



ESTRATÉGIAS PARA GERIR A ANSIEDADE:

**Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas
na Área de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica**

Eduarda Cerqueira de Freitas

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESTRATÉGIAS PARA GERIR A ANSIEDADE

STRATEGIES FOR MANAGING ANXIETY

Relatório de Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Doutora Isilda Maria Oliveira Carvalho Ribeiro e coorientado pela Professora Doutora Maria Júlia Costa Marques

Eduarda Cerqueira de Freitas

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

Perante um período intenso de trabalho, com muita dedicação, ansiedade, insegurança e satisfação à mistura, quero agradecer a quem se manteve sempre ao meu lado e me deu apoio e confiança.

À Prof^a Dr.^a Isilda Ribeiro, minha orientadora, pelas suas críticas construtivas e serenidade ao longo de todo o processo.

À Prof^a Dr.^a Júlia Marques, coorientadora, pela sua sinceridade, rigor em todos os momentos de trabalho e compreensão.

À minha família, especialmente à minha irmã, o meu pai e a minha mãe pelo apoio, pela tolerância aos dias passados a trabalhar e aos desabafos.

Ao meu noivo, por compreender os dias fechados em casa à frente do computador, por estar ao meu lado nos momentos que mais precisava, pela esperança que depositou em mim e no meu trabalho e por me fazer sorrir todos os dias.

À minha amiga que conheci ao longo deste curso, à minha companheira de trabalhos académicos e momentos no *Discord*, que sempre se demonstrou um suporte inabalável ao longo deste ano e meio.

ABREVIATURAS | SIGLAS | ACRÓNIMOS

APA - American Psychiatric Association

CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CAMI - Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador

CASI - Índice de Satisfação do Cuidador

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DGRSP - Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

ECCI - Equipa de Cuidados Integrados

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP- Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NIC - Classificação Intervenções Enfermagem

NOC - Classificação Resultados Enfermagem

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PROARR - Parar, Respirar, Observar, Analisar, Refletir, Resolver

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi redigido este Relatório de Estágio de forma a obter o Título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Desde setembro de 2023 até janeiro de 2024, foram efetivados três estágios em áreas diferentes, na área de cuidados diferenciados, de cuidados na comunidade e de cuidados no internamento, nos quais a temática central, estratégias para gerir a Ansiedade, foi globalmente abordada.

Com o intuito de adquirir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), em cada local de estágio, considerando a população alvo e as suas particularidades, foi desenvolvido um estudo de caso e desenhado um projeto de intervenção que foi executado a nível individual no estágio de cuidados na comunidade e em grupo nos restantes locais. A atuação ao longo destes estágios teve como fundamento os conhecimentos, habilidades e intervenções associadas ao EEESMP, sendo que o processo de tomada de decisão se encontra clarificado ao longo do documento. De forma a colmatar as necessidades teóricas, procedeu-se à elaboração de uma pesquisa bibliográfica em diversas fontes, privilegiando as mais recentes.

Apesar de serem ambientes completamente distintos, foi possível estabelecer e atuar em diagnósticos similares entre as diferentes populações. No entanto, a conduta para com os mesmos dependeu das variadas características e limitações que definiam os indivíduos. A personalização dos cuidados desempenhou um papel fundamental e compatível com o dever deste profissional.

De forma a identificar a aquisição das competências mencionadas, a reflexão apresentou um lugar de destaque, facilitando a modelação de uma nova identidade profissional, contribuindo para o crescimento e apropriação dos cuidados de saúde especializados.

Palavras-chave: Saúde Mental, Ansiedade, Enfermagem, Estratégias

ABSTRACT

As part of the Master's Course in Mental Health and Psychiatric Nursing, held at Escola Superior de Enfermagem do Porto, this Internship Report was written in order to obtain the Title of Psychiatric Clinical Nurse Specialist. From September 2023 to January 2024, three internships were carried out in different areas, in the area of differentiated care, community care and inpatient care, in which the central theme, strategies for managing Anxiety, was globally addressed.

With the aim of acquiring the common and specific competences of the Psychiatric Clinical Nurse Specialist, a case study was developed at each internship, taking into account the target population and its particularities. An intervention project was designed which was carried out individually at the community care internship and in groups at the other internships. The work carried out during these internships was based on the knowledge, skills and interventions associated with the Psychiatric Clinical Nurse Specialist, and the decision-making process is clarified throughout the document. In order to meet the theoretical needs, bibliographical research was carried out in various sources, favoring the most recent.

Despite being completely different environments, it was possible to establish and act on similar diagnoses between the different populations. However, the action taken before them depended on the different characteristics and limitations that defined the individuals. The personalization of care played a fundamental role and was compatible with this professional's duty.

In order to identify the acquisition of the aforementioned competences, reflection featured prominently, facilitating the modeling of a new professional identity, contributing to the growth and appropriation of specialized healthcare.

Keywords: Mental Health, Anxiety, Nursing, Strategies

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| <i>Tabela 1: Sinais e sintomas Ansiedade</i> | 20 |
| <i>Tabela 2: Perturbações de Ansiedade</i> | 22 |
| <i>Tabela 3: Instrumentos de Avaliação: Ansiedade</i> | 25 |
| <i>Tabela 4: Diagnósticos identificados na população alvo do estágio I- Diferenciados</i> | 36 |
| <i>Tabela 5: Critérios de resultado - Diferenciados</i> | 36 |
| <i>Tabela 6: Pontos de Corte da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit</i> | 54 |
| <i>Tabela 7: Diagnósticos de Enfermagem - Intervenção Individual UCC</i> | 58 |
| <i>Tabela 8: Critérios de resultado - Intervenção Individual UCC</i> | 59 |
| <i>Tabela 9: Diagnósticos de Enfermagem - Estudo de Caso UCC</i> | 68 |
| <i>Tabela 10: Critérios de resultado - Estudo de Caso UCC</i> | 69 |
| <i>Tabela 11: Diagnósticos de Enfermagem - Internamento</i> | 77 |
| <i>Tabela 12: Critérios de resultado - Internamento</i> | 77 |
| <i>Tabela 13: Aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista</i> | 85 |
| <i>Tabela 14: Aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i> | 89 |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1 ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA CENTRAL..... | 17 |
| 1.1. Problemática em Estudo..... | 17 |
| 1.2. A Ansiedade como Diagnóstico De Enfermagem e o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica..... | 23 |
| 2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS..... | 29 |
| 2.1. Contexto de Cuidados Diferenciados..... | 29 |
| 2.1.1. Caraterização do Contexto Clínico..... | 30 |
| 2.1.2. Objetivos..... | 30 |
| 2.1.3. Contextualização..... | 31 |
| 2.1.4. Avaliação das Necessidades..... | 32 |
| 2.1.5. Planeamento..... | 36 |
| 2.1.6. Execução..... | 41 |
| 2.1.7. Resultados e Avaliação..... | 44 |
| 2.2. Contexto Comunitário..... | 47 |
| 2.2.1. Caraterização do Contexto Clínico..... | 47 |
| 2.2.2. Objetivos..... | 49 |
| 2.2.3. Contextualização..... | 50 |
| 2.2.4. Avaliação das Necessidades..... | 52 |
| 1. Intervenção Individual..... | 55 |
| 1.1 Necessidades Identificadas..... | 56 |
| 1.2 Planeamento..... | 59 |
| 1.3 Execução..... | 61 |
| 1.4 Resultados e Avaliação..... | 65 |
| 2. Estudo de Caso..... | 67 |
| 2.1 Necessidades Identificadas..... | 67 |

| | |
|--|------------|
| 2.2 Planeamento..... | 69 |
| 2.3. Contexto De Internamento..... | 71 |
| 2.3.1. Caraterização do Contexto Clínico..... | 71 |
| 2.3.2. Objetivos..... | 72 |
| 2.3.3. Contextualização..... | 73 |
| 2.3.4. Avaliação de Necessidades..... | 74 |
| 2.3.5. Planeamento..... | 78 |
| 2.3.6. Execução..... | 80 |
| 2.3.7. Resultados e Avaliação..... | 82 |
| 3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... | 84 |
| 3.1. Competências Comuns Enfermeiro Especialista..... | 84 |
| 3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica..... | 89 |
| 3.3. Análise Crítico-Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências..... | 94 |
| CONCLUSÃO..... | 99 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 101 |
| ANEXOS..... | 105 |
| ANEXO I - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: DIFERENCIADOS | |
| ANEXO II - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: COMUNIDADE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL | |
| ANEXO III - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: COMUNIDADE ESTUDO DE CASO | |
| ANEXO IV - PLANEAMENTO DAS SESSÕES: COMUNIDADE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL.. | |
| 123 | |
| ANEXO V - POWERPOINT “CONTROLAMENTE” | |
| ANEXO VI - MAPA DO AUTOCONTROLO | |
| ANEXO VII - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: INTERNAMENTO | |

INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser definida como o estado de bem-estar no qual o indivíduo compreende as suas próprias capacidades, consegue lidar com as situações *stressoras* do dia-a-dia e é capaz de contribuir para a sua comunidade. Constitui-se como um dos contributos mais importantes para a manutenção da funcionalidade do indivíduo (Crispim, 2023).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) apresenta um papel importante na sociedade, focando-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção na presença de processos geradores de sofrimento ou doença mental. Tem como finalidade auxiliar o indivíduo a manter, melhorar ou recuperar a sua máxima capacidade funcional. A sua atuação especializada torna-se relevante para a vida de uma pessoa, facilitando a aquisição de competências para lidar com processos geradores de *stress* e diminuindo o seu grau de incapacidade significativamente (Diário da República, 515/2018). Na sua prática clínica, o EEESMP desenvolve competências no âmbito psicoterapêutico, permitindo manter uma prática específica, singular e distinta das outras áreas de especialidade (Diário da República, 515/2018).

Com o intuito de adquirir o Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, está contemplada a realização de um relatório de estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Desde setembro de 2023 até janeiro de 2024 foram realizados três estágios, na área dos cuidados diferenciados, dos cuidados na comunidade e dos cuidados no internamento. A temática central deste trabalho, estratégias para gerir a Ansiedade, foi transversal aos três locais de estágio, estando enquadrado neste documento o trabalho desenvolvido ao longo dos mesmos. O objetivo principal passou por alcançar as competências comuns e as competências específicas do EEESMP.

Assim, este documento encontra-se dividido em três capítulos, nomeadamente, o primeiro capítulo focado no enquadramento teórico, abordando a temática central, como também o papel do EEESMP perante esta temática. No segundo capítulo, focado na análise do processo de cuidados nos diferentes contextos clínicos, encontra-se descrito o processo de tomada de decisão perante o contexto, a população alvo e as necessidades identificadas nos três locais de estágio. Já o terceiro capítulo expõe a forma como as diversas competências foram

obtidas, dando abertura para uma análise crítico reflexiva sobre o processo de aquisição dessas competências ao longo destes cinco meses. A procura por novos conhecimentos e habilidades tornam o profissional cada vez mais competente para poder exercer, dando resposta às necessidades cada vez mais complexas da população. Este trabalho permitiu demonstrar a forma como uma nova identidade pessoal e profissional se moldou, perante as diversas experiências vivenciadas ao longo do semestre, possibilitando a obtenção de novas competências.

1 ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA CENTRAL

A tomada de decisão na área da saúde é bastante complexa, devendo ser criteriosamente ponderada antes de ser executada. Considerando os progressos contínuos que têm vindo a ocorrer nesta área, os profissionais de saúde enfrentam o desafio de se manter constantemente atualizados (Barbosa & Bohomol, 2016). De forma a dar uma resposta adequada às necessidades identificadas da população alvo nos diferentes estágios, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica. Através da mesma, foi possível compreender a temática central e a forma como o EEESMP pode atuar.

1.1. Problemática em Estudo

A perturbação mental pode ser definida como uma alteração expressiva ao nível da cognição, regulação emocional e do comportamento da pessoa. Existem diversos tipos de perturbações mentais, criando diferentes impactos no funcionamento da pessoa e nas consequências do seu dia a dia (World Health Organization [WHO], 2022). Poderá afirmar-se que a pessoa que não consegue lidar com as dificuldades normais da vida, de trabalhar de forma próspera e de contribuir para a comunidade, estará, de certa forma, com a sua saúde mental comprometida (WHO, 2022).

Em 2019, quase mil milhões de pessoas, incluindo 14% dos adolescentes do mundo viviam com uma perturbação mental. As perturbações mentais são uma das principais causas de deficiência. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média dez a vinte anos mais cedo do que a restante população, devido a, maioritariamente, doenças físicas evitáveis (WHO, 2022).

Existem diversas ameaças globais à saúde mental, nomeadamente, as desigualdades sociais e económicas, as emergências de saúde pública, a guerra e a crise climática. Considerando tais ameaças, foi perceptível a ocorrência de um aumento de Ansiedade e Depressão entre a

população, estimando-se um aumento de 25%, só no primeiro ano da pandemia Covid-19 (WHO, 2022).

A população com maior risco de desenvolver problemas de saúde mental é, geralmente, a população mais pobre e desfavorecida da sociedade. Tal situação é similar em, praticamente, todos os países. Para além deste risco aumentado, há também a possibilidade de não receberem os serviços e os tratamentos mais adequados. Analisando esta vulnerabilidade, coloca-se a questão da necessidade de aumentar e melhorar a disponibilização de cuidados em saúde que promovam o bem-estar e a qualidade de vida. Torna-se fulcral permitir que algumas mudanças sejam implementadas, de modo que a saúde mental cesse de ser mundialmente negligenciada e os recursos adequados à manutenção da mesma sejam disponibilizados. No mesmo sentido, permitir que haja um aprofundamento do valor e do compromisso atribuído à saúde mental, de modo que as pessoas com doença mental possam ser incluídas em todos os aspetos da sociedade, de forma a diminuir a discriminação e o estigma, promovendo a justiça social (WHO, 2022).

Em Portugal, os problemas de saúde mental também são visíveis, sendo que este é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas a nível europeu. Da diversa lista de transtornos, as perturbações de Ansiedade apresentam a prevalência mais elevada em Portugal, seguindo-se as perturbações de humor. De todas as doenças documentadas em Portugal, as doenças cerebrovasculares (13,7%), seguidas pelas doenças mentais e do comportamento (12,8%) representam a carga global de doenças neste território (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Analisando a situação mencionada, parece pertinente realçar e refletir sobre a mesma. Torna-se evidente a necessidade de melhorar e expandir os cuidados atribuídos à doença e à saúde mental, sendo que Portugal também se enquadra nesse plano. Percecionando os problemas mentais a nível mundial e a nível nacional, as perturbações a nível das emoções detêm uma nomeação relevante e que deve ser explorada (WHO, 2022).

As emoções são um elemento fundamental na tomada de decisão. De acordo com Damásio (2011 in Serrado, 2020), é através das emoções que todas as experiências, objetos e pessoas são qualificados e catalogados em determinados sistemas neuronais. Assim, perante um determinado estímulo, a pessoa é abrangida por uma emoção, da qual resulta uma expressão somática (Carvalho et al., 2019). Através dessa emoção, o estímulo é qualificado - positivo ou negativo, prazeroso ou doloroso- permitindo a avaliação do mesmo como algo a repetir ou a evitar (Damásio, 2011 in Serrado, 2020).

Perante as diferentes situações que surgem, as emoções podem evidenciar-se através de comportamentos e alterações fisiológicas, tais como, alteração da respiração, da tensão arterial ou da tensão muscular (Silva, 2021). A emoção apresenta assim um papel essencial na

adaptação e integração da pessoa à vida, sendo que esta percepção é atribuída pela componente cognitiva, o que permite a compreensão do que se passa no campo ambiental que rodeia o indivíduo e que estipula o comportamento (Alves, 2018).

A Ansiedade é uma emoção universal, sentida por todos e essencial à sobrevivência dos seres vivos (Correia & Brites, 2020). É algo que todo o indivíduo já sentiu nalgum momento da sua vida, referindo-se a uma emoção adaptativa, saudável e necessária. No entanto, quando a Ansiedade ultrapassa os limites da normalidade tornando-se excessiva e comprometendo a saúde física e emocional da pessoa, tal significa que a mesma é patológica, necessitando de intervenção (Crispim, 2023).

Ao longo dos diversos momentos da vida, é normal sentir Ansiedade, no entanto, a mesma não deve ocupar o lugar de protagonista e fazer com que o dia-a-dia se altere (Correia & Brites, 2020). É necessário entender que esta emoção não deve ser vista como um inimigo, pois, sem o estímulo da Ansiedade, não seria possível perceber o perigo e agir conforme o mesmo (Crispim, 2023).

Quando se aborda o assunto da Ansiedade, é indispensável diferenciá-la do medo. Apesar de ambos se apresentarem como emoções que causam desconforto e angústia, ocorrem de forma diferente (Correia & Brites, 2020). A Ansiedade pode ser descrita como uma antecipação de ameaça futura, sem que haja um motivo claro para o desenvolvimento dos sintomas. No entanto, o medo pode ser definido como a percepção de uma ameaça verdadeira, sendo que a sintomatologia desaparece quando a ameaça já não é mais percebida, algo que poderá não ocorrer na Ansiedade (Mercês et al., 2020).

A Ansiedade agrupa um conjunto de sintomas que interfere com diversos âmbitos, o físico, o cognitivo e o comportamental. É descrita como um estado de tensão, medo e preocupações excessivas, no qual se verifica a presença de sensações físicas limitadoras e reações emocionais desencadeadas por diferentes gatilhos. O indivíduo sente uma preocupação constante em relação ao futuro (Albuquerque & Almeida, 2020).

Como já foi estabelecido, saber manter o equilíbrio, para impedir que esta emoção se torne excessiva e limitadora, é essencial para que a Ansiedade não se torne patológica. Tal pode ser revelado pelos comportamentos que o indivíduo pode exibir (Santos et al., 2021). Quando ansiosa, a pessoa torna-se vigilante em relação ao seu ambiente e aos possíveis perigos que o mesmo comporta. Poderá apresentar comportamentos de evitação para com a situação, locais ou pessoas. Nesse rebuliço de preocupações constantes, surgem os pensamentos catastróficos que podem inundar a mente e causar mais transtorno. A presença de todos estes elementos gera um ciclo vicioso, no qual a Ansiedade é sustentada (Crispim, 2023).

Tabela 1: *Sinais e sintomas Ansiedade*

| Sintomas psicológicos | Sintomas somáticos |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Apreensão e tensão que podem ser constantes e generalizadas ou intermitentes; • Presença de medos e preocupações desproporcionais face às circunstâncias, que podem ou não estar associadas a estímulos; • Comportamentos de evitamento ou hipervigilância; • Dificuldades de concentração; • Alterações do sono; • Irritabilidade; • Despersonalização e desrealização. | <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia ou bulimia; • Xerostomia; • Náuseas e/ou vômitos; • Diarreia; • Desconforto epigástrico; • Flatulência; • Opressão torácica; • Hiperventilação; • Dispneia; • Palpitações; • Taquicardia; • Hipertensão ou hipotensão; • Algias difusas; • Cefaleias; • Inquietação psicomotora; • Tremores; • Tensão muscular; • Astenia; • Tonturas; • Parestesias; • Perturbação da função sexual; • Sudorese. |

Adaptado de Crispim (2023)

A Ansiedade é uma emoção singular para cada indivíduo, sendo que se fundamenta nas suas próprias experiências. Todas as experiências têm a capacidade de influenciar o bem-estar e o caminho que o indivíduo vai percorrendo (Albuquerque & Almeida, 2020). As experiências condicionam o que a pessoa sente e a forma como se comporta, de modo que, as vivências negativas e traumáticas apresentam um papel importante. A sua origem genética ou biológica, como também as pressões sentidas no dia a dia, quer a nível profissional, social, financeiro e familiar podem desencadear diversos gatilhos (Crispim, 2023).

Caso a Ansiedade tenha uma presença assídua, trazendo consigo a sua sintomatologia desconfortável e que causa angústia, torna-se previsível que o humor da pessoa sofrida possa ficar comprometido (Crispim, 2023). É visível a associação entre a sintomatologia depressiva e a Ansiedade, já que esta última, se não controlada pode provocar consequências negativas.

À medida que o limite começa a ser atingido, no qual a disfuncionalidade se começa a notar e o sofrimento a aumentar, o adoecer é perceptível (Albuquerque & Almeida, 2020).

O estigma e a vergonha costumam ser mencionados quando se revê a literatura sobre problemas de saúde mental. Este é um problema sério que leva ao isolamento, à perda de relações, à diminuição da autoestima e ao auto estigma (WHO, 2022). Para além disso, pode condicionar a consciencialização do cliente sobre o seu problema de saúde, comprometendo o seu envolvimento no tratamento e a procura por ajuda. O número de pessoas com Ansiedade tem vindo a aumentar (WHO, 2022), podem existir diversas razões para tal, seja que a cada ano tem vindo a crescer um novo acontecimento ao qual a população se tem de adaptar ou, talvez, que a sociedade se tenha tornado mais exigente. De qualquer forma, a compreensão desta emoção e da sua gestão é necessária, de modo a permitir uma melhor qualidade de vida e ganhos em saúde (Santos, 2021).

