava, constituiu-se como uma das primeiras etapas no estabelecimento da relação na medida em que transmitiu presença, atenção e disponibilidade à Sra. L., que se constituem como fundamentais para a demonstração de presença, aceitação e confiança e para o eventual estabelecimento da relação terapêutica.

Constituiu-se também como um momento de treino importante para o foco da minha atenção enquanto EESMP, que deve ser o utente e não eu mesma, conduzindo-me no raciocínio que impera que esteja presente no estabelecimento das relações humanas em contexto profissional.

### **Análise (Que sentido posso retirar da situação)**

A situação alvo deste momento reflexivo despertou-me para a importância da observação, análise e interpretação das situações vividas tendo como principal foco a resposta a duas questões importantes, nomeadamente: “o que é que este comportamento me mostra sobre esta pessoa?” e “que tipo de ajuda esta pessoa me está a pedir?”. Respondendo internamente a estas questões manterei o foco de atenção no utente, procurando compreender para além do evidente e mantendo, assim, possível a relação e favorecer o seu potencial terapêutico, sem me fechar a ela.

Este momento despertou-me para a capacidade de atenção que o profissional deve deter para a relação que o utente necessita ou está disponível no momento presente, e que o ritmo para o estabelecimento da relação é marcado pelo utente. A mim, enquanto profissional, cumpre respeitá-lo.

Conclui que todos os momentos de interação com o utente se constituem como momento únicos e raros para recolha de informação. Neste sentido, o episódio relatado permitiu-me aceder a informação importante sobre a utente nomeadamente aceder a potenciais áreas de intervenção. Assim, pela situação vivida com a Sr. L. detetei a possibilidade de eventual dificuldade de confiança no outro, medo no estabelecimento de contacto interpessoal,



dificuldade nas suas competências sociais e no estabelecimento de vínculos humanos. Certa, no entanto, de que impera a continuidade de interação e análise crítica para a confirmação efetiva das áreas problemáticas identificadas, afastando-me de juízos de valor ou ideias pré-concebidas.

### **Conclusão (O que poderia mais ter feito)**

Na situação apresentada iniciaria a minha interação depois de questionar a Sra. L. se estaria disponível para conversar comigo e sentar-me-ia somente após questiona-la. Durante a mesma procuraria focar-me mais em estar presente e respeitar mais os silêncios dados as questões abertas que coloquei.

Procuraria ouvir mais e falar menos, permitindo que a utente gerisse o ritmo da conversa, sem me deixar contagiar pelo medo de bloqueio da interação, avançando ao ritmo dela.

### **Planear a ação (Se esta situação acontecer novamente, o que irei fazer)**

Se uma situação como a apresentada voltar a acontecer não me irei inibir de me aproximar da utente nem evitar o contacto. Irei manter-me próxima, empática e procurarei transmitir disponibilidade para a interação, procurando, no entanto, respeitar os momentos de silêncio da utente.

Se a interação terminar com o afastamento da utente acrescentarei que me mantereí no banco de jardim caso ela possa regressar, enquanto forma de reforçar a minha presença e disponibilidade para interações futuras, sejam elas no exterior ou no interior do edifício.

## **Apêndice X: Reflexão Crítica**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA**

Discente: Raquel Ferreira Lopes de Vaz Nº 9524

Local de estágio:

---

### **Reflexão Pessoal**

“A Intervenção de âmbito psicoterapêutico em Enfermagem: Do rigor à flexibilização”

A intervenção especializada de âmbito psicoterapêutico procura dar resposta às necessidades identificadas nos indivíduos que dela são alvo e, de forma planeada, estruturada e intencional, assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos e dos processos mentais que lhes estão subjacentes, nomeadamente as suas emoções, os processos cognitivos e outras características pessoais do indivíduo.

Deste modo, para dar início à dinamização de grupos de âmbito psicoterapêutico, tendo presente a problemática da ansiedade que me propus compreender e sobre a qual desenvolver

uma intervenção especializada, parti de um apurado planeamento, definindo atividades específicas, que promoviam a expressão de emoções e a partilha de sentimentos, através da palavra e do corpo, num *setting* controlado, com tempos e dinâmicas bem definidas.