Um dos aspetos mais comuns relativamente à Ansiedade, é que a pessoa que se sente ansiosa tem a sensação de perder o controlo. O autocontrolo apresenta uma função crucial perante a Ansiedade, visto que a mesma é controlada pelo próprio indivíduo, pelos objetivos que o mesmo traça para si, pelos ambientes que frequenta, pelo que publica nas redes sociais ou pelas decisões que toma no seu dia a dia. A sua reação à presença da Ansiedade é, também, um fator relevante (Crispim, 2023). Quando há uma crise de Ansiedade, os sintomas físicos ganham maior relevância, pelo desconforto que criam. No entanto, estes não são a causa da Ansiedade, mas sim a sua consequência. O desenvolvimento desta perceção relativamente às emoções, permite que a pessoa que a vivencia possa inteirar-se do que está a sentir e identificar o que as pode ter desencadeado. O autocontrolo é mantido quando os gatilhos são nomeados e o indivíduo reflete sobre as suas sensações corpóreas e cognitivas e a forma como pode responder às mesmas (Crispim, 2023).

É impossível evitar a Ansiedade no dia a dia, visto que a mesma vai estar sempre presente. Ao incorrer em comportamentos de evitação, o indivíduo pode sentir um alívio momentâneo, no entanto, o receio em relação à situação torna-se cada vez pior. Contudo, se a Ansiedade for compreendida e aceite e os pensamentos analisados, é possível manter o controlo. Este é um processo que exige paciência, já que a sua evolução é lenta e intermitente (Crispim, 2023).

Um dos modelos que pretende explicar este fenómeno da Ansiedade é o Modelo de Ansiedade Traço/ Estado de Spielberger. Quando se aborda a Ansiedade-Estado, este conceito remete para um estado transitório, ocorrendo uma reação episódica ou situacional. Por outro lado, a Ansiedade-Traço refere-se a uma característica da personalidade, isto é, uma estrutura permanente na pessoa, na qual se poderá observar uma reação habitual e consistente perante as situações. Este modelo pretende explicar a relação que pode existir entre os diferentes fatores externos e internos que se tornam indutores do *stress* (Barroso, 2015). A compreensão do traço e do estado torna-se importante, de modo que se consiga compreender a intensidade

e a frequência da Ansiedade. Perante a ameaça existente e percebida pelo indivíduo, a sua reação será proporcional à dimensão que a ameaça representa para o mesmo. Assim, verifica-se que as pessoas com um traço de Ansiedade mais elevado se tornam mais vulneráveis aos diferentes acontecimentos *stressores* externos. Apesar das diferentes avaliações existentes, continua-se a desconhecer as diferenças individuais referentes ao traço (Barreto, 2017).

Por outro lado, existem outros modelos que podem explicar a Ansiedade, nomeadamente o Modelo Integrativo de Izard ou a Teoria das Emoções de Lang. O Modelo Integrativo de Izard pressupõe que diferentes fatores, tais como: fatores neurobiológicos, comportamentais e cognitivos afetam o funcionamento humano. As emoções surgem dos esquemas cognitivos elaborados com base no ambiente e relações que envolvem o indivíduo, juntamente com o traço pessoal de cada um (Barroso, 2015).

De acordo com a Teoria das Emoções de Lang, a estrutura motivacional do indivíduo divide-se em sistemas de defesa ou de prazer. Desta forma, perante uma situação de ameaça, tal como a Ansiedade é percebida, o indivíduo desenvolve emoções desagradáveis como forma de o proteger das situações que as provocaram. Estas emoções são construídas com base em fatores ambientais (Barroso, 2015).

Averiguando as diferentes teorias que descrevem o processo de desenvolvimento desta emoção, é perceptível que existem diferentes fatores que desencadeiam as reações. Estes fatores são fatores externos e implicam alterações ambientais e relacionais que exigem uma resposta do indivíduo. No entanto, verifica-se a presença iminente de fatores intrínsecos que correspondem à personalidade do indivíduo e que modificam a percepção da ameaça, e que podem condicionar de forma positiva ou negativa a sua reação (Barreto, 2017).

Como já foi mencionado, até um certo ponto, a Ansiedade pode beneficiar o indivíduo, no entanto, quando essa margem é ultrapassada, pode tornar-se patológica (Albuquerque & Almeida, 2020). Quando a vida da pessoa é controlada pelas suas emoções negativas, levando a comportamentos desajustados e disfuncionalidade, poderá considerar-se a existência de uma perturbação de Ansiedade. Este é um diagnóstico médico que envolve a avaliação por um psiquiatra. De acordo com American Psychiatric Association (2014), as perturbações de Ansiedade podem ser identificados como:

Tabela 2: Perturbações de Ansiedade

| | |
|---|--|
| Perturbação de Ansiedade de Separação | Fobia Específica |
| Perturbação de Ansiedade Social | Perturbação de Pânico |
| Agorofobia | Perturbação de Ansiedade Generalizada |
| Perturbação de Ansiedade Induzido por Substâncias/ Medicamento | Perturbação de Ansiedade devido a outra condição médica |

A abordagem terapêutica às perturbações de Ansiedade tem vindo a mudar, sendo que se tem vindo a optar por aplicar, concomitantemente, diferentes tratamentos (Bastos, 2023). A terapêutica medicamentosa sempre foi selecionada como o método de tratamento principal, atuando nos sintomas e tentando amenizar o desconforto. Por outro lado, o tratamento psicoterapêutico, como a terapia cognitivo-comportamental, têm demonstrado resultados positivos para com esta patologia (Albuquerque & Almeida, 2020). As diversas causas que levam a perturbações de Ansiedade detêm sempre fatores intrínsecos ao próprio indivíduo e ao seu ambiente, pelo que o controlo da sua sintomatologia não se torna suficiente para gerir esta perturbação (Santos et al., 2021).

A visão que o profissional de saúde apresenta do cliente deve ser uma visão holística. A identificação dos diversos fatores/causas já abordados, quer a nível social, familiar, ocupacional vão auxiliar na manutenção das necessidades encontradas. Assim, o desenvolvimento e implementação das intervenções deve ir ao encontro das mesmas, mantendo como foco a pessoa como um todo (Albuquerque & Almeida, 2020). A família detém um lugar importante na vida de uma pessoa, pelo que pode ser um fator facilitador ou dificultador para a sua saúde mental. Compreender a dinâmica familiar, as relações estabelecidas entre os membros e identificar as pessoas significativas pode auxiliar no tratamento (Albuquerque & Almeida, 2020).

1.2. A Ansiedade como Diagnóstico De Enfermagem e o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

No que tange aos cuidados de enfermagem, os mesmos têm como finalidade auxiliar o indivíduo a manter, melhorar e recuperar a sua saúde. O objetivo passa por atingir a capacidade máxima possível. O EEESMP tem um papel preponderante na vida das pessoas, devido aos cuidados especializados atribuídos pelo mesmo (Santos, 2021). Deste jeito, clientes que estejam a vivenciar processos de sofrimento, alterações ou perturbações mentais podem adquirir mais ganhos em saúde perante a atuação deste especialista. Tal ocorre, pois, o EEESMP compreende esses processos de sofrimento e alterações que podem ocorrer a nível mental, assim como as implicações para a vida do indivíduo. Para além disso, tem em atenção o seu potencial de recuperação, como também a forma como os diversos fatores do seu contexto podem afetar a saúde mental (Diário da República, 515/2018).

Perante os diversos diagnósticos e necessidades encontradas a nível da saúde e da doença mental, a atuação do EEESMP passa pela promoção, prevenção, diagnóstico e intervenção psicoterapêutica. São as competências específicas deste profissional de saúde que vão permitir que a sua resposta seja singular, adequada e distinta das outras áreas de especialidade. O processo de cuidar decorre ao longo do ciclo vital, perante o indivíduo, a família e a comunidade, para os quais é estabelecida uma visão holística fomentada na compreensão do contexto e dos diversos fatores, permitindo criar uma intervenção eficaz (Diário da República, 515/2018).

No seu âmbito de atuação, para além de se mobilizar como instrumento terapêutico, o EEESMP desenvolve um conjunto de capacidades e conhecimento que vão permitir que o mesmo consiga desenvolver e aplicar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Ao longo da sua intervenção, as competências que foram adquiridas durante a sua formação vão permitir que o mesmo crie relações de confiança e parceria com o cliente, aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Diário da República, 515/2018).

Tal como deveria ser testemunhado em todas as práticas clínicas, o cliente é o foco principal, dado que o mesmo deve ser visualizado e compreendido como um ser único constituído pelas suas próprias vulnerabilidades. O EEESMP deve ter em atenção todos os fatores presentes que podem levar o indivíduo a uma situação limite. Perante a sua atuação, a criação e manutenção de uma relação terapêutica eficaz é imprescindível para o seu desempenho como profissional de saúde especializado (Coelho et al., 2020).

Ao analisar o papel do EEESMP, a sua intervenção autónoma é dirigida aos diagnósticos de enfermagem. Como já foi mencionado, a Ansiedade como perturbação comporta um conjunto de doenças, no entanto, o diagnóstico de enfermagem apresenta uma definição diferente (Sampaio et al., 2018). Assim, se verifica que, no âmbito da medicina, as perturbações de Ansiedade podem apresentar sinais de medo e Ansiedade elevados, relacionadas com alterações do comportamento. Para enfermagem, a Ansiedade é abordada como um sintoma, descrito como uma sensação vaga de desconforto ou temor acompanhado por sintomatologia somática. Neste ponto de vista, a Ansiedade não se apresenta apenas em perturbações no âmbito da Ansiedade, mas também noutro tipo de perturbações, como a depressão (Sampaio et al., 2018).

De acordo com Herdman e colaboradores (2021), a Ansiedade pode ser definida como uma resposta emocional a uma ameaça difusa, no qual é antecipado um perigo iminente não específico, catástrofe ou infortúnio. Esta resposta emocional apresenta-se acompanhada por alterações comportamentais, alterações fisiológicas e alterações cognitivas. Segundo Sampaio & Sequeira (2020), perante o diagnóstico de Ansiedade, são documentados os seguintes dados principais: verbalização de Ansiedade; manifestação de sinais e sintomas de Ansiedade e

repercussões na funcionalidade da pessoa associadas à Ansiedade. A colheita destes dados, de modo a viabilizar um diagnóstico, deve ser realizada através da anamnese, de modo a compreender de forma detalhada os fatores e necessidades dos clientes (Sequeira, 2016). Para tal, instrumentos de avaliação podem ser utilizados como ferramentas auxiliares na construção dos diagnósticos (Santos et al., 2021).

Tabela 3: Instrumentos de Avaliação: Ansiedade

| Instrumentos de Avaliação | Caraterização |
|---|---|
| Inventário Estado/Traço de Ansiedade (STAI) | É uma escala de autoavaliação desenvolvida por Spielberger e colaboradores em 1983. Avalia a Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. É um instrumento de autopreenchimento, constituído por duas subescalas, Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, cada uma delas composta por 20 itens, sendo a resposta a cada um deles dada numa escala ordinal de quatro pontos. A versão portuguesa foi validada por Silva & Campos em 1998 (Santos et al., 2021). |
| Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) | Escala desenvolvida por Zigmond & Snaith em 1983. Constituída por duas subescalas, uma que avalia a Ansiedade e outra a Depressão, cada uma com sete itens. As duas subescalas são classificadas separadamente. É uma escala de autopreenchimento que apresenta uma escala ordinal de quatro pontos. Foi validada para Portugal por Pais-Ribeiro e colaboradores em 2007 (Santos et al., 2021). |
| Resultado NOC “Nível de Ansiedade” | É um instrumento de heteropreenchimento composto por 31 indicadores usados para avaliar a Ansiedade. Cada indicador deve ser avaliado pelo Enfermeiro, numa revisão de cinco pontos (1 a 5). Quanto maior a pontuação, menor o nível de Ansiedade do cliente. Foi validado para a população portuguesa por Sampaio e colaboradores em 2018 (Santos et al., 2021). |
| Inventário de Ansiedade de Beck | Instrumento criado por Beck e colaboradores em 1988. É uma escala de autopreenchimento, composta por 21 itens. Para cada um o cliente deve |

| | |
|--|---|
| | selecionar a opção que descreve como se sentiu na última semana, incluindo o próprio dia. O nível de Ansiedade é determinado segundo a pontuação: 0-10 pontos indicam Ansiedade mínima; 11-19 pontos revelam Ansiedade leve; 20-30 pontos indicam Ansiedade moderada e 31-63 pontos revelam Ansiedade grave. Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa, por Pinto-Gouveia & Fonseca em 1995 (Santos et al., 2021). |
| Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung | Desenvolvida por Zung em 1971, é uma escala de autoavaliação que avalia a Ansiedade-Estado. É composta por afirmações que têm em conta as manifestações ansiosas. É composta por 20 itens e constituída por uma escala ordinal de quatro pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de Ansiedade-Estado. Foi aferida para uma amostra de população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores em 1982 (Santos et al., 2021). |
| Escala de Ansiedade de Hamilton | É um instrumento de heteropreenchimento, composto por 14 itens que englobam um conjunto de sintomas somáticos e psíquicos. No final da avaliação, após o somatório global, será possível identificar o nível de Ansiedade do cliente. Foi traduzido para a população portuguesa por Santos e colaboradores em 2021 (Santos et al., 2021). |

As intervenções de enfermagem são construídas para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem. O modelo de intervenção psicoterapêutica de enfermagem foi criado de modo a sistematizar a atuação do EEESMP. Este modelo aponta para uma estrutura que deve ser seguida pelos EEESMP para qualquer intervenção psicoterapêutica que venham a desenvolver (Sampaio et al., 2017).

A intervenção psicoterapêutica define-se como a realização informada e intencional de técnicas de psicoterapia, de forma a assistir o cliente a modificar comportamentos, cognições, emoções e outras características pessoais. A construção das intervenções psicoterapêuticas deve basear-se nas técnicas das diferentes escolas de Psicoterapia, para dar resposta aos problemas. A sua criação deve seguir um plano estruturado, no qual cada sessão deve durar 40 a 60 minutos, sendo que cada intervenção deve enquadrar três até 12 sessões

(Sequeira & Sampaio, 2020). A eficácia do modelo referido foi testada com resultados positivos relativamente ao diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” (Sampaio et al., 2017).

Perante este diagnóstico, foram identificadas como diferentes abordagens de atuação, de acordo com a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) (in Sampaio et al., 2018): Redução da Ansiedade, Melhoria do Coping; Terapia de Relaxamento; Aconselhamento; Assistência no Controlo da Raiva; Intervenção em Crise; Redução do *Stress* por Mudança e Histórias de Vida. Numa outra perspetiva, de acordo com Sampaio e colaboradores (2023), diversas intervenções estão indicadas perante este diagnóstico, nomeadamente, Intervenção em Crise, Aconselhamento, Técnica de Mediação Artístico-Expressiva, Técnica de Resolução de Problemas, Terapia de Relaxamento e Reestruturação Cognitiva. À vista disso, a intervenção Relação de Ajuda Profissional foi descrita como uma intervenção com diversas indicações clínicas, baseada na Teoria Humanista. Uma das indicações principais para tal é a Ansiedade, tendo como objetivos a diminuição da mesma, a libertação de emoções e a aceitação de um problema (Coelho et al., 2020). É necessário notar que a escolha das intervenções a implementar vai sempre depender dos dados colhidos, sendo que a entrevista e a relação que se cria com o cliente apresentam um aspeto muito importante a sublinhar (Sequeira & Sampaio, 2020).

A Psicoeducação tem vindo a apresentar um enquadramento importante, já que poderá levar à capacitação na gestão e no controlo da sintomatologia ansiosa. A explanação dos sintomas, possíveis causas e estratégias de controlo permitem que a pessoa compreenda de forma adequada o que tem vindo a sentir e de que forma poderá agir (Lemes & Neto, 2017). Ao permitir um adequado desenvolvimento emocional e melhoria da resposta comportamental, permite uma maior adaptação às situações, resultando na diminuição de consequências negativas (Macedo et al., 2021).

A intervenção *Mindfulness* tem vindo a apresentar um caminho cada vez mais relevante no que toca ao diagnóstico de Ansiedade, demonstrando redução dos níveis da mesma (Sequeira & Sampaio, 2020). Num estudo realizado (Macedo et al., 2021), verificou-se que os programas educativos têm vindo a ser cada vez mais implementados, documentando-se que as abordagens cognitivas e educacionais têm vindo a apresentar melhores resultados. As terapias de relaxamento foram as terapias implementadas com maior frequência, demonstrando uma melhoria, relativamente, aos níveis de Ansiedade (Macedo et al., 2021).

O trabalho de um EEESMP não se cinge apenas a serviços direcionados para a psiquiatria. A Ansiedade, tal como já foi mencionado, tem vindo a apresentar-se de forma mais insurgente na sociedade atual, afetando pessoas de diversos ramos. Quer seja um serviço de psiquiatria, medicina ou ortopedia, o enfermeiro tem o papel de analisar a pessoa como um todo, pelo que o diagnóstico de enfermagem Ansiedade pode estar presente em qualquer cliente e contexto.

Para além dos clientes, também os profissionais de saúde que exercem funções nestes serviços podem apresentar sintomatologia ansiosa e necessidade de auxílio e apoio. Assim convém compreender que a mente e o corpo estão conectados, independentemente dos serviços, profissão, papel ou diagnóstico médico de entrada no serviço. A Ansiedade, se não controlada, pode causar problemas na funcionalidade do indivíduo, por tal, a sensibilidade na sua identificação é crucial.

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A intervenção do enfermeiro apresenta duas vertentes, a interdependente e a autónoma. Tais implicam uma tomada de decisão consciente e sistemática, salientando tal necessidade para o exercício profissional autónomo. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica a problemática associada ao cliente, prescrevendo intervenções de enfermagem, com o objetivo de evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais. A atuação do enfermeiro deve reger-se pelos resultados evidenciados na investigação científica, de forma a estabelecer cuidados de enfermagem de qualidade (Ribeiro et al., 2018).

Neste capítulo, encontra-se descrita a tomada de decisão perante os diferentes casos abordados ao longo dos três ensinamentos clínicos. Com vista a favorecer a compreensão do que foi realizado, foi anexado (Anexo IV) o planeamento das sessões concretizadas a nível do Contexto Clínico: Cuidados na Comunidade, como forma de exemplo do processo que foi construído ao longo dos diferentes estágios.

2.1. Contexto de Cuidados Diferenciados

O primeiro estágio do módulo II do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi desenvolvido em contexto de cuidados diferenciados. A seguir encontra-se explanada a explicação do desenvolvimento da intervenção realizada neste contexto.

2.1.1. Caracterização do Contexto Clínico

O estágio em Contexto Clínico de Diferenciados foi realizado num Estabelecimento Prisional. Os objetivos neste Estabelecimento baseiam-se na recuperação do recluso e a sua consequente reinserção social (Borges, 2019). A equipa de enfermagem é composta por seis enfermeiros especialistas, sendo a maioria EEESMP, à exceção de um enfermeiro, que apresenta a especialidade em médico-cirúrgica. Cada EEESMP é responsável pela aplicação de um programa nessa área.

A Unidade Y é um espaço físico diferenciado e independente das zonas prisionais comuns, para os quais os reclusos toxicodependentes são encaminhados. O encaminhamento é feito ou pelo tribunal ou por escolha do recluso. A sua entrada é limitada por um conjunto de critérios clínicos e de carácter individual e familiar (Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais [DGRSP], 2023). As avaliações são realizadas pelo enfermeiro coordenador do programa, pela psicóloga e pelo médico psiquiatra.

O programa tem por objetivo a abstinência de drogas, sendo que poderá ter uma duração média de 36 meses. São desenvolvidas atividades educativas, ocupacionais e terapêuticas. As intervenções realizadas são fundamentadas pela terapia cognitivo-comportamental.

O programa foi transportado para o Estabelecimento Prisional como projeto de Mestrado de duas psicólogas, que se fundamentaram na prática Canadense, segundo o programa “*Portage*”. Este programa foi criado no Canadá em 1973 e apresenta como objetivos apoiar pessoas que apresentam problemas relacionados com abuso de substâncias para auxiliar a ultrapassar a sua dependência e conseguir viver a vida de forma saudável, integrada e positiva (Cruz, 2016).

2.1.2. Objetivos

Analisando o local no qual decorreu este estágio, foram estabelecidos como objetivos específicos:

- Aumentar o nível de consciência e conhecimento sobre mim enquanto pessoa e enfermeira, através do que fui vivenciando ao longo do estágio e do que fui analisando e refletindo;
- Planejar a implementação das intervenções psicoterapêuticas mais adequadas à população-alvo e de acordo com as necessidades do mesmo;
- Implementar adequadamente as intervenções psicoterapêuticas planejadas para a população alvo, de modo a produzir ganhos em saúde e não provocar sofrimento;
- Compreender a dinâmica da terapia de grupo e incorporá-la na construção das intervenções psicoterapêuticas;
- Melhorar a minha comunicação verbal e não verbal;
- Promover a construção de uma relação terapêutica eficaz entre mim e os elementos que constituem a população-alvo;
- Melhorar a minha percepção da comunicação verbal e não verbal dos elementos da população alvo e gerir adequadamente as intervenções consoante a mesma;
- Melhorar a minha capacidade para gerir as emoções dos elementos do grupo-alvo;
- Aprimorar a minha capacidade de gestão do tempo de realização das entrevistas individuais e sessões;
- Melhorar a minha capacidade de adaptação aos imprevistos que podem ocorrer durante o estágio;
- Melhorar a construção do meu trabalho teórico e prático após cada discussão com o orientador e o enfermeiro tutor deste estágio;
- Demonstrar criatividade nas abordagens seleccionadas para intervenção.

2.1.3. Contextualização

A população neste primeiro local era constituída pelo grupo de reclusos da Unidade Y. Todos eles exibiam um passado de consumo e dependência de substâncias ilícitas. De acordo com Filipe-Saraiva (2017), existem certos traços comuns aos toxicodependentes, tais como a propensão à impulsividade, imaturidade, agressividade e falta de assertividade, como

também a carência de estratégias de *coping* eficazes para lidar com os problemas. Estes traços podem ser preditivos para o desenvolvimento de perturbações de Ansiedade.

Por outro lado, acresce o facto do recluso estar num estabelecimento prisional. Este tipo de situação peculiar poderá ser um processo doloroso para o indivíduo, já que implica a sua adaptação num novo ambiente com regras restritas, podendo provocar a despersonalização e um conjunto de outras dificuldades, tais como, sentimento de impotência para a resolução de problemas familiares vividos no exterior, o que poderá levar a perturbações de Ansiedade e depressão. De acordo com Azevedo (2014), estas são as perturbações com maior incidência nesta população.

O grupo abordado era constituído, no momento de realização de estágio, por onze reclusos, apesar desta Unidade poder integrar dezasseis. A população era do sexo masculino com idades entre os 25 e os 55 anos. O grupo era heterogéneo relativamente ao tempo de permanência no mesmo, variando entre duas semanas a quatro anos.

Havia uma hierarquia no grupo, na qual os elementos mais velhos eram escolhidos pelo enfermeiro orientador do mesmo para ocupar lugares de gestão. Era pretendido que houvesse um clima de entreaajuda no qual os elementos mais novos eram integrados e orientados pelos elementos mais velhos. Ao longo do dia, todos os membros deveriam cumprir com as tarefas que lhes eram designadas, sendo que, à medida que o tempo de permanência na unidade aumentava, também aumentava a responsabilidade e o número de tarefas exigidas.

Dando importância ao que foi percebido na literatura, pretendeu-se compreender a realidade desta população, as suas vivências e necessidades, de modo a poder dar resposta aos problemas encontrados e permitir a transformação da realidade vivida.

2.1.4. Avaliação das Necessidades

Tal como já mencionado, neste local de estágio a população alvo era formada por um grupo de homens que se encontravam reclusos numa Unidade. Considerando a temática central e a possibilidade de intervenção, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Perante esses critérios foram selecionados os clientes a participar nas entrevistas de avaliação de necessidades e nas sessões de intervenção.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Ser um membro integrante do grupo que constitui a Unidade Y;
- Apresentar motivação para participar nas sessões;
- Incluir os reclusos cujo *score* total no Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade seja inferior a 36.

Foram definidos como critérios de exclusão:

- Reclusos que têm mandado de liberdade no período no qual as sessões vão ser desenvolvidas.

Levando em conta os critérios definidos, dos onze elementos do grupo, apenas um não pode participar nas sessões, atendendo ao critério de exclusão proposto. Os restantes tornaram-se elegíveis para a implementação da intervenção.

Com a ideia em mente, foi necessário iniciar o processo de colheita de dados antes de poder definir o conteúdo exato de cada sessão. Existem diversas escalas que podem ser usadas para avaliar a Ansiedade. Após diversas pesquisas, e considerando que se pretende avaliar a Ansiedade-Estado, optou-se pela Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung.

Esta Escala foi escolhida devido à sua validação criteriosa. No momento de validação, houve o cuidado no processo de tradução, validação do conteúdo relativamente à original, validade de critério e de construto, consistência interna, sensibilidade entre populações e sensibilidade à mudança. Os autores que validaram esta escala para a população portuguesa consideraram ser esta uma escala com boa validade, fidedignidade e discriminação (Cruz, 2008). Para além disso, uma escala de autoavaliação poderá ser mais apropriada para esta população alvo, pois vai permitir o anonimato e facilitar a que a pessoa não tenha de se expressar perante as outras. Isto poderá permitir que as respostas da escala sejam mais precisas e genuínas.

Esta escala avalia os níveis de Ansiedade-Estado dos sujeitos. Está organizada de modo a avaliar a intensidade da Ansiedade em diversas dimensões como: Ansiedade cognitiva, Ansiedade motora, Ansiedade vegetativa e Ansiedade do sistema nervoso central. Foi desenvolvida em 1971 e em 1982 foi aferida numa amostra da população portuguesa. É composta por 20 itens que traduzem sintomas, das quais a pessoa, perante a afirmação deverá seleccionar uma das quatro opções presentes: “Nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo” e “a maior parte ou totalidade do tempo”. A maior parte das questões é formulada na positiva e as restantes pela negativa (itens 5, 9, 13, 17 e 19). A

cotação pode variar entre os 20 e os 80 pontos, em que o maior nível de Ansiedade corresponde a uma maior pontuação (Costa et al., 2019).

De acordo com Vinhas (2008), foi considerado que a pontuação superior a 37 corresponde à existência de Ansiedade, sendo que superior a 40 poderá significar a presença de compromisso patológico.

De acordo com a pontuação final, é possível diferenciar entre os seguintes graus de Ansiedade (Costa et al., 2019):

- < 45 - Ansiedade Normal
- 45-59 - Ansiedade Moderada
- 60-74 - Ansiedade Severa
- >74 - Ansiedade Extrema

Por outro lado, o indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade foi selecionado porque, neste momento, é o único instrumento que permite avaliar o autocontrolo da Ansiedade. No estudo realizado por Sampaio e colaboradores (2017), foi possível compreender que as propriedades psicométricas do instrumento são adequadas para a população portuguesa. Para a aplicação deste instrumento que é de heteroavaliação, foi tomada a decisão de se criar uma entrevista semiestruturada. Tendo em consideração o tempo definido para o desenvolvimento do estágio e o facto de terem de ser realizadas entrevistas individuais a dez reclusos, optou-se por definir três dias para a realização da avaliação inicial. Tornou-se assim prioritário atingir o seguinte objetivo:

- Melhorar a capacidade de gestão da entrevista individual.

Verificou-se que os elementos do grupo foram bastante colaborantes no momento de colheita de dados. O sucesso das entrevistas individuais permitiu conhecer a necessidade desta população alvo e orientar a construção da intervenção.

Analisando os dados expostos no Anexo I, foi possível interpretar pela autoperceção do grupo, que metade (50%) dos participantes apresentavam compromisso patológico (*score* da escala igual ou superior a 40), enquanto os restantes elementos (50%) obtiveram um *score* inferior a 37.

Analisando os dados obtidos do indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade (Anexo I) e observando que o mesmo não apresenta um ponto de corte, optou-se por selecionar as atividades que foram apontadas pelos participantes como sendo raramente ou apenas algumas vezes desenvolvidas como estratégias para gerir a Ansiedade. As atividades são as seguintes:

- Monitorização da intensidade e sintomatologia da Ansiedade;

- Monitorização do comportamento associado à Ansiedade;
- Monitorização da duração dos episódios e do tempo entre os episódios de Ansiedade;
- Eliminação dos precursores de Ansiedade;
- Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes para situações *stressantes*;
- Controlo da reação à Ansiedade.

De acordo com as entrevistas realizadas, aferiu-se que a maioria dos elementos do grupo (n = 8) identificou que se encontrava ansioso, referindo ter dificuldade em controlar a sua Ansiedade. Após questionar, verificou-se que praticamente todos os membros reconheceram os sintomas físicos presentes num episódio ansioso, no entanto, não apresentavam por hábito monitorizar esses sintomas, intensidade e periodicidade. Foi percebido que nenhum membro conseguiu identificar a importância desta monitorização.

Foi também perceptível a presença de pensamentos negativos, apesar da dificuldade de todos os elementos do grupo em nomeá-los. O confronto foi uma das estratégias mais utilizadas pelos elementos para enfrentar os problemas. Quando questionados, constatou-se que os estímulos advêm do dia a dia na Unidade Y, como também de problemas relacionados com o exterior e com a família. A maioria refletiu sobre a vantagem de terem os dias atarefados, de modo a não terem de pensar sobre os problemas. Por outro lado, observou-se o uso do afastamento para lidar com situações *stressantes*. Refletindo sobre a comunicação entre o grupo, vários elementos descreveram as vantagens de permanecer na Unidade Y, mas reconheceram que os momentos de Ansiedade ocorreram quando tinham de corrigir o comportamento de algum indivíduo do grupo ou lidar com a agressividade. Quando questionados sobre a sua atuação neste tipo de situações, referiram a presença de comportamentos passivos ou agressivos.

O sono também foi referido como um fator de *stress*, pois a maioria (n=8) mencionou ter dificuldade em adormecer ou então, tinha por hábito despertar a meio da noite. Os elementos mais velhos e dois dos elementos mais novos associaram a aplicação de exercícios de respiração à diminuição momentânea da Ansiedade e melhoria do sono. Notou-se que esta estratégia foi utilizada em momentos de maior aflição, pelo que foi realizada apenas esporadicamente. De referir que um dos membros identificou uma boa qualidade de sono, pois encontrava-se a tomar medicação ansiolítica. Outro elemento referiu que gostaria de voltar a tomar a medicação.

Alguns elementos do grupo (n=4) conseguiram identificar alguns estímulos da sua Ansiedade, sendo que se valida a tentativa de os tentar controlar ou evitar. Algo comum a todo o grupo foi a perceção de que a construção da sua rotina, nomeadamente, acordar às sete horas da

manhã, desenvolver as suas tarefas e deitar-se às vinte e três horas da noite não permitia ter um espaço individual em que pudessem trabalhar nas suas atividades pessoais.

Denota-se a necessidade de controlar a Ansiedade por todos os membros do grupo, no entanto o controlo da mesma ficou aquém das suas expectativas. Quando questionados, todos os elementos do grupo referiram ser uma mais-valia para si, aprender sobre diferentes estratégias para controlar a Ansiedade.

Analisando os dados obtidos, pode afirmar-se a presença dos seguintes diagnósticos de enfermagem:

Tabela 4: *Diagnósticos identificados na população alvo do estágio I - Diferenciados*

| Diagnósticos de Enfermagem |
|---|
| Ansiedade |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da Ansiedade |
| Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da Ansiedade |
| Potencial para melhorar consciencialização sobre relação entre assertividade e autocontrolo da Ansiedade |
| Potencial para melhorar consciencialização sobre relação entre técnicas de relaxamento e redução da Ansiedade |

2.1.5. Planeamento

Tendo como influência o tempo de estágio e ponderando a viabilidade da intervenção a produzir, considerou-se desenvolver as temáticas identificadas como necessidades em quatro sessões de Psicoeducação, de forma a irem ao encontro dos objetivos estabelecidos. Deste modo, pretendeu-se que através da psicoeducação fossem transmitidas informações sobre a temática a trabalhar, sendo realizado o treino de habilidades e encorajada a partilha de experiências e emoções entre os elementos do grupo.

Definiu-se como critérios de resultado:

Tabela 5: *Crítérios de resultado - Diferenciados*

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Que os elementos do grupo identifiquem a importância da monitorização da sintomatologia e comportamento associados à Ansiedade;• Que os elementos do grupo identifiquem a importância da monitorização da intensidade dos episódios ansiosos; |
|--|

-
- Que os elementos do grupo identifiquem a importância da monitorização da duração dos episódios e do tempo entre episódios;
 - Que os elementos do grupo identifiquem a importância de reconhecer os estímulos da Ansiedade;
 - Que os elementos do grupo consigam identificar pelo menos um estímulo da Ansiedade;
 - Que os elementos do grupo identifiquem a relação entre as estratégias de relaxamento e a redução da Ansiedade e melhoria do sono;
 - Que os elementos do grupo utilizem as técnicas de relaxamento com maior frequência;
 - Que os elementos do grupo identifiquem estratégias de *coping* eficazes para lidar com os problemas;
 - Que os elementos do grupo identifiquem a relação entre o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes e a melhoria do autocontrolo da Ansiedade;
 - Que os elementos do grupo reconheçam situações em que as estratégias de *coping* foram eficazes e situações em que não foram;
 - Que os elementos do grupo identifiquem estratégias para controlar a Ansiedade;
 - Que os elementos do grupo reconheçam as estratégias que utilizam com maior frequência e os seus resultados;
 - Que os elementos do grupo reconheçam a importância de uma reação ponderada;
 - Que os elementos do grupo identifiquem as vantagens de um comportamento assertivo;
 - Que os elementos do grupo reconheçam os seus comportamentos e suas consequências;
 - Que haja um aumento dos valores do indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.
-

Com a aplicação da intervenção, a prioridade passou por capacitar os elementos do grupo de novas estratégias de controlo da emoção, auxiliá-los na aplicação das mesmas e na sua reflexão sobre o resultado obtido.

A habilidade para controlar as emoções vai permitir que o indivíduo desenvolva uma reação moderada e ponderada à situação, permitindo apresentar um resultado positivo (Crispim, 2023). Neste sentido, e compreendendo os dados que foram colhidos, a intervenção foi planeada no sentido de enquadrar as estratégias de autocontrolo de Ansiedade, as estratégias de *coping* e as estratégias e treino da assertividade.

Uma das estratégias de autocontrolo nomeadas foi a técnica PROARR (Pensar, Respirar, Observar, Analisar, Refletir e Resolver). Esta é uma técnica de autocontrolo, que permite que o cliente pare e relaxe em situações emocionais extremas, possibilitando que o mesmo reflita, de modo a não apresentar uma reação desajustada (Queirós, 2014). Foi incluída no sentido de auxiliar e permitir a reflexão dos elementos do grupo sobre a reação impulsiva.

O *coping* pode ser descrito como um conjunto de estratégias utilizadas pelo indivíduo para se poder adaptar às circunstâncias adversas. Estas estratégias podem enquadrar dois modos: as estratégias focadas no problema e as estratégias focadas na emoção. As suas funções principais vão passar por regular as emoções e gerir o problema que está a causar o

sofrimento. Este é um processo dinâmico, o que significa que a estratégia utilizada para uma determinada situação possa não ser a mais adequada para outra situação diferente (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

O *coping* centrado no problema refere-se às estratégias utilizadas para lidar com os eventos *stressores*. São consideradas estratégias de adaptação, já que permitem a mudança da situação através da tentativa de remoção do problema ou pela diminuição do impacto do mesmo (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Por outro lado, o *coping* centrado na emoção envolve os esforços da pessoa para regular as suas emoções negativas associadas ao episódio *stressante*. Em 1990, foi apresentada uma terceira estratégia de *coping*, que se foca nas relações interpessoais, isto é, a pessoa procura o apoio das pessoas mais próximas para enfrentar o problema (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Compreende-se que a implementação de estratégias de *coping* eficazes perante a situação causadora de *stress*, vai permitir regular melhor a resposta da pessoa à mesma e possibilitar o seu enfrentamento de uma forma mais construtiva, trazendo benefícios. Esta prática permite a melhoria do autocontrolo da Ansiedade. Denota-se que nos dados colhidos a maioria dos elementos do grupo não apresentava estratégias de *coping* eficazes perante a situação em mãos, dificultando desta forma a sua resposta à Ansiedade e o seu controlo. Desta forma, torna-se um dos elementos mais importantes a desenvolver na intervenção.

Por último, a assertividade pode ser descrita como a capacidade da pessoa para se expressar ou defender uma determinada situação sem violar os direitos e os princípios dos outros. Este tipo de comunicação pode ser comparado à comunicação passiva ou agressiva. A sua vantagem traduz-se no aumento da autoconfiança, aumento das reações positivas dos outros, melhoria da comunicação interpessoal e diminuição da Ansiedade (Sequeira & Sampaio, 2020). Torna-se também uma técnica a abordar, já que um dos estímulos da Ansiedade detetado baseava-se na comunicação que os elementos do grupo desenvolviam entre si e que poderia causar transtorno.

A Psicoeducação poderá ser uma mais-valia, analisando as necessidades detetadas. A sua função passa por orientar a pessoa em diversos aspetos, quer seja a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores, sentimentos e a sua repercussão na sua vida e na dos outros, como também auxiliar os clientes e famílias a compreender uma doença (Cardoso & Quevedo, 2021). Pode ser descrita como o fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para auxiliar na adaptação voluntária de comportamentos que promovam a saúde do indivíduo. Vai permitir compreender a patologia e facilitar a adesão terapêutica (Cardoso & Quevedo, 2021).

Através da sua aplicação, é capaz de promover a atuação do indivíduo na construção de pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e os comportamentos a

adotar perante certas situações. O treino de habilidades, já mencionado, poderá ser uma estratégia a utilizar para possibilitar o aperfeiçoamento de competências, assim como potenciar a reflexão e a obtenção dos valores (Bueno & Conceição, 2020). Esta intervenção pode ser realizada de forma individual ou coletiva.

A formação em grupo é algo complexo e implica um conjunto de escolhas que podem ser relevantes no processo clínico. A escolha das características do grupo, juntamente com a escolha do terapeuta poderá influenciar a intervenção. Neste caso, o grupo já se encontra formado, no entanto, foram na mesma apresentados critérios de inclusão e exclusão determinantes para a aplicação da intervenção.

Existem diversas vantagens na terapia grupal, nomeadamente, a construção de suporte entre os elementos do grupo, o *feedback* providenciado pelos membros poderá facilitar a aprendizagem, a construção de novos papéis, tornar facilitador o desenvolvimento de habilidades e recursos latentes, como também se considera mais facilitador para pessoas que possam julgar a intervenção individual demasiado intensa (Sampaio et al., 2023). No entanto, poderá dificultar a questão da confidencialidade e haver menor atenção individual (Sampaio et al., 2023).

Este grupo poderá ser considerado heterogéneo, tendo em conta o tempo de permanência no grupo, mas por outro lado, poderá ser visto como homogéneo avaliando o *background* de consumo dos indivíduos e o facto de serem reclusos. Tirando partido destas variações, o facto de o grupo ser constituído por membros mais velhos e membros mais novos, poderia ser uma vantagem para a partilha de experiências e resultados. Para além disso, havendo pontos em comum, poderia auxiliar na conexão entre os membros. A manutenção desta intervenção implica um conhecimento sobre a mesma, experiência e criatividade.

Este era um grupo que se encontrava exposto a diversas intervenções, quer fossem realizadas por enfermeiros ou por psicólogos. Verificou-se que um dos programas já realizados envolvia o desenvolvimento de técnicas de relaxamento. Através das entrevistas concretizadas, tal como já referido, observou-se que alguns elementos do grupo (n = 6) colocavam, esporadicamente, em prática a técnica de respiração diafragmática. Esta periodicidade de aplicação da técnica gerou deficiência no verdadeiro potencial da mesma. Por outro lado, o grupo era constituído por alguns membros que se encontravam na Unidade há menos de um mês e que não tiveram oportunidade de presenciar esses devidos programas.

O ensino e treino das técnicas de relaxamento tornaram-se um objetivo, já que têm um grande potencial terapêutico, quer seja a reduzir a Ansiedade e a controlar a mesma. A Terapia de Relaxamento pode ser considerada uma intervenção na qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos transtornantes ou geradores de *stress*. Os seus objetivos passam por: prevenir as consequências fisiológicas do *stress*; desenvolver-se como tratamento

para alívio do *stress* e das suas consequências fisiológicas e permitir a construção e a melhoria de competências mentais para lidar com o *stress*. É uma intervenção que inspira a um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta no tónus muscular (Sampaio et al., 2023).

O relaxamento permite à pessoa fortalecer a sua capacidade para gerir os sintomas físicos que contribuem para a Ansiedade de uma forma mais competente, possibilitando a redução dos estímulos e das perceções associadas ao sistema sensorial do corpo. Existem diversas técnicas que podem ser aplicadas, nomeadamente, Exercícios de Consciencialização da Respiração, Treino Autogénico de Schultz, Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, Técnica de Relaxamento Muscular Modificado, a Técnica de Respiração Diafragmática e Relaxamento por Imaginação Guiada (Sampaio et al., 2023).

Para a aplicação destas técnicas é necessário que haja conhecimento das limitações e facilidades dos clientes, de forma a seleccionar a técnica mais adequada. A escolha da melhor escala de avaliação da Ansiedade é algo de relevo, já que vai permitir compreender a sintomatologia presente no cliente para poder intervir. Utentes que apresentam sintomatologia do foro comportamental beneficiam das técnicas comportamentais de relaxamento, com vista a aliviar a tensão e a rigidez (Sampaio et al., 2023).

Foi escolhida especificamente a Técnica de Respiração Diafragmática por ser algo que os elementos, que tiveram acesso ao programa do relaxamento, utilizavam com maior frequência, relativamente às outras técnicas abordadas. Analisando este fator, compreende-se que esta possa ser uma técnica que lhes era mais fácil de implementar, relativamente às outras, nomeadamente, Técnica de Relaxamento Progressivo e Imaginação Guiada. Como segundo fator, a Técnica de Respiração Diafragmática, apesar de apresentar um conjunto de normas a seguir para a sua implementação, pode ser realizada em posição deitada ou sentada e é simples de aplicar. Torna-se uma técnica que se consegue enquadrar facilmente na rotina do dia a dia (Sampaio et al., 2023).