Mas poderá o EESMP intervir de facto sobre uma problemática, seja ela qual for, se não se permitir estar aberto ao que de singular e imprevisível emerge dessas dinâmicas de grupo? Conseguirá o EESMP centrar de facto os seus cuidados no utente, sendo ele um ser único e singular, resultado da sua história e vivências pessoais, se não se permitir acolher ao momento o que lhe é trazido, mantendo o foco nos resultados que se esperam obter, mas desenvolvendo simultaneamente, a capacidade de ajuste do caminho traçado inicialmente, flexibilizando o planeamento inicial?

As dinâmicas de grupo constituem-se como uma estratégia de intervenção sobre uma determinada problemática comum aos elementos que o integram. No entanto, para que seja efetiva, o EESMP necessita de desenvolver a capacidade de se manter desperto para o caminho que o grupo demonstra ser capaz, ou necessitar, de percorrer, para abordar a problemática em questão, e alcançar os benefícios terapêuticos desejados.

Constitui-se, assim, como um trabalho conjunto para e com o utente, em que cabe ao dinamizador manter o foco na intencionalidade da dinâmica implementada, mas simultaneamente, manter-se aberto ao próximo, capaz de compreender o que lhe é trazido, verbal e não verbalmente, e desenvolver a capacidade de ajuste das atividades planeadas, com vista à individualização de estratégias, de forma a maximizar a obtenção de resultados terapêuticos.

Na primeira sessão dinamizada no âmbito do programa de intervenção “Dançamos?”, uma das atividades propostas convidava os participantes a assumir alternadamente a liderança dos restantes elementos do grupo, escolhendo uma palavra, e expressando-a fisicamente, num movimento corporal que entendesse que a representaria. Seguiam-se os restantes elementos do grupo, a quem era pedido que replicassem o movimento escolhido pelo líder. Quando um dos participantes foi convidado a assumir essa liderança demonstrou um comportamento hesitante e, no final da sessão, verbalizou sentir dificuldade com a exposição pessoal, na medida em que se tornava desconfortável para ele.

Pelos dados obtidos pela observação do comportamento do utente durante a dinâmica, e pelo que foi verbalizado no final da mesma, foi identificado que a exposição pessoal se constituía, para o utente, como um elemento *stressor*.

A implementação da dinâmica de grupo possibilitou, assim o contacto do utente consigo próprio, conduzindo-o à tomada de consciência relativamente ao impacto que a exposição pessoal tem na vivência da ansiedade, e promoveu a partilha desta tomada de consciência com os restantes elementos do grupo.

No seguimento a esta partilha, alguns elementos do grupo verbalizaram sentir o mesmo, outros acrescentaram ter sentido o mesmo no passado, tendo impulsionado a partilha de vivências relacionadas com a ansiedade. As partilhas pessoais dos elementos do grupo, promoveu a identificação entre os diferentes sujeitos, tornando-os mais próximos e empáticos entre si, com impacto na coesão grupal e na tomada de consciência de emoções individuais.

A temática trazida pelo grupo na primeira sessão de movimento expressivo serviu de mote para o planeamento das sessões seguintes, no sentido em que alavancou a dinâmica e foi partir da exposição pessoal que procurei explorar a problemática da ansiedade aprofundando outras situações promotoras de ansiedade, estratégias que utilizam para as gerir, como identificam as situações de ansiedade, entre outros aspetos.

Este exemplo demonstra a forma como um dos elementos do grupo me mostrou o trajeto que devia seguir, no sentido de intervir sobre a ansiedade, no entanto para percecioná-lo foi necessário o desfoque do planeamento inicial permitindo a flexibilização dos seus limites.

Mas a tomada de consciência relativamente ao caminho a seguir só se tornou possível ao descentralizar-me de mim mesma, permitindo-me estar recetiva ao outro, ouvindo-o e observando-o com atenção, num caminho de processamento da informação no momento, e a partir daí ajustar as atividades a desenvolver e as temáticas específicas a trabalhar, com vista à obtenção de efetivos benefícios terapêuticos para o utente no âmbito da grande problemática identificada - no caso a Ansiedade.