As técnicas de *Mindfulness* podem ser traduzidas como técnicas de atenção ou consciência plena. Refere-se a prestar atenção de uma forma intencional, que ocorre no momento presente, de forma curiosa, amável e sem críticas ou rejeições do que ocorre no aqui e agora (Sequeira & Sampaio, 2020). De certa forma, significa estar atento aos detalhes do que está a ser feito no momento, pensando e sentindo o mesmo (Sequeira & Sampaio, 2020). Analisando as necessidades percebidas e o potencial do grupo, a incorporação destas técnicas poderiam auxiliar na diminuição e controlo da Ansiedade.

2.1.6. Execução

A primeira sessão foi construída no sentido de transmitir informação sobre Ansiedade e a sua metodologia. A informação foi transmitida através de uma apresentação em *powerpoint* (Anexo V) e foi incentivada a partilha de experiências entre os reclusos. No entanto, ao longo das outras sessões foi ponderada a não utilização deste recurso expositivo, já que na primeira sessão, apesar dos objetivos terem sido atingidos, o *powerpoint* poderá ter limitado o potencial da sessão e a perceção do comportamento não verbal dos elementos do grupo.

Nas sessões a seguir, recorreu-se à utilização do quadro e da caneta de acetato, conjuntamente com a utilização de panfletos com informação relevante que foram entregues a cada membro do grupo. Sendo o grupo constituído por várias pessoas que apresentavam a sua individualidade, tornou-se fulcral entender a sua dinâmica de modo a atingir os objetivos definidos. À medida que as sessões foram sendo desenvolvidas, foi cada vez mais perceptível algumas características definidoras de cada indivíduo. Assim, foi-se criando algumas estratégias, nomeadamente:

- Perceção dos indivíduos que participavam mais ativamente nas sessões relativamente aos que necessitam de incentivo para participar;
- Procura de perspetivas em comum ou perspetivas divergentes entre os elementos do grupo que pudessem provocar um momento de discussão produtiva;
- Procura do equilíbrio entre o incentivo de um membro mais passivo e a provocação do seu constrangimento;
- Procura de atividades que estimulassem a participação dos elementos do grupo;
- Desenvolvimento de técnicas de modelagem para a explicação de certos conteúdos da temática explorada.

Nas primeiras duas sessões reconheceu-se a pertinência da transmissão de informação, com recurso a panfletos, tal como já mencionado, e a partilha de opiniões entre os reclusos. Na segunda sessão pretendeu-se abordar a relação entre o tipo de reações que poderiam surgir perante um determinado estímulo e as consequências que poderiam advir da mesma. A ideia passou por explorar certas situações vivenciadas pelos indivíduos no dia a dia e permitir que os mesmos reconhecessem as suas ações e comportamentos e os resultados obtidos dos mesmos. Com a elaboração dessa reflexão, abordou-se as diversas estratégias de *coping*, explicando cada uma delas.

Foi fornecido um panfleto (Anexo VI) concebido para orientar a gestão de estratégias para controlo da Ansiedade. O seu *design* foi produzido para se assimilar a uma árvore, sendo este um dos símbolos da resiliência. Na sua raiz foram introduzidas as seguintes questões:

- “1. Como me sinto e o que sinto?
2. Que pensamentos surgem e de que forma me comporto?
3. Quais são os “gatilhos” que desencadeiam a minha Ansiedade?
4. O que faço para gerir estes sentimentos?”

Foram seleccionadas no sentido de assistir o indivíduo na conceção de um pensamento crítico relativamente à situação que está a experienciar, auxiliando-o a identificar os seus pensamentos, comportamentos e sintomas, conjuntamente com os gatilhos que os possam provocar. Isto poderia permitir uma maior reflexão sobre a situação, encaminhando o indivíduo para a escolha da reação mais prudente.

Na copa da árvore foram apresentadas algumas estratégias para gestão da Ansiedade que poderiam ser utilizadas consoante a preferência do indivíduo. Este documento, tal como já referido, é apenas orientador, sendo que o objetivo passou por auxiliar o indivíduo a traçar o seu caminho com estratégias de enfrentamento mais eficazes e um mecanismo de controlo mais eficiente. Verificou-se que a reflexão se tornou um elemento primordial da intervenção, permitindo que cada elemento do grupo pudesse analisar as informações abordadas ao longo das sessões e ponderar sobre as suas estratégias para gerir as emoções no dia a dia.

No final de cada sessão foram requisitadas algumas tarefas para serem concretizadas até à sessão seguinte. Verificou-se que todos os elementos do grupo as cumpriram, principalmente através do *journaling*. Foi através deste método que as reflexões foram sendo realizadas, notando-se um excelente grau de interesse e participação de todos os elementos do grupo nestas tarefas. Assim, possibilitou-se a consciencialização do indivíduo relativamente à sua forma de ser e de se comportar, relacionando com as consequências que resultavam desses comportamentos. Ao permitir a reflexão e a consciencialização, poderá ser criada a oportunidade de mudança.

A terceira sessão foi desenvolvida com o intuito de treinar as habilidades. Este treino foi originalmente elaborado para realizar atividades de *role playing*. No entanto, na prática o mesmo poderia não ser exequível, já que o meu conhecimento sobre todos os membros que integravam o grupo era escasso e poderia estar a incorrer numa situação de desencadeamento de conflito. Tal facto foi suportado, visto que no dia anterior à segunda sessão, um dos membros da Unidade Y quebrou as regras ao cometer atividades de violência e gerar um distúrbio entre o grupo. Esta situação levou à necessidade de reestruturação do conteúdo a apresentar. Assim, foi criado um objetivo para este estágio:

- Elaborar uma atividade quebra-gelo que permita o relaxamento, a coesão entre grupo e o aprimoramento das habilidades de comunicação.

Foi assim desenvolvida uma atividade no qual o grupo de oito elementos foi dividido em duas equipas. O objetivo passou pela construção de uma bandeira para a ULD que incorporasse elementos significativos para cada elemento da equipa. Um dos critérios mais importantes passou por incluir pelo menos uma ideia de cada elemento no *design* da bandeira. No final, foi pedido para criar um *slogan* a representar o que foi elaborado. Cada equipa apresentou e explicou o simbolismo da bandeira, sendo que uma das outras equipas comentou de forma construtiva. Numa perspetiva futura, esta atividade poderá ser melhorada com a construção de uma terceira bandeira, realizada por todos os elementos do grupo. Observou-se que a atividade foi cumprida com sucesso e de acordo com os intervenientes, obteve-se os resultados esperados, nomeadamente, relaxamento, trabalho de equipa e melhoria do modo de comunicação.

Baseando-se no treino do autocontrolo e no treino da assertividade, a terceira sessão ocorreu com a análise de três casos fictícios influenciados por alguns casos que foram descritos em papel pelos elementos do grupo. Optou-se por misturar e criar situações, influenciadas pelas outras, para não criar um ambiente de discórdia e conflito no grupo. Foi requisitado a três elementos do grupo para analisarem os casos elaborados, criando-se um ambiente de reflexão entre todos os elementos. Esta estratégia de seleccionar certos elementos, permitiu o maior envolvimento de alguns deles, facilitando a sua atenção para a tarefa e restante sessão. A análise foi realizada apresentando a técnica PROARR.

Após a apresentação da técnica PROARR, iniciou-se uma discussão moderada sobre a assertividade. O primeiro passo passou por compreender o que o grupo entendia sobre a temática, refletindo sobre as vantagens, desvantagens e comportamentos assertivos. Desta reflexão foram surgindo algumas dúvidas e certas situações com as quais alguns elementos dos grupos se foram confrontando. Desta situação surgiu um novo objetivo:

- Desenvolver a sessão de treino de autocontrolo e treino de assertividade de forma a obter ganhos e não provocar conflitos e/ou constrangimentos no grupo.

Desta forma, as situações solicitadas foram analisadas em conjunto com os diversos elementos do grupo, incorporando a técnica de modelagem no treino das técnicas de assertividade, fornecendo informação sobre o comportamento verbal e não verbal a considerar.

Por último, a quarta e última sessão surgiu como a consolidação do conhecimento que foi transmitido ao longo das três primeiras sessões. Mais uma vez, a reflexão apresentou um

papel importante no desenvolvimento do programa. Os elementos do grupo que estiveram presentes na terceira sessão foram questionados sobre a sua perceção sobre a mesma, ponderando sobre o seu impacto. Esta prática permitiu que o elemento que não participou nessa sessão se pudesse inteirar sobre a mesma.

O objetivo fundamentou-se na perspectiva que cada um dos membros apresentou sobre as sessões realizadas e a sua importância e impacto na sua vida. Realizou-se assim um resumo das temáticas abordadas nas diferentes sessões. Cada elemento do grupo teve oportunidade de responder às questões que foram sendo colocadas, havendo momentos em que a atenção se debruçou em certos indivíduos, incentivando-os a uma reflexão mais profunda. Isto foi atingido através do pedido de certas situações concretas que pudessem corroborar com as afirmações que os mesmos estavam a prestar.

Foi pedido que cada membro refletisse sobre o antes e o depois das sessões e as mudanças que pudessem existir, incentivando-os a responder de forma honesta. Foi reforçado que a manutenção das mesmas estratégias de controlo da Ansiedade, após as sessões, não seria considerada como um aspeto negativo. A sessão encerrou com o agradecimento pela participação de todos os indivíduos, requisitando o preenchimento da avaliação da mesma. Esta avaliação foi realizada nas quatro sessões.

Apesar de se ter iniciado esta intervenção com um grupo de dez pessoas, na verdade apenas seis conseguiram estar presentes em todas as quatro sessões. Tal ocorreu devido à saída de um dos elementos entre a primeira e a segunda sessão e a impossibilidade dos outros três de comparecerem a pelo menos uma sessão. Este tipo de situações poderá sempre ocorrer, sendo que a solução passou por resumir a sessão anterior e fornecer material de leitura aos elementos faltosos. De forma a facilitar a compreensão dos pontos que necessitavam de melhoria e a maneira como tal poderia ser colmatado, no final de cada sessão foi realizada uma análise SWOT, facilitando a construção da sessão seguinte.

2.1.7. Resultados e Avaliação

Antes de refletir sobre os dados obtidos, é de referir que esta avaliação foi realizada apenas a nove membros do grupo, apesar da avaliação inicial ter sido realizada aos dez membros iniciais. Tal como já foi mencionado, um dos membros saiu do grupo, pelo que não participou nas sessões nem enquadrado a avaliação final.

Avaliando os dados que se refletem no Anexo I, é de prezar as alterações que podem ser visualizadas. Apesar de se ter desenvolvido intervenções no âmbito da diminuição da Ansiedade, nomeadamente, o desenvolvimento de técnicas de relaxamento, não seria esperado uma diminuição do nível da Ansiedade-Estado, já que a intervenção implementada, “*Controlada-Mente*”, foi desenvolvida apenas em quatro sessões no sentido de implementar a intervenção de Psicoeducação. No entanto, verifica-se melhoria dos valores, aumentando o número de clientes que se mantém abaixo do ponto de corte da escala. (n = 5 passou a n = 7).

Algo a ser analisado é o facto de a aplicação da escala ter sido realizada apenas antes e depois das quatro sessões terem sido desenvolvidas, pelo que a avaliação intermédia poderia transmitir dados mais relevantes. Esta hipótese poderia ter sido concretizada se houvesse um maior número de sessões em que fossem incorporadas outro tipo de intervenções no sentido de reduzir a Ansiedade.

Analisando o Anexo I, é perceptível uma melhoria dos resultados. Avaliando as atividades identificadas na avaliação inicial, foi possível perceber as mudanças ocorridas no momento antes das sessões e no momento após as mesmas, verificando-se alterações positivas. Apesar de todas serem relevantes, é de notar que os itens relativos às monitorizações evidenciaram uma melhoria significativa. A maioria dos membros demonstrava uma monitorização mais frequente, principalmente a nível da intensidade da Ansiedade, dos sintomas físicos e comportamentos associados à mesma.

A identificação e conseqüente eliminação dos precursores de Ansiedade também exibiram alterações positivas, sendo que três elementos do grupo manifestavam estes comportamentos frequentemente. Por outro lado, dois elementos passaram a realizá-los com mais alguma frequência (algumas vezes demonstrado), considerando que não era uma prática do dia a dia.

No desenvolvimento das entrevistas semiestruturadas finais, foi possível compreender que a maioria dos elementos do grupo (n = 6) reteve alguma informação relativamente às estratégias de *coping* eficazes, identificando em certos momentos da entrevista algumas dessas estratégias, nomeadamente, o confronto, a aceitação, a evitação e a resolução dos problemas. Refletindo sobre o que alguns transmitiram durante a avaliação final, apesar de compreenderem as vantagens de implementar tais estratégias, é algo que ainda não é automático e que exige esforço e trabalho por parte dos mesmos. Assim, constata-se que apenas um dos elementos demonstrava a implementação frequente de estratégias de *coping* eficazes perante as situações *stressantes*. No entanto, cinco elementos já começaram a desenvolvê-lo em determinadas situações e pode ser esperado que com o tempo a frequência da sua utilização aumente.

Denota-se que o controlo da reação à Ansiedade era algo que metade dos elementos do grupo realizava raramente, sendo que a impulsividade e o comportamento explosivo refletiam esta

falta de controlo. Após as sessões, foi notável um maior controlo das reações, sendo que dois elementos o demonstravam mais frequentemente e três elementos do grupo o apresentavam em determinadas situações. Após a introdução da técnica PROARR, foi evidente que a maioria dos membros do grupo a referenciavam durante as avaliações finais, sendo que davam grande importância ao “Parar” e ao “Respirar”. O desenvolvimento da técnica de respiração diafragmática revelou-se muito útil para a maioria dos elementos do grupo, algo que se refletiu na qualidade do sono.

Valorizou-se o facto do elemento do grupo que referiu, na avaliação inicial, querer reiniciar a toma de ansiolíticos, mencionar nesta avaliação final já não necessitar dessa medicação. Apesar de se verificar uma necessidade de refletir melhor sobre as situações e explorar as diferentes estratégias para controlar a Ansiedade, encontrava-se motivado para desenvolver as suas competências.

Outra perspetiva interessante assenta na importância do comportamento assertivo e que foi perceptível durante as entrevistas finais de dois dos elementos mais velhos e um dos elementos mais novos, mas que já se encontra na Unidade Y há já seis meses. Foram visíveis a compreensão da definição de assertividade e as vantagens que a mesma pode trazer. A perceção das vantagens deveu-se a certas situações que ocorreram com estes indivíduos, nas quais os mesmos identificaram os comportamentos assertivos e as respostas positivas. De qualquer forma, foram comportamentos que os mesmos notaram desenvolver com pouca frequência, no entanto, pretendiam trabalhar sobre eles.

A manutenção das relações sociais evidenciou-se em ambas as avaliações como algo que os sujeitos do grupo realizavam com bastante frequência, sendo que na avaliação final, verificou-se uma melhoria nesse sentido. Foi possível comprovar que numa das sessões, um dos elementos mais novos do grupo identificou a procura de apoio social como uma vantagem para si. Averiguando o seu historial, o indivíduo confessou que o isolamento costumava ser uma das suas formas de lidar com a Ansiedade, ou então desabafar com um desconhecido. Apesar de ter identificado uma nova estratégia eficaz para lidar com a Ansiedade, reconheceu que ainda não se sentia à vontade para a implementar com os elementos do grupo nem com a família.

Estimando os resultados obtidos e as ponderações realizadas consoante os critérios de resultado, observa-se que este caminho ainda se encontra no início e existem diversos parâmetros a melhorar. No entanto, já se comprovou que ocorreram melhorias após quatro sessões. O facto de algum do conhecimento transmitido durante as sessões ter sido pertinente para os membros do grupo, já se distingue como um ganho em saúde. Além disso, é de louvar a motivação e o empenho que a maioria dos sujeitos (n =8) apresentou para modificar os seus comportamentos e os seus pensamentos.

Tal como já foi mencionado neste capítulo, a reflexão teve um papel crucial durante as sessões. A sua concretização, como tarefa entre sessões e durante as sessões, revelou-se como uma ferramenta importante para compreender os temas abordados na intervenção e consciencializar para algumas relações. Confere-se que, durante as entrevistas finais de alguns elementos do grupo (n=6), foi possível compreender que utilizavam a reflexão como um instrumento diário de auxílio.

2.2. Contexto Comunitário

O segundo estágio do módulo II do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi realizado em Contexto de Cuidados na Comunidade. A seguir encontra-se a explicação do desenvolvimento das intervenções executadas neste contexto.

2.2.1. Caracterização do Contexto Clínico

A equipa desta unidade de cuidados na comunidade (UCC) é constituída pela enfermeira coordenadora, enfermeiros e fisioterapeuta. Também conta com o apoio da assistente social, assistente técnica, médico, nutricionista e psicóloga a tempo parcial.

Tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no âmbito domiciliário e comunitário, aos clientes, famílias e grupos mais vulneráveis que se encontram em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doenças que requeiram um acompanhamento mais próximo. Os clientes e seus familiares devem estar inscritos nas USF das áreas geográficas de atuação e corresponder aos critérios de referência para o serviço/ projetos desenvolvidos pela unidade.

Para além das áreas profissionais já mencionadas, é constituída por dezassete enfermeiros, nomeadamente, uma enfermeira coordenadora especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna,

obstétrica e ginecológica, enfermeiro pós graduado em cuidados paliativos e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O objetivo da UCC passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, de modo a obter ganhos em saúde. São garantidas respostas às necessidades identificadas, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

As atividades desta UCC são desenvolvidas nas seguintes áreas:

- Cuidados de enfermagem especializados nas áreas de saúde materna e obstétrica, saúde infantil, saúde comunitária, saúde mental e psiquiatria, de reabilitação e cuidados paliativos;
- Equipa de cuidados continuados integrados da rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Intervenções de fisioterapia;
- Serviço de suporte à prestação de cuidados: nutrição e serviço social;
- Serviços prestados por assistente técnica.

São desenvolvidos os seguintes projetos de intervenção especializados:

- Projetos de Enfermagem de Saúde Mental: Viver com a Demência; Promoção da Saúde Mental do Idoso; Intervenção na Pessoa com Perturbação Mental;
- Projeto de gestão do regime terapêutico na diabetes;
- Projeto de Enfermagem para o prestador de cuidados;
- ECCI;
- Cuidados paliativos no domicílio;
- Projeto de promoção de parentalidade a partir das 20 semanas de gestação;
- Projeto de promoção individualizada de atividade física em idosos;
- Projeto de educação terapêutica na diabetes;
- Projetos de enfermagem de reabilitação;
- Saúde Escolar: Promoção da saúde em contexto escolar - desde o jardim de infância até ao secundário.

2.2.2. Objetivos

Para este local de estágio foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar o nível de consciência e conhecimento sobre mim enquanto pessoa e profissional de saúde, através do que vou vivenciando ao longo do estágio e do que vou analisando e refletindo;
- Planejar a implementação das intervenções psicoterapêuticas mais adequadas à população-alvo e de acordo com as necessidades dos mesmos;
- Implementar adequadamente as intervenções psicoterapêuticas planejadas para a população alvo, de modo a produzir ganhos em saúde e não provocar sofrimento;
- Desenvolver estratégias que permitam adequar o planejamento das sessões ao indivíduo;
- Desenvolver estratégias para compreender a comunicação verbal e não verbal da população-alvo;
- Promover a construção de uma relação terapêutica eficaz entre mim e os indivíduos que constituem a população-alvo;
- Aprimorar a minha capacidade de gestão do tempo de realização das entrevistas individuais e sessões;
- Melhorar a minha capacidade de adaptação aos imprevistos que podem ocorrer durante o estágio;
- Melhorar a construção do meu trabalho teórico e prático após cada discussão com o orientador e o enfermeiro tutor deste estágio;
- Demonstrar criatividade nas abordagens selecionadas para intervenção;
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas que correspondam às necessidades dos clientes, adequadas à disponibilidade e ao tempo dos mesmos;
- Desenvolver e implementar um plano de cuidados adequado ao estudo de caso.

2.2.3. Contextualização

Este local de estágio era composto por três EEESMP a cumprir funções como tal. Eles desenvolviam a sua prática em torno dos programas já mencionados, sendo um deles relevante para o familiar cuidador e cliente diagnosticado com demência. O programa foi criado de modo a complementar as necessidades destes dois elementos, nomeadamente, através da capacitação do cuidador e do treino cognitivo.

O título de familiar cuidador é atribuído à pessoa que assiste o seu familiar perante um diagnóstico de doença, incapacidade ou deficiência. De acordo com o que se verifica a nível nacional, a grande maioria dos cuidadores informais são mulheres, tanto pela maior esperança de vida, a nível estatístico, como também pela componente cultural. Este cuidado pode ser prestado de forma parcial ou total, no entanto, ambos provocam alterações na organização da vida, modificando as atividades diárias e as suas relações sociais (Silva et al., 2021).

Assumir o papel de familiar cuidador é uma situação de grande exigência. Para além das diversas alterações que pode provocar em todos os parâmetros da vida, vai requerer a construção de novas habilidades. Verifica-se que ao longo do tempo é provável que ocorra o fenómeno de sobrecarga do cuidador, levando a repercussões em várias áreas, nomeadamente a nível da saúde, da vida social e familiar, da capacidade financeira e da atividade ocupacional do cuidador (Silva et al., 2021).

Atualmente, o Estatuto do Cuidador Informal define um conjunto de direitos referentes aos familiares cuidadores, sendo um deles o direito aos cuidados de saúde mental. O objetivo tem em vista o bem-estar emocional (He et al., 2022). Esta área tem vindo a ser um grande foco de investigação e de intervenção, visto que esta é uma situação que provoca desregulação a todos os níveis da vida do familiar cuidador, levando à sobrecarga e consequentemente, influenciando o cliente (Sousa et al., 2017).

A sobrecarga do cuidador poderá facilitar a construção de uma perspetiva negativa face ao papel a desempenhar. O desconforto emocional é percebido, sendo incluída a perceção de Ansiedade. Numa revisão realizada por Silva et al. (2021), compreendeu-se que o apoio psico-emocional seria uma das maiores necessidades do cuidador, juntamente com a aquisição

de estratégias de *coping* eficazes, que permitissem desenvolver melhor o seu novo papel (Monteiro et al., 2018).

Tanto as emoções negativas quanto as emoções positivas estão presentes no processo de cuidar (He et al., 2022). Estas emoções vão apresentar uma influência tremenda no papel de cuidador, como também na relação que se estabelece entre o mesmo e a pessoa com a doença (Hout et al., 2023).

O facto do cuidador se focar nas emoções negativas, pode levar a que experiencie uma sensação mais avassaladora de sobrecarga, ignorando os seus sucessos como cuidador (Monteiro et al., 2018). Por outro lado, o foco nas emoções positivas permite aprimorar a relação íntima entre o cuidador e o cliente. Para além disso, possibilita a melhoria do humor e promove a atuação ativa do cuidador, face aos problemas que vão surgindo (Hout et al., 2023).

É pertinente afirmar que existem certas características que poderão ter alguma influência na componente emocional dos familiares cuidadores. Revela-se que os cuidadores de clientes diagnosticados com demência apresentam uma maior prevalência de sintomatologia ansiosa comparativamente a cuidadores de pessoas que sobreviveram a um acidente vascular cerebral (Sousa et al., 2017). Além do mais, o sexo feminino, cuidadores mais velhos e/ou com menor nível de inteligência emocional acusaram níveis mais elevados de Ansiedade. Esta poderá identificar-se como mais elevada quando os cuidadores e os clientes residem no mesmo local de habitação (Silva et al., 2021).

Por outro lado, a escolaridade do cuidador, o seu historial como provedor de cuidados, a formação que apresenta na área são diversos elementos que podem aumentar ou diminuir a sobrecarga (Barbosa & Mota, 2023). A escolaridade dos cuidadores é um fator importante a ter em conta, já que vai influenciar a compreensão do cuidador sobre a doença e as suas implicações. O desconhecimento da mesma pode refletir-se na dificuldade em lidar com as necessidades e em traçar estratégias (Barbosa & Mota, 2023).

A doença em si pode ser considerada um dos fatores mais preponderantes, já que é uma das causas de maior *stress* para o cuidador. A demência pode ser descrita como uma afeção neurodegenerativa, na qual ocorre a deterioração progressiva das funções cognitivas, o que vai levar à interferência, cada vez mais agravada, nas atividades de vida da pessoa. Cerca de 50% a 60% dos casos de demência ocorrem devido à doença de Alzheimer (Barbosa & Mota, 2023).

Esta é uma doença progressiva, sendo que a evolução da sintomatologia cognitiva e comportamental é um dos fatores de *stress* que os familiares cuidadores mencionam com maior frequência (Barbosa & Mota, 2023). Há medida que a doença progride, é comum o aparecimento de queixas, por parte dos cuidadores, relacionadas com ansiedade, depressão,

sensação de perda de liberdade, isolamento, diminuição da rede de apoio social e de recursos financeiros (Barbosa & Mota, 2023). Este impacto negativo pode contribuir para uma pior qualidade de vida para os que cuidam e pior qualidade de cuidado para os que são cuidados (Hout et al., 2023).

Assim sendo, perante o processo de se tornar familiar cuidador surge um conjunto de necessidades que vão sendo percebidas ao longo do tempo e que devem ser colmatadas (Castro et al., 2018). Denota-se a presença de necessidades a nível do conhecimento, da sintomatologia ansiosa e depressiva, da gestão das relações familiares e sociais e a falta de apoio formal/ institucional. Para além disso, tal como já referido, a gestão das emoções e sentimentos também se torna crucial devido às emoções negativas que possam surgir, tais como, impotência, preocupação, falta de esperança, ansiedade, entre outros (Silva et al., 2020).

Analisando as informações supramencionadas, é perceptível que as intervenções que possam auxiliar o familiar cuidador a gerir as emoções negativas, a melhorar o seu bem-estar e a adquirir competências são fundamentais. Quer seja através das intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais, treino de habilidades, promoção do suporte social, podem assistir o cuidador na otimização do seu papel (Hout et al., 2023).

2.2.4. Avaliação das Necessidades

Para este estágio, foi considerada a formação de um grupo de familiares cuidadores para o desenvolvimento de uma intervenção especializada. No entanto, ponderando sobre as necessidades existentes para a formação de um grupo e a disponibilidade dos demais, foi considerada a possibilidade de implementar intervenções individuais.

Para o desenvolvimento deste estágio, considerando a população alvo a que o EEESMP tem de dar resposta, foram definidos como critérios de inclusão:

- Ser familiar cuidador de clientes que apresentem o diagnóstico de demência;
- Apresentar motivação para participar nas sessões;
- Apresentar disponibilidade para participar nas sessões;
- Saber ler e escrever;

- Ter realizado o curso de capacitação para os familiares cuidadores;
- Perante o indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade, apresentar um *score* inferior a 36.

Foram definidos como critérios de exclusão:

- Não apresentar disponibilidade completa para participar nas sessões;
- Apresentar doença psiquiátrica descompensada.

Um dos critérios de inclusão referidos reflete a necessidade do familiar cuidador já ter realizado o curso de capacitação para o familiar cuidador. Analisando a viabilidade deste critério, também se ponderou escolher os familiares cuidadores que ainda iriam iniciar o curso de capacitação. No entanto, após alguma reflexão sobre o assunto, deparou-se com duas possibilidades pouco exequíveis. Em primeira estância, desenvolver sessões relacionadas com a temática em estudo e intercaladas com o programa já existente. No entanto, este é um programa testado e validado que não permite a alteração ou acréscimo do seu conteúdo. Por outro lado, poderia ser estruturada uma intervenção que poderia ser aplicada em paralelo com o curso de capacitação para o cuidador. No entanto, os familiares cuidadores poderiam não apresentar disponibilidade para aparecerem mais do que uma vez por semana na UCC.

Na perspetiva de desenvolver uma intervenção ao indivíduo que participou no curso de capacitação do familiar cuidador, pode-se assumir a importância de compreender a Ansiedade do cuidador que já possui conhecimento no âmbito da doença, da sua progressão, da sua sintomatologia e estratégias para lidar com a mesma.

Após esta reflexão, ponderou-se o desenvolvimento de uma intervenção individual perante um familiar cuidador que já tivesse passado pelo curso de capacitação. A familiar cuidadora deste caso, esteve integrada no programa de capacitação há quatro meses, tempo correspondente ao momento de *follow-up* após participação no curso. Os dados colhidos no contexto de avaliação inicial, considerando o contexto clínico, foram também utilizados para a avaliação de *follow-up*. Deste modo, foram integrados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, CASI e CADI (utilizados nas avaliações do curso de capacitação do familiar cuidador), juntamente com a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade e CAMI (Anexo II). Sendo o indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade de hétero preenchimento, foi criada uma entrevista semiestruturada.

Manteve-se a seleção da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, já que se mantinha a necessidade de avaliar a Ansiedade-Estado. Reflete-se que uma escala de autoavaliação poderia ser mais apropriada para esta população alvo, pois iria permitir o anonimato e

facilidade da pessoa não ter de se expressar perante as outras. Isto poderia permitir que as respostas da escala fossem mais precisas e genuínas. Por outro lado, o indicador Noc: Autocontrolo da Ansiedade foi selecionado porque, neste momento, é o único instrumento que permite avaliar o Autocontrolo da Ansiedade.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit é um instrumento de autopreenchimento, que já foi traduzido e validado para a população portuguesa (Sequeira, 2010). Permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, incluindo, informações sobre saúde, vida social e pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Cada item é pontuado da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). O *score* global varia entre 22 e 110, em que o maior *score* corresponde a uma maior perceção da sobrecarga. Verificam-se os seguintes pontos de corte (Sequeira, 2010):

Tabela 6: Pontos de Corte da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

| Pontos de corte | Avaliação |
|-----------------|--------------------|
| < 46 | Sem sobrecarga |
| 46 - 56 | Sobrecarga ligeira |
| > 56 | Sobrecarga intensa |

A aplicação desta escala permite avaliar quatro fatores, nomeadamente, o impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas como cuidador e a perceção da autoeficácia. Os dois primeiros fatores permitem avaliar a sobrecarga objetiva, enquanto os últimos dois permitem validar a sobrecarga subjetiva (Sequeira, 2010).

O índice de Satisfação do Cuidador (CASI) é uma escala que foi elaborada por Nolan em 1996 e validada para a população portuguesa por Brito em 2002. É um instrumento que apresenta uma boa consistência interna. É constituída por um conjunto de 30 itens de autopreenchimento, relacionados com os aspetos positivos associados ao processo de cuidar. Os itens encontram-se agrupados em três categorias, tais como: Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica interpessoal, o prestador de cuidados e o alvo destes cuidados; Fontes de satisfação relacionados com a dinâmica interpessoal e Fontes de satisfação relacionadas com a dinâmica de resultados (Machado, 2012).

O índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) é uma escala também construída por Nolan e validada para a população portuguesa por Brito em 2002. O seu objetivo passa por identificar as necessidades correspondentes às dificuldades percecionadas pelos familiares cuidadores. É um instrumento com uma boa consistência interna composto por trinta afirmações referentes às potenciais dificuldades associadas ao desenvolvimento dos cuidados. Estas dificuldades estão relacionadas com o cuidar dos idosos, as relações à perceção de cuidados e exigências de ordem física do cuidar e suas implicações na vida social, a falta de

apoio familiar e profissional e situação económica prejudicada pelo desempenho da função (Machado, 2012).

O Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI), integrada nas escalas criadas por Nolan em 1996 e validada por Brito em 2002, é uma escala composta por trinta e oito afirmações relacionadas com as estratégias de *coping*. Permite compreender quais as principais estratégias mais utilizadas pelos familiares cuidadores para lidarem com as dificuldades sentidas no âmbito do cuidar. A sua identificação vai permitir que o profissional de saúde possa auxiliar o cuidador a otimizá-las. Os itens presentes na escala foram divididos pelas seguintes categorias: lidar com acontecimentos/resolução de problemas; perceções alternativas sobre a situação e lidar com sintomas de *stress* (Machado, 2012).

No final de todos estes índices existe uma questão aberta que permite que os familiares cuidadores possam mencionar diversos itens que não foram contemplados na escala e permitir uma maior compreensão do processo de cuidar percebido pelo cuidador (Machado, 2012).

Apesar de inicialmente ter sido ponderado o desenvolvimento de duas intervenções individuais, uma das familiares cuidadoras teve de ser excluída por razões éticas relacionadas com conflito de papéis, detetadas aquando da avaliação inicial. Deste modo, a intervenção foi desenvolvida em torno de um caso, com uma familiar cuidadora (Intervenção Individual).

Ao longo do estágio, estando já a trabalhar no caso da familiar cuidadora, foi percebido um outro caso de um cliente, que não correspondia aos critérios de inclusão definidos, mas que poderia beneficiar da intervenção do EEESMP. Assim, foi tomada a decisão de intervir sobre o mesmo, tornando-se este o Estudo de Caso.

1. Intervenção Individual

No primeiro estágio, foram desenvolvidas intervenções a nível grupal, considerando a temática central, estratégias para gerir a Ansiedade. Neste segundo estágio, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram desenvolvidas intervenções em torno da mesma temática, no entanto, a nível individual.

1.1 Necessidades Identificadas

Este caso centrou-se numa familiar cuidadora de 72 anos que tem vindo a cuidar do marido, diagnosticado com doença de Alzheimer há cerca de um ano. Por conta deste quadro de doença, tanto o marido como a cuidadora foram referenciados para esta UCC, para obter cuidados especializados por parte do EEESMP.

Analisando os dados obtidos através dos instrumentos de avaliação (Anexo II), foi perceptível uma melhoria do *score* obtido na Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. No momento pré curso de capacitação, a familiar cuidadora apresentava um *score* 66, tendo diminuído para um *score* de 50, na avaliação mais atual. Observando os resultados da escala, foram confirmadas algumas das informações obtidas através da entrevista clínica. Foi perceptível a identificação de medo e angústia em relação ao futuro, como também da necessidade de ficar sozinha durante a realização das suas atividades pessoais. Além disso, os confrontos que tinha com o cliente e a necessidade que o mesmo tinha em se manter sempre perto da familiar cuidadora, eram fontes de grande desconforto.

Quando questionada, foi visível o conhecimento que a familiar cuidadora demonstrava sobre a doença, principalmente sobre a evolução da sintomatologia. Constatou-se a constante procura de informação e de apoio profissional, como também o esclarecimento de dúvidas. Foi notável a reflexão que a familiar cuidadora mencionou que realizava no seu dia a dia, principalmente nos momentos de confronto com o cliente, ou quando o seu comportamento lhe provocava emoções negativas. A reflexão recaiu sobre a sintomatologia que o cliente ia demonstrando e a reação que a mesma tinha perante isso.

Estas dificuldades foram acentuadas no instrumento de avaliação CADI. Analisando as afirmações:

“A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim”;

“A pessoa de quem eu cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia”;

“A pessoa de quem eu cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais”;

“Ando a dormir pior por causa desta situação”;

“Esta situação faz-me sentir irritada”;

“Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer dias de férias”;

“Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação”.

Verificou-se a percepção, por parte da familiar cuidadora, de irritabilidade em certos momentos do cuidar, associados a alguns comportamentos do cliente e ao seu nível de dependência.

O sono é uma parte muito importante do dia a dia, de tal modo que a sua qualidade tem interferência com a funcionalidade do indivíduo (Silva, 2020). Denotou-se que a familiar cuidadora tinha dificuldade em adormecer com alguma frequência, sendo que a mesma relacionava este problema com o receio e angústia que sentia relativamente ao futuro. Averiguando melhor a situação, este medo e angústia recaíam sobre uma situação específica, nomeadamente, o procedimento cirúrgico a que o cliente teria de ser submetido. Antes de adormecer, a familiar cuidadora descrevia a presença de diversos pensamentos, referentes às diversas possibilidades que poderiam ocorrer no dia da cirurgia e consequências pós-cirurgia. Quando os mesmos apareciam, sentia dificuldade em controlá-los, reconhecendo o medo, ansiedade e angústia.

A aplicação da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung revelou um *score* total 45. Considerando os pontos de corte para esta escala, foi possível afirmar a presença de Ansiedade, podendo haver um compromisso patológico. Através do indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade, observou-se a existência de certas atividades que eram realizadas pela familiar cuidadora com alguma ou pouca frequência, nomeadamente:

- Monitorização da intensidade, duração e frequência dos episódios de Ansiedade;
- Monitorização das manifestações físicas e comportamentais associadas ao episódio de Ansiedade;
- Controlo da reação à Ansiedade;
- Eliminação de precursores de Ansiedade.

A frequência com que estas atividades eram realizadas influenciava a capacidade de a cliente controlar a Ansiedade o que, conseqüentemente, influenciava o seu nível de Ansiedade.

Seguindo esta linha de pensamento, tornou-se importante a aplicação do instrumento de avaliação CAMI, permitindo a compreensão das estratégias de *coping* mais utilizadas pela familiar cuidadora. Sendo este um dos itens presentes no indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade, verificou-se que o indicador “uso de estratégias eficientes de enfrentamento” estava marcado como “frequentemente demonstrado”. Tal afirmação foi averiguada através da entrevista semiestruturada e com apoio do instrumento CAMI.

Perante as situações *stressantes*, foi notável que a familiar cuidadora tendia a aplicar estratégias focadas na resolução dos problemas, havendo uma necessidade constante de pensar no futuro. Além disso, constatou-se a aceitação da responsabilidade e a procura pelo

apoio social, principalmente, por parte dos dois filhos. Em certas situações, aplicava algumas estratégias relacionadas com o autocontrolo, nomeadamente, nas situações nas quais apresentava uma reação impulsiva ao acontecimento e tentava refletir e controlar o seu comportamento. Outro exemplo passou pela procura de métodos de relaxamento, tais como, a aulas de pintura da Universidade Sénior, a Terapia Japonesa ou então, um simples café com as amigas. Por vezes, a familiar cuidadora reparava na utilização do confronto para com o cliente, revelando não apresentar um resultado positivo, na maioria das vezes.

Considerando o instrumento de avaliação CAMI, foi perceptível que a estratégia “Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes” foi marcada, pela familiar cuidadora, como “não processo dessa forma”. Ponderando sobre os dados colhidos nesta avaliação inicial, foi nítida a presença de pensamentos negativos que causavam disfuncionalidade, para os quais, esta estratégia poderia ter um efeito positivo.

Apreciando o parâmetro geral, tornou-se clara a presença de Ansiedade nesta familiar cuidadora, evidenciada nos *scores* obtidos pelas escalas, como também pela afirmação constante “tenho medo do que o futuro possa trazer”. A melhoria das estratégias para gerir a Ansiedade reviu-se como algo necessário a desenvolver, no sentido de criar estratégias e aprimorar as já existentes. Os pensamentos negativos apresentavam um papel preponderante, já que tinham influência na disfuncionalidade da familiar cuidadora, principalmente a nível da qualidade do sono. A consciencialização da relação entre os pensamentos e a Ansiedade tornou-se a primeira abordagem neste caso, possibilitando a identificação dos pensamentos e dos comportamentos associados aos mesmos.

Apesar das necessidades percecionadas na avaliação inicial, considerou-se que a familiar cuidadora, de um modo geral, encontrava-se satisfeita no seu papel de cuidadora. Tal se validou nos resultados obtidos através do instrumento de avaliação CASI. Ademais, a familiar cuidadora demonstrava conhecimento sobre a doença e os domínios que a constituem. A procura de apoio social e de informação foi visível e tornou-se um fator protetor para a familiar cuidadora e para o cliente de quem cuida.

Após esta reflexão, enquadraram-se neste caso clínico, os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Tabela 7: Diagnósticos de Enfermagem - Intervenção Individual UCC

| Diagnósticos de Enfermagem |
|---|
| Ansiedade |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de Autocontrolo da Ansiedade |
| Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de Autocontrolo da Ansiedade |

Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre os pensamentos positivos e o controlo da Ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre técnicas de relaxamento e redução da Ansiedade

Foram definidos como critérios de resultado

Tabela 8: *CrITÉrios de resultado Intervenção Individual UCC*

-
- Que a familiar cuidadora identifique a importância de monitorizar a sintomatologia e o comportamento associados ao episódio ansioso;
 - Que a familiar cuidadora identifique a importância de monitorizar a intensidade, duração e frequência dos episódios de Ansiedade;
 - Que a familiar cuidadora identifique os estímulos da Ansiedade;
 - Que a familiar cuidadora identifique as estratégias de Autocontrolo da Ansiedade;
 - Que a familiar cuidadora reconheça a relação entre os pensamentos negativos e a Ansiedade;
 - Que a familiar cuidadora identifique estratégias para lidar com os pensamentos negativos;
 - Que a familiar cuidadora aplique estratégias para lidar com os pensamentos negativos;
 - Que a familiar cuidadora reconheça a importância das técnicas de relaxamento (respiração diafragmática);
 - Que a familiar cuidadora aplique as técnicas de relaxamento com frequência;
 - Que a familiar cuidadora reconheça a importância da técnica de autocontrolo;
 - Que a familiar cuidadora aplique a técnica de autocontrolo com frequência;
 - Que haja um aumento dos valores do indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.
-

1.2 Planeamento

Tendo como influência a duração do estágio, como também a disponibilidade da familiar cuidadora para participar na intervenção, considerou-se viável a planificação de quatro sessões, de forma a atingir-se os objetivos pretendidos. Estas sessões foram programadas para

serem semanais, de modo que a familiar cuidadora pudesse comparecer às mesmas (Anexo IV).

Refletindo sobre as necessidades encontradas, as sessões foram criadas com base na intervenção psicoeducativa, alicerçada à partilha de informações, experiências e emoções, juntamente com o treino de habilidades, tendo por base as técnicas cognitivo-comportamentais.

A intervenção psicoeducativa foi criada no âmbito da Ansiedade e dos seus domínios. Foi delineado um *powerpoint*, demonstrando o conceito das emoções e da Ansiedade e a influência que a mesma pode apresentar no dia a dia da pessoa, apresentando a lei de Yerkes-Dodson para este efeito. Foram enquadrados neste instrumento de apresentação os sinais e sintomas relativos à Ansiedade, juntamente com um esquema que explicita o ciclo da Ansiedade e as suas consequências.