Mas até onde poderão os limites da intervenção flexibilizar-se, sem que se comprometam os benefícios terapêuticos que se procuram atingir?

No âmbito da intervenção de âmbito psicoterapêutico pelo movimento expressivo, implementada no contexto da prática clínica, há que referir a vontade que vários utentes

verbalizaram em participar nas sessões. Neste sentido, propus-me à realização de uma sessão de grupo no salão comum da unidade de internamento, aberta a todos os utentes internados que quisessem fazer parte da mesma.

Ao longo da sessão percebi que a dinâmica não me permitiu concretizar qualquer intencionalidade, na medida em que face às dimensões do grupo e à dinâmica que se criou, perdi por completo o controle sobre os participantes. Os elementos do grupo iniciavam as atividades propostas e abandonavam-nas assim que se sentiam entediados, não integravam as indicações dadas nem concretizavam as atividades propostas, impossibilitando a continuidade de contacto pessoal e interpessoal essencial à intervenção de âmbito psicoterapêutico.

A ausência de contacto dos sujeitos consigo mesmos repercutiu-se na ausência de partilhas e de conteúdos para abordagem da temática da ansiedade, acabando por se concretizar num momento lúdico, com outro tipo de benefícios para os participantes, mas que não promoveu qualquer reflexão pessoal no caminho do autoconhecimento.

A situação relatada fez-me compreender que, apesar dos limites definidos ao planeamento inicial devam compreender em si a capacidade de flexibilidade, não podem comprometer o foco sobre a intencionalidade da ação. A flexibilidade deve, assim, remeter-se aos trilhos a percorrer para concretizar o propósito definido, sem impactar na capacidade de estar presente com e para o utente, num caminho que ser quer de individualização de estratégias que visam ensinar, orientar, treinar, assistir e capacitar o utente, com vista à integração pessoal da situação de saúde/ doença, sob pena de se perderem os benefícios terapêuticos que se procuram alcançar.

As sessões de grupo implementadas e os momentos retratados nesta reflexão constituíram-se como fundamentais no caminho de aquisição das competências específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para o EESMP, nomeadamente para o desenvolvimento da 1ª Competência<sup>7</sup> pelo processo de descentralização de mim mesma que imperou acontecer

---

<sup>7</sup> 1ª Competência do EESMP: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, merce de vivencias e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

para dinamização dos grupos e para a capacidade de estar disponível para acolher o outro. Para tal, a tomada de consciência dos meus processos internos individuais, enquanto pessoa e profissional, numa tentativa constante de ajuste dos mesmos, tornou-se essencial.

As principais áreas de aperfeiçoamento pessoal identificadas remeteram-se à capacidade de me descentralizar do planeamento inicial no sentido de dar resposta à informação trazida pelos utentes, configurando-me como instrumento no estabelecimento e manutenção da relação terapêutica, com vista à promoção de um caminho de exposição e compreensão individual e coletivo. Foi, assim, premente a necessidade de identificar e gerir a pressão internas que senti relacionada com a necessidade de controlo do tempo e o cumprimento escrupuloso das atividades planeadas, de modo a impedir que me fechasse ao outro.

Por outro lado, também a 4ª Competência<sup>8</sup> definida para o EESMP foi trabalhada no contexto apresentado, na medida em que as sessões dinamizadas resultaram da identificação previa de uma área problemática transversal aos participantes, no caso a vivência de ansiedade, e procurou constituir-se como uma intervenção que visava ajudar o utente a alcançar um nível mais saudável e satisfatório.

Os resultados obtidos foram percebidos pela monitorização dos indicadores de resultado NOC, contemplados e monitorizados na tabela de avaliação de sessão, que permitem quantificar objetivamente os ganhos em saúde obtidos, essenciais à visibilidade que a intervenção especializada de enfermagem deve procurar retratar perante os seus pares, mas também pela apreensão de dados de carácter qualitativo.

A presença dos utentes, a dinâmica de interação estabelecida ao longo das sessões entre os participantes, e as narrativas individuais denunciaram um caminho de melhoria dos níveis de bem-estar e satisfação pessoal, com conseqüentemente impacto positivo na saúde dos participantes.