Além do sobredito, o conceito do autocontrolo e as estratégias para a aquisição do mesmo também foram agrupados na intervenção psicoeducativa. Para a efetivação do planeado, foram incluídos na sessão a entrega do *mapa do autocontrolo* e o ensino da técnica de autocontrolo *PROARR*. Para o treino desta técnica, idealizou-se a análise de um conjunto de situações relacionadas com a familiar cuidadora, seguindo os passos que constituem o procedimento e refletindo sobre os possíveis desfechos.

Contando que a familiar cuidadora assumiu a presença de certos comportamentos impulsivos, a construção de intervenções que permitissem a consciencialização do comportamento e a sua modificação tornaram-se ideais. Em conjugação com tal, a análise e reflexão sobre as estratégias aplicadas para lidar com a Ansiedade poderiam auxiliar na mudança de comportamento, já que o intuito foi promover o autocontrolo e o relaxamento.

Considerando a análise dos estímulos que desencadeavam os episódios de Ansiedade, os pensamentos revelaram-se como fator importante. Perante a presença de pensamentos disfuncionais e que causem perturbação, reconhece-se a reestruturação cognitiva como uma possível intervenção a ser aplicada (Sequeira & Sampaio, 2020). No entanto, considerando as necessidades iniciais e objetivos assinalados, foram selecionados outros caminhos de intervenção a desenvolver ao longo deste estágio. Tal não descarta que esta intervenção não possa ser realizada, posteriormente, pelo EEESMP deste local de estágio.

A consciencialização da relação entre os pensamentos positivos, os pensamentos negativos e a Ansiedade tornaram-se um foco importante a abordar, já que a familiar cuidadora expunha alguma dificuldade na identificação das consequências associadas aos pensamentos. A construção desta perceção permite que a pessoa compreenda que os pensamentos podem influenciar os comportamentos e as emoções de uma forma positiva ou negativa (Sequeira & Sampaio, 2020). A identificação dos pensamentos e consequentes comportamentos e

emoções, juntamente com a identificação dos estímulos, pode auxiliar a diminuir e controlar melhor a Ansiedade, já que melhora o autoconhecimento que a pessoa apresenta, permitindo a criação de estratégias (Crispim, 2023).

Para auxiliar no reconhecimento dos estímulos que causavam Ansiedade, pensamentos, emoções, comportamentos e possíveis consequências, foi criada uma tabela para ser implementada nas sessões. O intuito passou por auxiliar a familiar cuidadora na análise das situações que eram descritas na tabela, permitindo a identificação dos pensamentos negativos e as suas consequências. Sendo a presença destes pensamentos, uma das razões para a Ansiedade da cuidadora, planeou-se o ensino e treino da técnica de paragem do pensamento e a técnica de registo de pensamentos disfuncionais.

Projetou-se que ao longo das sessões, a reflexão exibisse um papel fundamental, permitindo que os conhecimentos adquiridos e as técnicas aprendidas pudessem encaixar-se no dia a dia da familiar cuidadora.

1.3 Execução

Atendendo às necessidades detetadas e ao planeamento realizado em função das mesmas, foram efetuadas as quatro sessões, excluindo a avaliação inicial e a avaliação final. As quatro sessões foram implementadas em quatro semanas, uma em cada semana, de acordo com a disponibilidade da familiar cuidadora.

Na primeira sessão, através de um *powerpoint* (Anexo V), foi apresentado à familiar cuidadora, o conceito das emoções, da Ansiedade e da influência que a Ansiedade pode manifestar na vida de uma pessoa. Questionando a familiar cuidadora sobre a sua perceção relativamente à Ansiedade, a mesma afirmou que a qualificava como algo negativo e que comportava consequências infrutíferas. Atendendo a esta ideia, foi explicada, considerando as características da familiar cuidadora, a Lei de Yerkes-Dodson, permitindo compreender que a Ansiedade pode-se apresentar como um fator protetor. No entanto, o contrário também pode ocorrer, sendo que tal foi explicitado, demonstrando os sinais e sintomas associados aos episódios de Ansiedade.

Após analisar a informação descrita no *powerpoint*, juntamente com a familiar cuidadora, refletiu-se sobre os sinais e sintomas que a mesma sentia e a sua relação com a Ansiedade e

os estímulos da Ansiedade. Foi possível compreender que a familiar cuidadora não relacionava alguns sintomas com o episódio de Ansiedade.

A monitorização dos sintomas, pensamentos e comportamentos revela-se como algo fulcral para desenvolver o controlo sobre as emoções. Através da entrevista semiestruturada, depreendeu-se que a familiar cuidadora não desenvolvia esta atividade com frequência. Assim, para auxiliar na identificação da sua reação perante situações *stressantes*, foi preenchida uma tabela na qual se apresentavam os seguintes itens: “situações que causam Ansiedade, sintomas, comportamentos, pensamentos, intensidade do episódio, a sua duração e a frequência.”. Após a identificação destes itens, foi executada uma reflexão sobre os mesmos, percebendo as dificuldades que a familiar cuidadora apresentava na nomeação dos comportamentos e das emoções. Ao auxiliar na descrição dos elementos da tabela, foi questionado sobre as conseqüências percebidas aquando dos comportamentos apresentados.

A reflexão sobre os domínios supramencionados permitiu que a familiar cuidadora interpretasse a sintomatologia percebida e os comportamentos apresentados de uma forma diferente, relacionando-os com as situações *stressantes* e aumentando a sua perceção sobre os estímulos que estavam na origem da Ansiedade.

No final de cada sessão foi realizada uma análise SWOT, sendo que foi possível reconhecer a necessidade de criar atividades que fossem mais facilitadoras à aprendizagem da familiar cuidadora, pelo que o *powerpoint* não foi relevante para tal objetivo. Além disso, identificando a dificuldade da cuidadora em preencher a tabela, revelou-se importante o desenvolvimento desta tarefa nas outras sessões. Escrever tornou-se uma parte importante do processo, já que permitiu a ponderação sobre os pensamentos, os comportamentos ou as emoções antes de os passar para o papel. Quando tal ocorria, permitiu que a descrição destes elementos se tornasse mais clara e precisa.

Na segunda sessão, foi abordada a temática do autocontrolo e as estratégias para manter o mesmo. A definição do autocontrolo foi esplanada oralmente, já que a utilização do *powerpoint* aparentou não ser eficaz. Ao analisar os componentes necessários para manter o autocontrolo, foi criada uma ligação com os elementos retratados na primeira sessão. Refletiu-se sobre a importância da monitorização dos sintomas, emoções, pensamentos e comportamentos associados a uma situação *stressante* para controlar a Ansiedade.

Através da entrevista semiestruturada, foi perceptível a presença de certas estratégias que a familiar cuidadora já colocava em prática para lidar com a Ansiedade. Recorreu-se, assim, ao mapa do autocontrolo de modo a expor as diferentes estratégias e elucidar a cuidadora para as que ela já demonstrava, incentivando a sua utilização consciente em situações *stressantes*.

Uma das estratégias mencionadas no mapa do autocontrolo discorre sobre os pensamentos negativos. De acordo com as necessidades identificadas, certos pensamentos tornaram-se a

causa de Ansiedade da familiar cuidadora. A menção desta estratégia permitiu auxiliar a familiar cuidadora a identificar os estímulos para a Ansiedade.

Considerando a temática do autocontrolo, a técnica PROARR surgiu como um acréscimo pertinente à sessão. Certos comportamentos impulsivos foram constatados pela familiar cuidadora, pelo que a implementação desta técnica auxiliou na construção de um comportamento mais ponderado. Após entregar uma folha com a descrição do procedimento, algumas situações analisadas na primeira sessão de acordo com a tabela, foram também examinadas com base na técnica.

A análise das situações, seguindo os passos do procedimento, permitiu que a familiar cuidadora reconhecesse a importância de refletir sobre os seus sentimentos e comportamentos, averiguando as possíveis resoluções e consequências. Como tarefa para ser realizada entre sessões, foi requisitado que a cuidadora tentasse implementar a técnica numa situação *stressante* que ocorresse nessa semana e identificasse os seus resultados.

Para colmatar a sessão, de modo a permitir o relaxamento e aumentar o número de estratégias para controlar a Ansiedade, a Técnica de Respiração Diafragmática foi ensinada e treinada. A familiar cuidadora não tinha conhecimento da técnica, no entanto, era adepta da meditação e colocava em prática a Técnica de Imaginação Guiada. A Técnica de Respiração Diafragmática foi bem acolhida e foram realizados alguns ciclos no final da sessão, de modo a conciliar o que foi ensinado.

Na terceira sessão, foram averiguados os resultados das tarefas requisitadas. A familiar cuidadora cumpriu com o pedido, tendo implementado a técnica PROARR. A sua utilização revelou-se positiva para a cuidadora, já que a mesma conseguiu analisar a situação e apresentar uma resposta ponderada, refletindo-se nas consequências positivas que emergiram.

Utilizando a situação mencionada como exemplo, foi realizada uma análise das vantagens do autocontrolo e das estratégias utilizadas para lidar com a situação, como o relaxamento e a procura de suporte social, quer fossem os familiares ou os amigos. Compreendeu-se, neste ponto, a facilidade que a familiar cuidadora possuía para utilizar o conhecimento disponibilizado durante as sessões e colocá-lo em prática. Tal se afirma, pois, a familiar cuidadora implementou a técnica PROARR para manter o autocontrolo e utilizou algumas estratégias para diminuir a Ansiedade.

A temática dos pensamentos foi a base da terceira sessão. Com o objetivo de consciencializar a familiar cuidadora para a relação entre os pensamentos e a Ansiedade, foi novamente entregue uma tabela para preencher. A tabela continha as seguintes colunas: “situação, pensamento, emoção, comportamento”. Diversas situações que ocorreram essa semana foram analisadas e detalhadas na tabela. Foi perceptível a dificuldade da familiar cuidadora em

descrever os pensamentos, as emoções e os comportamentos, apesar da mesma os conseguir identificar verbalmente.

Perante a enunciação dos pensamentos negativos, foi aconselhada a utilização da técnica de paragem do pensamento, exemplificando a técnica com um *Stop*. Foram explicadas as vantagens desta técnica, incorporando a sua utilização com a técnica PROARR.

Após a nomeação dos pensamentos negativos, foi pedida à familiar cuidadora para avaliar a situação de uma forma mais realista, considerando os pontos a favor. Verificou-se alguma dificuldade nesta tarefa, pelo que a mesma foi executada em conjunto com a familiar cuidadora. Após dar alguns exemplos de pensamentos realistas e que favorecessem as vantagens presentes numa determinada situação, a familiar teve de nomear as emoções sentidas. Foi realizada uma reflexão sobre as situações nas quais os pensamentos negativos se manifestavam e as situações que apresentavam pensamentos mais realistas. A familiar cuidadora compreendeu as diferenças, principalmente a nível das emoções percecionadas.

Como tarefa entre sessões, foi solicitada a manutenção da Técnica de Respiração Diafragmática e da técnica PROARR, acrescentando a análise de situações *stressantes* através da tabela entregue nesta sessão.

Na quarta e última sessão, foi concretizada uma revisão das três sessões anteriores. Nesta perspetiva, a familiar cuidadora foi questionada sobre a temática que apresentou maior relevância, perante a qual a mesma identificou as estratégias para manter o autocontrolo. Tal foi selecionado, já que a cuidadora se identificava como alguém impulsivo, o que por vezes se tornava prejudicial.

Analisando as tarefas solicitadas, a familiar cuidadora trouxe para a sessão uma tabela preenchida com duas situações *stressantes* que tinham ocorrido nessa semana. Observando o que foi escrito, verificou-se que a familiar cuidadora mantinha dificuldade em descrever os pensamentos, comportamentos e emoções. Neste sentido, foram atribuídas algumas estratégias, nomeadamente, o apontamento do pensamento tal como ele é percecionado ou a utilização de uma palavra para nomear a emoção.

A familiar cuidadora estava ciente das suas dificuldades, pelo que ponderou a criação de um diário para a auxiliar a colmatar esta necessidade. Quando questionada, referiu compreender as vantagens de escrever, pois auxiliaram-na a avaliar melhor a situação e a definir um caminho mais apropriado.

Ao explorar os pensamentos negativos detetados pela familiar cuidadora, foi inteligível a aplicação da Técnica Paragem do Pensamento, sendo que em vez de imaginar um *Stop*, imaginava um semáforo, qualificando os pensamentos de acordo com as cores. Por outro lado, foi reconhecível a tentativa de alteração de pensamento para algo mais realista. Tal

aconteceu porque a familiar cuidadora compreendeu que os pensamentos presentes podem alterar as suas emoções. Ao aprender a controlá-los, permite melhorar a qualidade do sono, diminuir a tensão corporal e ter mais momentos de relaxamento ao longo do dia. Além disso, também identificou uma melhoria no que concerne à sua habilidade para lidar com as alterações de comportamento do marido.

É de notar que ao longo das quatro sessões, a familiar cuidadora apresentou-se motivada e atenta ao conteúdo abordado. Além disso, a sua personalidade proativa permitiu que os objetivos tivessem sido atingidos.

1.4 Resultados e Avaliação

A avaliação final tomou lugar dois dias após a última sessão. Esta decisão foi tomada considerando o tempo restante de estágio. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung e o indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade. Para a aplicação do último instrumento, foi implementada uma entrevista semiestruturada.

Analisando os resultados da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, foi notável a diferença entre o *score* obtido antes das sessões (*score* 45) e o *score* obtido na avaliação final (*score* 39). Já o *score* do indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade aumentou, passando de um *score* 26 para 38, refletindo um aumento da capacidade de Autocontrolo da Ansiedade (Anexo II).

Na Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung denotou-se algumas modificações interessantes e importantes, que refletiram os resultados da intervenção. Perante a afirmação “Sinto-me mais nervosa e ansiosa do que o costume” passou de “boa parte do tempo” para “nenhuma ou raras vezes”. O mesmo se verificou com a afirmação “Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso”.

Relativamente aos sintomas físicos que a familiar cuidadora mencionava, verificou-se alguma melhoria. Considerando a afirmação “Tenho crises de tonturas que me incomodam”, passou de “algumas vezes” para “nenhuma ou raras vezes”. Na afirmação “Posso inspirar e expirar com facilidade” passou de “nenhuma ou raras vezes” para “algumas vezes”. Por outro lado, a afirmação “Costumo ter dores de estômago ou más digestões” passou de “boa parte do tempo” para “algumas vezes”. As outras alterações identificadas na escala, entre a avaliação inicial e final, refletiram-se em alguns sintomas físicos, nomeadamente o tremor dos braços e

das pernas e o rubor da face. Comparando os resultados, verificou-se que a presença destes sintomas passou de “nenhuma ou raras vezes” para “algumas vezes”.

Todos os itens do indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade apresentaram uma melhoria. Perante a monitorização da intensidade, duração e frequência do episódio de Ansiedade, passou de “raramente demonstrado” para “frequentemente demonstrado”. Já a monitorização dos sintomas e comportamentos associados à Ansiedade como a eliminação de precursores da Ansiedade, passou de “algumas vezes demonstrado” para “frequentemente demonstrado”. Por último, a manutenção das relações sociais e o uso de estratégias eficientes de enfrentamento passou a ser “consistentemente demonstrado”.

É perceptível que ao longo das sessões ocorreu um progresso positivo, permitindo que a familiar cuidadora desenvolvesse um conjunto de estratégias para lidar com a Ansiedade, sendo uma das mais importantes, a avaliação e gestão dos pensamentos.

Considerando as alterações provocadas pela Ansiedade, as quais a familiar não tinha perceção, verificou-se uma melhoria. Apesar das Técnicas de Relaxamento não serem implementadas antes de ir dormir, a familiar cuidadora passou a analisar e gerir os pensamentos, o que provocou um aumento da qualidade do sono. As Técnicas de Relaxamento eram aplicadas em momentos em que a cuidadora se encontrava sozinha, sendo que no momento de dormir, tal não acontecia.

As Técnicas de Relaxamento, Técnica de Respiração Diafragmática e Técnica de Imaginação Guiada eram realizadas todos os dias, o que permitiu a redução da Ansiedade. Além disso, a necessidade de manter uma rotina saudável e de manter as aulas na Universidade Sénior tomaram proporções mais importantes. O entendimento sobre as estratégias de Autocontrolo da Ansiedade foi fortalecido, sendo que a familiar cuidadora passou a efetivá-las de forma estratégica.

A identificação dos estímulos de Ansiedade melhorou, de jeito que a familiar reconheceu que a construção de um diário poderia auxiliar no aprimoramento dessa identificação. O reconhecimento e caracterização dos comportamentos e das emoções também apresentou um progresso positivo, apesar de haver espaço para melhoraria.

Após o término das sessões, verificou-se a necessidade de trabalhar mais aprofundadamente os pensamentos, assistindo a familiar cuidadora a reconhecê-los mais facilmente e a substituí-los por uns mais funcionais. Considerando esta descrição, poderia ser ponderado o desenvolvimento da Intervenção Psicoterapêutica Reestruturação Cognitiva.

2. Estudo de Caso

Com o intuito de desenvolver uma intervenção no âmbito das estratégias para gerir a Ansiedade, foi criada uma intervenção individual, neste contexto clínico. No entanto, verificou-se a necessidade de intervir no caso inframencionado, apesar de não corresponder aos critérios de inclusão definidos.

2.1 Necessidades Identificadas

O estudo de caso centrou-se num cliente de 37 anos, cuja avó foi diagnosticada com um provável processo demencial. A cuidadora da avó era a mãe do cliente, com a qual o mesmo começou a ter alguns problemas. De acordo com a sua descrição, a sua mãe apresentava comportamentos desadequados, com os quais o cliente não concordava e que poderiam colocar em causa a saúde da avó.

Durante meses, esta foi uma situação que suscitou momentos de elevados níveis de Ansiedade, sendo que o cliente conseguiu com que a mãe fosse avaliada por um psiquiatra. Desta avaliação resultou um diagnóstico médico e consequente tratamento medicamentoso. Apesar das medidas tomadas, o cliente compreendeu que seria improvável observar uma mudança drástica no comportamento e na personalidade da mãe, pelo que se encontrava a passar por um processo de aceitação da situação. No entanto, a relação com a sua mãe foi descrita como um dos maiores estímulos da Ansiedade.

Em consequência desta situação, a relação com a sua cónjuge começou a apresentar alterações negativas e que afetaram o equilíbrio da sua vida. De entre as alterações, evidenciou-se a dificuldade de comunicação entre o casal, o que resultava em discussões, as quais eram percecionadas pelos filhos. Resultante disto, o cliente revelava a sensação de que a sua esposa não compreendia as suas necessidades e estava a ir contra as mesmas. Esta foi também identificada como uma situação que causava grandes níveis de Ansiedade.

Perante este cenário, o cliente identificou certos comportamentos que assumiu como sendo negativos e que poderiam levar a desfechos igualmente negativos. Este processo de reflexão

demorou algum tempo a ser desenvolvido, no entanto, o cliente compreendeu que lhe trouxe algumas vantagens. Abordando os estilos de vida, o cliente, que fumava três cigarros antes de ir dormir, começou a fumar um maço por dia. Este comportamento foi identificado pelo mesmo como sendo desestabilizador e preocupante. Por outro lado, as rotinas alimentares também exibiram modificações desfavoráveis, ocorrendo perda de peso.

Os estilos de comunicação também foram assinalados como sendo danosos. A irritabilidade, a agressividade e impulsividade foram as respostas identificadas perante as situações que provocavam Ansiedade. Desses comportamentos surgiram consequências negativas, relacionadas com a relação com a mãe e com a esposa.

Os dados foram colhidos através da implementação de uma entrevista semiestruturada e os seguintes instrumentos de avaliação: indicador NOC Autocontrolo da Ansiedade e Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Os resultados obtidos são apresentados no Anexo III.

De acordo com o *score* obtido através da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, verifica-se que o cliente obteve um *score* de 36. No entanto, ao longo da entrevista, o mesmo verbalizou várias vezes a presença de Ansiedade e de comportamentos negativos derivados desta.

Avaliando os resultados do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade (*score* 26) e considerando os elementos que foram marcados como “algumas vezes” ou “nunca ou raramente demonstrado”, verifica-se a presença das atividades relacionadas com a monitorização dos sintomas e comportamentos associados à Ansiedade, juntamente com a monitorização da intensidade, duração e frequência do episódio ansioso. Para além destes, também foram identificadas as atividades relacionadas com a eliminação dos precursores da Ansiedade, o controlo da resposta à Ansiedade, a manutenção das relações sociais e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficientes.

Analisando as necessidades detetadas, foram identificados os seguintes diagnósticos:

Tabela 9: *Diagnósticos de enfermagem Estudo de Caso UCC*

| Diagnósticos de Enfermagem |
|---|
| Ansiedade |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de Autocontrolo da Ansiedade |
| Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de Autocontrolo da Ansiedade |
| Comportamento aditivo |
| Potencial para melhorar comportamento interativo |
| Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de Autocontrolo |
| Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de Autocontrolo |

Foram definidos como critérios de resultado:

Tabela 10: *Critérios de resultado - Estudo de caso UCC*

-
- Que o cliente identifique os estímulos da Ansiedade;
 - Que o cliente identifique a importância de se afastar dos estímulos de Ansiedade;
 - Que o cliente identifique estratégias de *coping* eficazes para lidar com as situações *stressantes*;
 - Que o cliente implemente estratégias de *coping* eficazes para lidar com a Ansiedade;
 - Que o cliente identifique estratégias saudáveis para lidar com a Ansiedade;
 - Que o cliente implemente estratégias saudáveis para lidar com a Ansiedade;
 - Que o cliente compreenda o conceito do Autocontrole;
 - Que o cliente identifique as situações nas quais apresenta comportamentos agressivos e impulsivos;
 - Que o cliente identifique as consequências dos seus comportamentos;
 - Que o cliente identifique estratégias saudáveis de Autocontrole;
 - Que o cliente implemente estratégias saudáveis de Autocontrole;
 - Que o cliente compreenda o conceito de assertividade;
 - Que o cliente identifique diferenças entre o estilo de comunicação agressivo e o estilo de comunicação assertivo;
 - Que o cliente identifique situações nas quais apresentou um estilo de comunicação agressivo e um estilo de comunicação assertivo;
 - Que o cliente identifique estratégias para desenvolver um estilo de comunicação assertivo;
 - Que haja um aumento dos valores do Indicador NOC: Autocontrole da Ansiedade.
-

2.2 Planeamento

Tendo em consideração as necessidades detetadas neste caso, ponderou-se a realização de três sessões, de modo a conseguir desenvolvê-las no espaço de tempo restante até ao final do estágio. No entanto, apesar da disponibilidade do cliente, certos contratemplos ocorreram, impossibilitando a sua implementação. Assim, revendo as hipóteses presentes, foi tomada a decisão de desenvolver o planeamento das sessões que depois seriam implementadas pelo EEESMP da UCC.

Assim sendo, havendo a possibilidade de o planeamento ser colocado em prática pelo enfermeiro, foram planeadas oito sessões, de forma a ir ao encontro das necessidades identificadas. De entre os diagnósticos formulados, compreendeu-se que o comportamento aditivo relacionado com o tabaco apenas poderia ser trabalhado quando as outras necessidades fossem colmatadas. Assim, ponderou-se aguardar e implementar estas intervenções num futuro próximo.

Desta forma, foram estabelecidas prioridades, de modo a poder desenvolver uma intervenção bem estruturada e que pudesse dar resposta aos problemas encontrados. Em primeiro lugar, fez sentido consciencializar o cliente para as desvantagens de assumir certos comportamentos de risco para a saúde, possibilitando a disponibilização da informação sobre a Ansiedade, os sintomas presentes e estratégias que pudessem ser concretizadas de modo a lidar com a mesma de forma saudável.

Em segundo lugar, após permitir a consciencialização sobre as estratégias utilizadas e os resultados encontrados, verificou-se que o comportamento impulsivo e agressivo era uma prioridade que o próprio cliente identificava, referindo a sua dificuldade em ser assertivo. Esta situação era vista pelo cliente como uma das razões para a presença de certos problemas entre ele e a sua esposa. Assim, a construção de sessões que permitissem o desenvolvimento de técnicas de comunicação mais eficientes, colocando em prática certas técnicas para treinar a assertividade, poderiam ser benéficas para o atingimento dos objetivos.

Este trabalho realizado com foco na comunicação teve como propósito facilitar a construção de autocontrolo, permitindo a mudança de certos comportamentos menos positivos e que levassem a consequências nefastas. No entanto, para poder abordar as necessidades, na sua magnitude, o pensamento também deveria ser discutido e refinado.

Na avaliação inicial, foi notada a presença de alguns pensamentos que poderiam prejudicar a funcionalidade do cliente e as suas relações. No entanto, foi percebido que o cliente não percecionava a situação da mesma forma. Assim sendo, o desenvolvimento da consciencialização para a relação entre os pensamentos e a Ansiedade poderia apresentar vantagens e facilitar a mudança de certos comportamentos.

Assim, a coesão entre estas três prioridades poderia auxiliar o cliente a suprir as necessidades identificadas e a melhorar a sua resposta à Ansiedade, de modo a ingressar por caminhos mais saudáveis e que lhe permitissem viver a vida de forma mais sustentada. Neste caso, a presença do diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) do cliente como também a sua dificuldade em aceitar o comportamento da mãe, sendo que esta já foi diagnosticada por um psiquiatra, poderia suscitar a necessidade de o encaminhar para psicologia. Estes são fatores que poderiam ser desfavoráveis para a realização da intervenção e dificultar o atingimento dos objetivos definidos.

2.3. Contexto De Internamento

O terceiro estágio do módulo II do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi desenvolvido em contexto de cuidados num internamento de agudos. A seguir encontra-se a explicação do desenvolvimento das intervenções realizadas neste contexto.

2.3.1. Caraterização do Contexto Clínico

O ensino clínico: internamento de agudos foi desenvolvido num contexto hospitalar, permitindo observar o trabalho desenvolvido com clientes que se encontram em fase aguda da doença mental, necessitando de tratamento, estabilização do quadro e preparação para a alta. O centro hospitalar no qual este estágio decorreu tem como missão prestar cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental à população adulta e infantil da respetiva área geográfica. O objetivo passa por garantir as respostas que os clientes necessitam em todo o ciclo da sua doença. Para além disso, pretende assegurar o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, como também a criação e implementação de projetos de investigação.

É um hospital constituído por diferentes serviços, nomeadamente, serviços de internamento e de ambulatório. No departamento de internamento existem quatro serviços de clientes agudos, um de clientes de evolução prolongada e um serviço específico para clientes psicogerítricos. No departamento de ambulatório, fazem parte quatro serviços: o serviço de reabilitação psicossocial, o Hospital de Dia, a Unidade de Consulta Externa e as Equipas Comunitárias.

O serviço no qual o ensino clínico se realizou é um serviço de internamento de agudos que aloca 29 clientes (homens e mulheres) em fase aguda da doença mental. A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros generalistas e cinco EEESMP. A equipa é também composta pelos médicos especialistas alocados ao serviço e pelas assistentes operacionais.

2.3.2. Objetivos

Para este local de estágio foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar o nível de consciência e conhecimento sobre mim enquanto pessoa e profissional de saúde, através do que vou vivenciando ao longo do estágio e do que vou analisando e refletindo;
- Planejar a implementação das intervenções psicoterapêuticas mais adequadas à população-alvo e de acordo com as necessidades dos mesmos;
- Implementar adequadamente as intervenções psicoterapêuticas planejadas para a população alvo, de modo a produzir ganhos em saúde e não provocar sofrimento;
- Compreender a dinâmica da intervenção em grupo num internamento de agudos;
- Desenvolver estratégias que permitam adequar o planeamento das sessões aos indivíduos;
- Melhorar a minha comunicação verbal e não verbal;
- Promover a construção de uma relação terapêutica eficaz entre mim e os clientes que constituem a população-alvo;
- Melhorar a minha capacidade para gerir as minhas emoções e as dos clientes, neste contexto clínico;
- Aprimorar a minha capacidade de gestão do tempo de realização das entrevistas individuais e sessões;
- Melhorar a minha capacidade de adaptação aos imprevistos que podem ocorrer durante o estágio;
- Melhorar a construção do meu trabalho teórico e prático após cada discussão com o orientador e o enfermeiro tutor deste estágio;
- Demonstrar criatividade nas abordagens selecionadas para intervenção;
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas que correspondam às necessidades dos clientes, adequadas à disponibilidade e ao tempo dos mesmos.

2.3.3. Contextualização

O internamento psiquiátrico pode ser considerado como um dos mais complexos, devido aos processos envolvidos na hospitalização involuntária de clientes. Um internamento dito “normal”, no qual a pessoa procura o auxílio de cuidados de saúde, já implica alterações a nível da rotina e pode levar à presença de emoções negativas. No internamento involuntário este tipo de emoções pode estar presente de forma mais insidiosa e ser um fator dificultador para o tratamento (Correia, 2018).

O ambiente vivenciado num hospital psiquiátrico pode ser considerado como um fator facilitador ou dificultador no processo de recuperação, dependendo da forma como os clientes o percebem. Este ambiente inclui a qualidade e a estética das infraestruturas, os profissionais de saúde e as relações estabelecidas com os mesmos, as rotinas estabelecidas e a autonomia providenciada aos clientes (Correia, 2018). A forma como os clientes visualizam este grande fator pode ser positiva, negativa ou ambivalente, sendo que, o facto de o internamento ser voluntário ou involuntário vai ter influência neste processo (Correia, 2018).

O internamento involuntário pode ser considerado quando existe um perigo iminente para a pessoa ou para os outros, devido a uma deterioração aguda do estado de saúde da pessoa que sofre a perturbação mental. Nestes casos, as autoridades de saúde pública podem determinar que a pessoa que sofre de perturbação mental seja acompanhada à instituição mais próxima com um serviço de urgência psiquiátrica para avaliação psiquiátrica formal (Diário da República, 35/2023).

A tomada de decisão perante este tipo de internamento envolve um processo complexo e bastante ponderado, já que abrange diversas questões éticas que devem ser analisadas. A entrada num internamento no qual se vê forçado a permanecer até ordem em contrário pode originar diversas emoções, predominantemente negativas. A angústia, o medo, a ansiedade, a raiva foram algumas das emoções retratadas, juntamente com a sensação de falta de liberdade, perda do controlo e falta de privacidade (Yilmaz, 2020).

Apesar das emoções percebidas devido a este contexto, a criação de um ambiente promotor de bem-estar e confiança pode auxiliar na construção de uma percepção mais positiva relativamente ao internamento, permitindo uma maior adesão ao tratamento (Yilmaz, 2020).

O estabelecimento de uma relação positiva entre os profissionais de saúde e os clientes revelou-se um fator protetor para o estado emocional destes últimos. Esta relação pode

permitir que o ambiente seja identificado como seguro e criar-se um espaço de respeito e confiança (Ölund et al., 2020). Para além disso, a estima pela autonomia do cliente pode permitir que o mesmo se sinta integrado e envolvido no seu processo de tratamento. Apesar de ser obrigatório, a perceção que o cliente apresenta sobre este processo poderá tornar-se mais positiva (Sharp et al., 2018).

Por outro lado, o desenvolvimento de certas atividades com objetivos terapêuticos, podem auxiliar a modificar as vivências no internamento, tornando-as mais toleráveis, permitindo o aparecimento de sensações como de bem-estar e relaxamento, diminuindo as emoções como Ansiedade, a angústia ou o tédio (Weber et al., 2022).

Em suma, clientes com patologias psiquiátricas são considerados particularmente vulneráveis às alterações do seu ambiente. A ida para um local de internamento, com pessoas desconhecidas, novas regras, limitações e rotinas restritas podem levar a que a pessoa sinta que perdeu o controlo, maiores níveis de Ansiedade e confusão. No entanto, as alterações a nível do ambiente podem permitir que as experiências percecionadas sejam mais positivas, permitindo uma maior adesão ao tratamento.

2.3.4. Avaliação de Necessidades

Analisando o grupo de clientes internados no serviço na altura em que o estágio ocorreu, pretendeu-se criar um grupo no qual fosse possível desenvolver uma intervenção relacionada com a temática central. Para tal foram definidos:

Critérios de inclusão:

- Que o cliente pertença à localidade Porto Ocidental, ou que seja, cliente de um dos médicos alocados ao serviço de internamento de agudos;
- Que o cliente não apresente alta prevista para breve;
- Que o cliente manifeste interesse em participar nas sessões;
- Que o cliente saiba ler e escrever e não apresente diminuição acentuada da acuidade visual e auditiva;
- Que o cliente apresente cognição preservada;
- Que o cliente apresente *score* inferior a 36 no indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.

Critérios de exclusão:

- Falta de interesse em participar nas sessões;
- Estado confusional, agitação psicomotora, défice cognitivo moderado a grave, hostilidade, agressividade latente e sintomas heterólogos exacerbados.

Considerando que o serviço é composto, no máximo, por 29 clientes e de modo a otimizar o tempo disponível para a realização deste ensino clínico, através do apoio dos enfermeiros do serviço, foi possível selecionar seis clientes que pudessem integrar os critérios explícitos. A esses seis clientes foram realizadas entrevistas semiestruturadas, aplicando como instrumentos de apoio a Escala Mini-Mental State Examination, Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung e Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade. As escalas foram aplicadas pela respetiva ordem apresentada, de modo a excluir os clientes que não apresentassem a Cognição preservada.

Do grupo selecionado, verificou-se que o mesmo era constituído por dois elementos do sexo feminino e quatro elementos do sexo masculino, com idades variadas entre os 26-58 anos. Todos os elementos apresentavam como diagnóstico de entrada: *F.29 - Transtorno do espectro de esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado* (American Psychiatric Association [APA], 2014), no entanto, não se verificava a presença de sintomas heterólogos exacerbados, sendo que todos demonstravam ter *insight* para a sua condição clínica. Todos eles se encontravam internados involuntariamente.

Para a avaliação da condição cognitiva de cada elemento do grupo, tornou-se necessário questionar as habilitações literárias de cada um, variando desde o 4.º ano de escolaridade até ao 12.º ano. Desta forma, a Escala Mini Mental State Examination foi aplicada a todos os elementos do grupo, sendo que os *scores* divergiram entre o *score* 28 e o *score* 30, demonstrando que nenhum dos elementos apresentava défice cognitivo, independentemente do grau de escolaridade de cada um.

Após esta avaliação ser feita, a entrevista semiestruturada foi realizada de modo a compreender o *insight* que os clientes apresentavam relativamente à sua condição clínica. Além disso, foram avaliados o nível de Ansiedade e o nível de autocontrolo da mesma, utilizando como instrumentos de apoio os já identificados. Apesar de existirem diversas escalas para avaliar o nível de Ansiedade, considerou-se que a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, pudesse ser a mais indicada para avaliar a Ansiedade-Estado e analisar os sintomas percebidos pelos próprios clientes de forma mais específica.

Dos dados obtidos (Anexo VII), verificou-se que metade do grupo (n=3) apresentou *score* superior a 37 na Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, revelando a presença de Ansiedade, sendo que dois desses três clientes apresentaram um *score* igual ou superior a 40,

podendo sugerir a existência de uma componente patológica. Por outro lado, a outra metade (n=3) não apresentou um *score* consistente com a presença de Ansiedade (< 37). No entanto, é necessário reforçar que todos os elementos do grupo verbalizaram a presença de Ansiedade, relativamente a diversos componentes relacionados com o internamento, como também a sua vida fora deste contexto.

Através da aplicação do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade, foi possível compreender que nenhum cliente apresentou um *score* igual ou superior a 36. Os *scores* variaram entre 19 e 26 (Anexo VII). Analisando o indicador, verificou-se que todos os clientes realizavam raramente a monitorização da duração e intensidade dos episódios de Ansiedade, como também a frequência entre os mesmos. Quando questionados, apenas dois clientes conseguiram referir a importância desta monitorização, no entanto, não era algo que estava presente nas suas vidas.

Por outro lado, foi notável que cinco dos seis clientes referiram que por vezes conseguiam perceber alguns sintomas físicos associados aos episódios ansiosos, referindo-os. O outro cliente, ao analisar a situação, apenas referiu que seria algo que fazia muito raramente, não lhe atribuindo muita importância. Já a monitorização das manifestações do comportamento foi descrita como algo que quatro dos seis clientes também realizavam algumas vezes, enquanto os outros mantinham essa monitorização de forma muito esporádica.

Tanto no controlo da reação à Ansiedade como na utilização das estratégias de *coping* eficazes, apenas metade do grupo (n=3) selecionado mencionou que o conseguia desempenhar eficazmente em certos momentos, sendo que foi perceptível que os restantes elementos o fariam raramente. Na aplicação deste instrumento de avaliação, foram aplicadas várias questões e explorados diversos assuntos com cada cliente. Perante esta exploração, tornou-se notório que apenas três clientes compreendiam em que momentos as estratégias que utilizavam tinham sido efetivas ou então se o seu comportamento ou reação às situações *stressantes* tinha sido adequado. A outra metade do grupo (n=3) conseguiu identificar certas estratégias e certos comportamentos, no entanto, não conseguiram identificar as consequências dessas ações, e como tal, qualificar a estratégia em si.

Foi possível analisar que a identificação dos precursores de Ansiedade foi realizada por quatro dos seis clientes, no entanto, apenas os evitavam em certos momentos. Os outros dois clientes, perante uma situação em que se sentissem ansiosos, referiam que não tinham por hábito perceber a situação, pelo que tentavam esquecer a mesma ou a ignoravam.

Dos diferentes itens presentes neste instrumento de avaliação, estes foram os dados colhidos, pelo que se compreende a necessidade de ensinar e consciencializar os clientes, relativamente à temática a explorar. Verificou-se que nenhum dos clientes conhecia nenhuma Técnica de Relaxamento, pelo que, devido às suas vantagens, tornou-se uma questão

pertinente para abordar. Por outro lado, tendo em conta a influência que o sono apresenta a nível da Ansiedade e vice-versa, foi notório que todos os clientes tomavam medicação que auxiliava na indução de um sono tranquilo, pelo que se tornou apenas um domínio a vigiar.

Comparando os resultados obtidos das avaliações iniciais realizadas com os critérios de inclusão identificados, verificou-se que os seis clientes apresentavam capacidade para participar na intervenção. Assim, todos eles foram incluídos para participarem nas sessões.

De modo a planear as sessões de forma bem estruturadas, foram reconhecidos como diagnósticos de enfermagem:

Tabela 11: *Diagnósticos de Enfermagem - Internamento*

-
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a identificação das emoções e o autocontrolo da Ansiedade;
 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes da Ansiedade;
 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da Ansiedade;
 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da Ansiedade.
-

Valorizando os diagnósticos, foram definidos como critérios de resultado:

Tabela 12: *Crítérios de resultado - internamento*

-
- Que os clientes compreendam a importância de reconhecer as suas emoções;
 - Que os clientes compreendam a importância de reconhecer as situações que desencadeiam Ansiedade;
 - Que os clientes compreendam a importância de reconhecer os pensamentos e comportamentos associados às emoções que estão a sentir;
 - Que os clientes compreendam a relação entre a identificação das emoções, sintomas, pensamentos e comportamentos associados e o autocontrolo da Ansiedade;
 - Que os clientes identifiquem estratégias para o autocontrolo da Ansiedade;
 - Que os clientes apliquem as estratégias para o autocontrolo da Ansiedade;
 - Que os clientes identifiquem estratégias de *coping* eficazes para lidar com as situações;
 - Que os clientes apliquem estratégias de *coping* eficazes para lidar com as situações;
 - Que os clientes identifiquem os passos para a resolução de problemas;
 - Que os clientes apliquem os passos para a resolução de problemas;
 - Que os clientes apresentem melhoria do *score* do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.
-

2.3.5. Planeamento

Recordando os critérios de inclusão definidos, os clientes foram selecionados considerando a perspetiva de alta clínica. Uma das maiores vantagens de ter estagiado num internamento de agudos concentrou-se no facto de os clientes permanecerem no mesmo até à sua alta, pelo que permitiu desenvolver uma intervenção mais prolongada no tempo e com um maior número de sessões.

Atendendo que neste contexto clínico ocorreu uma pausa letiva, as sessões foram planeadas de forma a terminarem antes dessa pausa. Assim foi programado o desenvolvimento de sessões bissemanais, sendo que a avaliação final teve lugar após a pausa letiva. Analisando as necessidades detetadas e o tempo disponibilizado para a realização da intervenção, foi ponderada a elaboração de sete sessões.

Foi possível compreender que a população alvo de cada local de estágio apresentava características específicas, sendo que a sua compreensão se tornou crucial para a construção das intervenções. Neste local em concreto, verificou-se diversas peculiaridades. No internamento, existia uma rotina diária na qual consistia em momentos de refeição, em momentos para fumar no exterior e em momentos em que alguns clientes poderiam usufruir de saídas para o recinto do hospital. Respeitando estas circunstâncias, a realização das sessões deveria ocorrer em alturas do dia que não contemplassem tais rotinas.

Por outro lado, os clientes internados neste serviço eram clientes, que apesar de apresentarem um quadro mais estabilizado, encontravam-se numa fase aguda de doença mental. Tal situação poderia trazer alguns fatores externos que poderiam influenciar a execução da intervenção. Foi depreendido, ao longo das entrevistas iniciais, que apesar de terem obtido um *score* favorável na Escala *Mini Mental State Examination*, os clientes apresentavam um tempo de atenção mais curto, comparativamente à população alvo dos estágios anteriores. Para além disso, durante a avaliação inicial, foi notável a necessidade de adequação da linguagem e exposição das questões de uma forma simples, pelo que estes elementos foram tidos em conta na produção da intervenção.

Atendendo às necessidades identificadas, quer a nível da consciencialização, do conhecimento e da capacidade, considerou-se pertinente a elaboração de uma intervenção baseada na psicoeducação, na qual se pretendia estimular a exposição de conhecimento, a partilha de emoções e experiências, como também o treino de habilidades. Ao planear a intervenção, considerou-se a elaboração de um conjunto de sessões que permitissem realizar

atividades mais interativas num tempo inferior a 60 minutos. Ao contrário do que foi desenvolvido nos estágios anteriores, o estilo de interação no qual, ao longo de uma hora, se desenvolve uma conversa terapêutica poderia não resultar neste local. Assim, o planeamento de atividades criativas e interessantes que pudessem apelar à participação dos clientes tornou-se essencial para este trabalho.