---

<sup>8</sup> 4ª Competência do EESMP: Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

Estes aspetos remeteram-me, mais uma vez, para a importância da presença e atenção do EESMP com vista à reflexão sobre e para a ação, que só é possível se desenvolvida a capacidade de atenção ao outro como alicerce para a escolha de estratégias adaptadas e individualizadas que fomentem a exposição dos participantes. Uma vez promovida a exposição individual importa que o EESMP se mantenha presente e suporte o indivíduo no caminho da tomada de consciência das suas emoções e padrões de resposta, com vista à regulação emocional essencial no âmbito da vivência da problemática da Ansiedade.



**ANEXOS**

**Anexo I: STAI-Y Forma 2**

## QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y – 2, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva (2006)

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

1 – Quase nunca 2 – Algumas vezes 3 - Frequentemente 4 – Quase sempre

<b>21. Sinto-me bem</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>22. Sinto-me nervoso e inquieto</b>	1	2	3	4
<b>23. Sinto-me satisfeito comigo próprio</b>	1	2	3	4
<b>24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo</b>	1	2	3	4
<b>25. Sinto-me um falhado</b>	1	2	3	4
<b>26. Sinto-me tranquilo</b>	1	2	3	4
<b>27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo</b>	1	2	3	4
<b>28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver</b>	1	2	3	4
<b>29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância</b>	1	2	3	4
<b>30. Sou feliz</b>	1	2	3	4
<b>31. Tenho pensamentos que me perturbam</b>	1	2	3	4
<b>32. Não tenho muita confiança em mim</b>	1	2	3	4
<b>33. Sinto-me seguro</b>	1	2	3	4
<b>34. Tomo decisões com facilidade</b>	1	2	3	4
<b>35. Muitas vezes sinto que não sou capaz</b>	1	2	3	4
<b>36. Estou contente</b>	1	2	3	4
<b>37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem</b>	1	2	3	4

<b>38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>39. Sou uma pessoa estável</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Silva (2006)

**Anexo II:** Certificado de presença em Webinar “A Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**RAQUEL FERREIRA LOPES DE VAZ,**

membro nº **51070** desta Ordem, participou no **Webinar<sup>1</sup> -1 A Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência**, no dia **14 de Dezembro de 2020**, com a duração total de **01h30**, realizado através da “Plataforma digital *Cisco Webex Events*”.

**Lisboa, 18 de Dezembro de 2020.**

P<sup>l</sup>A Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

**Anexo III:** Certificado de presença em Webinar “A Enfermagem de Saúde Mental no Idoso”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**RAQUEL FERREIRA LOPES DE VAZ,**

membro nº **51070** desta Ordem, participou no **Webinar<sup>1</sup> 2 – A Enfermagem de Saúde Mental no Idoso**, no dia **15 de Dezembro de 2020**, com duração total de **01h30**, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

**Lisboa, 22 de Dezembro de 2020.**

P<sup>l</sup>A Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuí 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.



**Anexo IV:** Certificado de presença em Webinar “A Enfermagem de Saúde Mental nos Comportamentos Aditivos e Dependências”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**RAQUEL FERREIRA LOPES DE VAZ,**

membro nº **51070** desta Ordem, participou no **Webinar<sup>1</sup> 4 – A Enfermagem de Saúde Mental nos Comportamentos Aditivos e Dependências**, no dia **17 de Dezembro de 2020**, com duração total de **01h30**, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

**Lisboa, 22 de Dezembro de 2020.**

P<sup>l</sup>A Bastonária

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,33** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

**Anexo V:** Certificado de presença em Webinar “Estratégias de gestão emocional dos enfermeiros em tempos de covid-19”

# CERTIFICADO

Certifica-se que

*Raquel Vaz*

participou no 4º Webinar Emoções em Saúde - ui&de/ESEL, subordinado ao tema  
**"Estratégias de gestão emocional dos enfermeiros em tempos de COVID-19"**, realizado por videoconferência, no dia 24 de fevereiro de 2021,  
das 15h00 às 17h00.

*Paula Paula ympe Diogo*

Professora Doutora Paula Diogo  
Coordenadora da Área de Investigação  
"Emoções em Saúde"