Permitindo aludir à escassez de conhecimento e à premência de consciencialização relativamente à temática abordada, as sessões foram produzidas de modo a abordar inicialmente as emoções percebidas pelos clientes e a forma como os mesmos as expressavam, refletindo sobre a importância de as identificar e compreender. Neste parâmetro, foi reconhecida a importância de incorporar as Técnicas de Relaxamento desde a primeira sessão, tanto para poder proporcionar conforto e relaxamento aos clientes, como também auxiliar na compreensão do seu estado emocional, através dos sintomas físicos sentidos.

À medida que a intervenção foi sendo elaborada, ao longo das sessões foi percebido o aprofundamento da temática, abordando inicialmente as emoções de uma forma geral, passando para uma emoção em específico, a Ansiedade. A compreensão de como a Ansiedade é expressa, torna-se crucial para poder perceber como a mesma pode ser controlada. Assim, identificando um conjunto de “caixas”, nas quais os sintomas da Ansiedade poderiam ser adaptados (sintomas físicos, psicológicos e comportamentais), permitindo um entendimento mais fácil e abrangente do assunto abordado. Para além dos sintomas, a consciência dos diversos fenómenos que poderiam estar na base da Ansiedade também se reconheceu como sendo pertinente, tendo sido associado à intervenção.

Por último, após a percepção das emoções, a permissão da sua expressão e o enquadramento da Ansiedade, surgiu a necessidade de abordar o conceito de Autocontrolo. Para além de o abordar, é indispensável debater as diversas estratégias que poderiam ser utilizadas, sendo que a definição de *coping* se torna importante. Analisando as diversas entrevistas e os dados colhidos ao longo das mesmas, entendeu-se como necessário expor a Técnica de Resolução de Problemas.

A planificação das sessões, tal como já mencionado, permitiu explorar diversos subtemas pertinentes, no entanto, foi sempre tido em conta o nível de linguagem da população alvo, como também a importância de ser interativo e apelativo para os demais. A participação ao longo das sessões poderia ser uma forma divertida de desenvolver a consciencialização para as problemáticas e obstáculos encontrados.

2.3.6. Execução

Durante todo o processo de implementação da intervenção planeada, foi visível a motivação e empenho dos diversos clientes em participar na mesma. É imprescindível entender que a planificação de uma intervenção vai sempre ter diversas mudanças, já que existem diversos fatores externos que acabam por obrigar a tal. Neste ensino clínico, tal situação não foi exceção, sendo que é sempre importante lembrar que a elaboração de uma intervenção é feita para o cliente e não para encaixar nos objetivos do EEESMP.

Considerando o parágrafo anterior e analisando o percurso das sessões ocorridas ao longo deste local de estágio, a primeira sessão foi o exemplo de tal. Apesar de terem sido cumpridos os objetivos, existiram diversos pormenores que deram que pensar e que permitiram reestruturar as sessões a seguir. Iniciando pelo facto de ser a primeira sessão, ou seja, a primeira vez que o grupo está junto, este é já um fator que é impossível de controlar e só ao longo da sessão em si é que foi possível explorar a dinâmica do mesmo. Foram assim identificados certos membros que já teriam alguma relação no dia a dia do internamento e que se encontravam em conversas paralelas relativamente ao tema a ser discutido. Assim, a ponderação da disposição da sala e dos elementos do grupo tornou-se um passo importante a explorar nas sessões seguintes.

Para além disso, de modo a permitir que a sessão se pudesse tornar mais interativa e permitisse um momento de relaxamento, foi incluído no planeamento da mesma a realização da Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson. Os recursos disponibilizados eram razoáveis, o que permitiu a execução desta técnica, no entanto, ao longo do desenvolvimento da mesma, foi perceptível algumas dificuldades na compreensão do que era indicado pelo EEESMP, havendo a obrigação de abrandar e auxiliar individualmente certos clientes. No final, foi perceptível que todos se sentiam mais relaxados, porém nem todos perceberam o objetivo da técnica. Esta situação surgiu de forma a poder refletir sobre a premência de entender os objetivos e limitações dos clientes, desviando daquilo que era expectável para o EEESMP.

Tendo estas reflexões em causa, as seguintes sessões foram implementadas atendendo à abrangência e às limitações do grupo. A segunda sessão permitiu a exploração das emoções de uma forma mais criativa e que pudesse dar ao grupo espaço para se divertir e relaxar. Foram providenciados vários recursos artísticos, de modo que cada um pudesse identificar as suas emoções. Verificou-se que todos desenvolveram o projeto pedido, no entanto, sentiam

dificuldade em definir o que tinham criado, tendo sido fundamental questionar os diferentes membros, de forma que cada um pudesse refletir sobre o seu trabalho e atingir o objetivo proposto. À medida em que as questões eram colocadas, foi visível a participação dos clientes e a pertinência das respostas dadas. Foi sentida alguma dificuldade na formulação das questões a colocar e no estabelecimento de um limite para a sua aplicação, no entanto, foi considerada que tal dificuldade poderá ser saciada conforme se vai ganhando maior experiência. Neste caso, tal dificuldade foi equilibrada pelo apoio da tutora presente ao longo da sessão.

Nas seguintes sessões, há medida que se foi estabelecendo um maior nível de confiança com os clientes, foi possível detetar um maior nível de partilha entre o grupo, no qual foram abordados diversos assuntos relativos a situações pessoais de cada cliente e relacionadas com a temática explorada. Tal tornou-se viável, pois permitiu um maior nível de compreensão das emoções identificadas, como também das estratégias utilizadas para lidar com as situações.

Uma das sessões que poderia ser mais desenvolvida futuramente, foi referente às diversas estratégias de *coping* existentes. Apresentando um *powerpoint* no qual foram identificadas estratégias eficazes e não eficazes para lidar com as situações, foi permitido um momento de partilha e discussão, no qual as opiniões de todos os clientes foram ouvidas e contempladas. A exploração das diversas opiniões criou um espaço de reflexão pessoal para cada cliente que, a seguir ao momento de discussão, tentou identificar as estratégias que mais utilizava. Após essa identificação, foram questionados sobre a sua eficácia. Esta foi uma sessão na qual se verificou que os clientes mantiveram a sua atenção plena, no entanto, considerando as respostas percebidas, seria um assunto a explorar mais aprofundadamente.

Pelo mesmo caminho se reflete sobre a sessão da Técnica de Resolução de Problemas. Esta foi uma sessão muito interativa, na qual se discutiu sobre os diversos passos a seguir e sobre dois casos fictícios. No processo criativo desta sessão, ponderou-se abordar uma situação que fosse pessoal a um dos clientes, no entanto, optou-se por criar dois casos fictícios, já que poderia acontecer que nenhum dos clientes se sentisse confortável para se expor. À medida que os casos foram sendo explorados, foi visível a dificuldade que alguns clientes apresentavam na aplicação da técnica, sendo que, para alguns, a sua tomada de decisão se baseava em experiências passadas. Por outro lado, verificou-se a presença de comportamentos impulsivos, já detetados ao longo das entrevistas iniciais, e que se corroboraram ao longo da discussão dos casos. Assim, esta foi também uma sessão na qual se poderia ponderar uma exploração minuciosa.

A sessão final tomou lugar no último dia de estágio antes da pausa letiva. O seu objetivo passou por abordar os diferentes subtemas expostos ao longo das sessões. De modo a permitir tal, foi criado um póster grande que incluía quatro divisórias, referentes às emoções, comportamentos, pensamentos e estratégias para lidar com as situações. Tal como foi

observado ao longo de toda a intervenção, os clientes demonstraram uma participação ativa e interessante, preenchendo as diversas divisórias. Foi perceptível que alguns clientes ainda tinham dificuldades em identificar certos comportamentos e pensamentos. Se o estágio se realizasse num período mais longo, teria sido possível analisar mais afincadamente esses clientes e possivelmente, desenvolver intervenções individuais.

Ao longo das sessões, foi possível perceber que os clientes davam muita importância às Técnicas de Relaxamento, nomeadamente, à Técnica de Respiração Diafragmática, abordada em diversas sessões. A maioria referiu que a técnica demonstrava resultados eficazes, pelo que estaria a ser implementada frequentemente.

É de salientar que após a segunda sessão, o grupo de seis pessoas passou a cinco, já que um dos clientes, cuja alta estava a ser planeada para janeiro, teve alta mais precocemente do que o previsto. Assim sendo, o cliente foi incluído no grupo por corresponder aos critérios delineados, no entanto, os fatores externos vão sempre existir, pelo que as sessões vão sendo recriadas consoante os mesmos.

2.3.7. Resultados e Avaliação

A avaliação final tomou lugar na primeira semana de janeiro, sendo que os cinco clientes que participaram em todas as sessões se encontravam no internamento. Semelhante à entrevista inicial, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com aplicação dos instrumentos de avaliação Indicador NOC Autocontrolo da Ansiedade e Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung.

Algo comum a todos os clientes é que os mesmos referiram as Técnicas de Relaxamento como algo que ficou bem presente na memória, já que lhes concedeu sensações de bem-estar. Por outro lado, foi visível a necessidade de resumir as diversas sessões realizadas, pois alguns clientes apresentavam alguma dificuldade em nomeá-las. Assim, foi tomada a decisão de realizar a entrevista clínica questionando sobre vários parâmetros ao longo das sessões, em vez de realizar questões mais abrangentes. Deste modo, foi possível obter dados mais valiosos e impedir que os clientes se sentissem envergonhados por não se lembrarem de certos pontos da intervenção.

Analisando os dados obtidos da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (Anexo VII),

verificou-se que dos três clientes que apresentavam um *score* superior a 37, apenas um manteve esse valor. No entanto, comparativamente ao *score* inicial desse cliente, o *score* final foi mais baixo. Apesar de não se apresentar como um critério de resultado, pois a intervenção desenvolvida poderia não afetar o nível da Ansiedade, mas apenas o conhecimento sobre a sua, verificou-se um resultado positivo.

Refletindo sobre os resultados obtidos do Indicador NOC Autocontrole da Ansiedade (Anexo VII), verificou-se que para todos os clientes ocorreu um aumento ligeiro do *score* obtido. Considerando os critérios de resultado, foi notável que para todos os clientes se tornou importante reconhecer as suas emoções, no entanto, um deles referiu não sentir necessidade de as compreender, demonstrando estratégias de *coping* similares às que descreveu na avaliação inicial. Quando questionado sobre as estratégias, o cliente referiu não se recordar dos exemplos dados, no entanto, sentiu que as estratégias que tem vindo a utilizar estavam a resultar com ele.

Por outro lado, os restantes clientes conseguiram expor alguns comportamentos que foram detetando em momentos de Ansiedade, sendo que alguns ainda refletiram sobre a sua impulsividade em tomar decisões. Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas, os clientes conseguiram identificar algumas, no entanto, ainda aplicavam as estratégias que já estariam habituados a utilizar. Esta é uma situação que poderia ser considerada possível, já que as sessões foram desenvolvidas em torno da psicoeducação. Para além disso, tal como já refletido, as sessões direcionadas para as estratégias de *coping* deveriam ser exploradas mais aprofundadamente.

A compreensão das situações que poderiam estar na origem das emoções negativas também aumentou, relativamente à avaliação inicial. No entanto, os clientes referiram ter alguma dificuldade em delinear o melhor plano de ação para lidar com as mesmas, referindo sentir que por vezes aplicavam certas estratégias que não revelavam os melhores resultados. Verificou-se que pelo menos dois clientes apresentavam uma melhor resposta quando estavam a sentir-se ansiosos.

Analisando as respostas dadas, denotou-se que a maioria clientes (n=4) conseguiram perceber melhor as suas emoções, refletindo-se na perceção da sintomatologia física, dos comportamentos e para alguns clientes, os seus pensamentos. Outro ângulo positivo, foi a compreensão de que o isolamento não se enquadrava como estratégia eficaz para lidar com a Ansiedade, pelo que os clientes se demonstraram mais abertos para falar sobre as suas emoções.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se demonstrar a forma como as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEESMP foram adquiridas ao longo dos estágios realizados. A atribuição do Título de Especialista pressupõe não só a verificação das competências designadas para cada uma das especialidades concebidas pela ordem, como também das competências transversais a essas mesmas especialidades (Diário da República, 140/2019)

3.1. Competências Comuns Enfermeiro Especialista

O quadro que se segue pretende demonstrar, de forma sistematizada, o modo como as competências comuns do Enfermeiro Especialista foram adquiridas ao longo dos diferentes contextos clínicos, tendo por base o que foi descrito no capítulo anterior. Quando marcado com X, simboliza que a competência foi adquirida naquele local de estágio, no entanto, caso seja marcado com -, a competência não foi contemplada.

Tabela 13: Aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista

| Competências comuns do enfermeiro especialista | Contexto Clínico Diferenciados | Contexto Clínico Comunidade | Contexto Clínico Internamento | Observações |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. | X | X | X | Todas as intervenções foram realizadas com responsabilidade ética, profissional e legal, de acordo com o que consta no Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes et al., 2005). O cliente foi sempre incluído no processo de tomada de decisão, respeitando os seus direitos, motivações, limitações, crenças, privacidade e objetivos. |
| Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | X | X | X | As intervenções terapêuticas planeadas e executadas objetivaram a promoção da saúde e promoção da saúde mental, de modo a favorecer o bem-estar e a não prejudicar o cliente. |
| Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. | X | X | X | Várias foram as discussões partilhadas com os tutores dos diferentes locais de estágio, relativamente ao papel do enfermeiro especialista a nível das instituições e na promoção da qualidade dos cuidados. Após a execução das intervenções, os resultados obtidos foram partilhados com os tutores, |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | refletindo sobre as necessidades inicialmente encontradas e colmatadas com o término da intervenção. Consequentemente, indagou-se sobre a pertinência das intervenções realizadas e o seu papel na melhoria da qualidade nos cuidados. |
| Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. | X | X | X | O papel de EEESMP e as intervenções delineadas para cada cliente foram discutidas com os tutores e outros profissionais de saúde pertencentes às equipas multidisciplinares, de forma a poder compreender melhor as necessidades de cada cliente e selecionar as intervenções mais adequadas. |
| Garante um ambiente terapêutico e seguro. | X | X | X | As intervenções desenvolvidas tiveram sempre em atenção as crenças, limitações, fatores dificultadores e facilitadores, como também a satisfação dos clientes, promovendo a segurança e o bem-estar. |
| Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. | - | X | X | Perante cada caso que foi abordado nos diferentes estágios, ocorreram vários momentos em cada um deles, nos quais se realizou uma análise, relativamente, às necessidades detetadas do cliente e à abordagem clínica a escolher. Estas |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | | | | <p>informações foram sendo compartilhadas com os tutores e com alguns membros da equipa multidisciplinar. No estágio de Cuidados no Internamento e de Cuidados na Comunidade, foi possível observar a partilha de informação e a negociação de cuidados entre profissionais de saúde.</p> <p>No contexto clínico de Cuidados Diferenciados, apesar de existir esta partilha dentro da equipa multidisciplinar, a mesma não foi tão visível ao longo do estágio, pelo que a atuação se cingiu maioritariamente à equipa de enfermagem. Por tal razão, se assume que esta competência não foi tão bem atingida neste contexto.</p> |
| Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. | X | X | X | <p>Em cada momento de planificação das intervenções, foram planeados e estimados os recursos humanos, materiais e o tempo para a execução dos mesmos. Foram consideradas as características do serviço e dos clientes, de modo a poder intervir de acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos pela equipa, garantido a qualidade dos cuidados.</p> |
| Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. | X | X | X | <p>A criação de uma relação terapêutica é importante em todos os contextos de enfermagem, porém a nível de saúde mental a</p> |

mesma toma outras proporções e importância. A forma de comunicar deve ser bem planeada e baseada na evidência científica, consoante os diferentes contextos. Definindo estas relações interpessoais, tornou-se necessária a autorreflexão, permitindo perceber os diferentes fatores pessoais que poderiam comprometer ou favorecer a manutenção dessas relações.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

X

X

X

A interação com os clientes de cada local de estágio foi estudada e ponderada, considerando os estudos mais recentes encontrados na literatura. Todas as intervenções e critérios de resultado criados foram estruturados consoante a evidência científica.

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

Tal como no primeiro quadro apresentado, este quadro pretende demonstrar, de forma sistematizada, o modo como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica foram alcançadas ao longo dos diferentes contextos clínicos, tendo por base o que foi descrito no capítulo anterior. Quando marcado com X, simboliza que a competência foi adquirida naquele local de estágio, no entanto, caso seja marcado com -, a competência não foi contemplada.

Tabela 14: *Aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*

| Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica | Contexto Clínico Diferenciados | Contexto Clínico Comunidade | Contexto Clínico Internamento | Observações |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. | X | X | X | A reflexão sobre todo o processo de estágio foi sendo incorporada ao longo do tempo e realizada frequentemente. Em três momentos diferentes, foram contemplados clientes com histórias de vida e ambientes dispare, levando à necessidade de compreender as suas especificidades e moldar a forma de interação e comunicação, de modo a fomentar uma relação terapêutica eficaz. Analisando os resultados obtidos nas entrevistas iniciais, |

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|---|
| | | | | <p>como também as interações, interesse e comportamentos visualizados ao longo das sessões realizadas, foi possível compreender os diferentes fatores que poderiam influenciar a relação criada. A análise das emoções identificadas, quer do cliente como do EEESMP, permitiram reestruturar alguns objetivos e abordagens. Tal se verificou em todos os estágios, tendo sido mais evidente a nível do contexto clínico: Cuidados no Internamento.</p> |
| <p>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</p> | <p>X</p> | <p>X</p> | <p>X</p> | <p>Considerando a evidência científica, tanto a nível da temática em estudo, como a nível da população-alvo a atuar em cada local de estágio, foi realizada uma entrevista semiestruturada com aplicação de instrumentos de avaliação, justificados para cada local de estágio. Através desta avaliação inicial foi possível obter informação das necessidades, objetivos e limitações dos clientes, de modo a compreender a que nível se poderia atuar. Não obstante, compreendendo que cada caso tem a sua particularidade e a vida é dinâmica, ao longo das sessões realizadas com os clientes, foi possível identificar novas necessidades, permitindo a reformulação dos objetivos e das intervenções planeadas.</p> |

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.

X

X

X

Perante as necessidades identificadas e de acordo com os objetivos de cada cliente, foi possível elaborar uma intervenção que pudesse dar resposta. Este processo foi realizado com base na fundamentação teórica, refletindo também sobre a particularidade de cada cliente. De forma dinâmica, as sessões foram sendo ajustadas à medida que novos objetivos e necessidades foram sendo reconhecidos. Após cada sessão, foi aplicado um questionário de avaliação e realizada uma análise SWOT, permitindo refletir sobre as melhorias a implementar, fomentando a procura pelo autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Para cada diagnóstico de enfermagem identificado, foram identificados critérios de resultado realistas a cada contexto e cliente, de forma a compreender os resultados que foram obtidos de cada intervenção implementada.

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

X

X

X

Nos diferentes locais de estágio, perante as necessidades retratadas, foram desenvolvidas intervenções, de forma a colmatar as carências encontradas. Considerando a temática em estudo, foi possível analisar que a presença do diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” e

alterações a nível do Autocontrolo da Ansiedade foram transversais aos três estágios, no entanto, cada um dos contextos apresentou a sua singularidade.

A intervenção psicoeducacional foi realizada nos três momentos, permitindo abrir novas portas para a compreensão, por parte dos clientes, da problemática existente e de outras intervenções adjacentes que pudessem ser realizadas.

A Terapia de Relaxamento também foi desenvolvida nos três estágios, permitindo enquadrar técnicas diferentes dando abertura para o desenvolvimento da técnica de *mindfulness*.

O treino do autocontrolo, com aplicação da técnica *PROARR*, também foi ensinada e treinada, considerando os comportamentos adjacentes à Ansiedade.

Para além das intervenções já mencionadas, em cada contexto foram selecionadas outras distintas. No contexto clínico diferenciados, foi dado ênfase ao treino da assertividade e treino das estratégias de *coping*. No contexto clínico comunidade, tornou-se prioritário atuar sobre os pensamentos negativos, intervindo a nível da consciencialização entre a relação dos

pensamentos negativos e a Ansiedade, permitindo o ensino e treino de estratégias para lidar com os mesmos. Já no contexto de internamento, foram realizadas intervenções grupais, nas quais se desenvolveram sessões de relaxamento, utilizando a arte como veículo para tal, treino de estratégias de *coping* e treino de resolução de problemas.

Em cada momento foi tido em conta os objetivos e as limitações dos clientes, dos recursos e do tempo. Foram criados critérios de resultado e intervenções que pudessem ser realistas e que correspondessem ao expectável.

3.3. Análise Crítico-Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências

A saúde é uma componente primária e fundamental para a sociedade. Se o ser humano não estiver saudável, não pode atender ao seu papel como membro da mesma. Esta temática sempre se tornou um objeto central de estudo, o que permitiu expandir e especificar conhecimentos, teorias e práticas. Tal evolução não só ocorreu para a disciplina de medicina, como também noutras áreas, como a enfermagem. É notável a evolução positiva que se tem vindo a verificar, juntamente com a sua exigência técnica e científica (Alves et al., 2015).

Considerando a exigência atestada, a profissão de enfermagem apresentou uma mudança significativa, havendo a necessidade de gerar profissionais desta área que demonstrassem competências científicas, técnicas e humanas mais especializadas (Alves et al., 2015). Neste momento, a Ordem dos Enfermeiros atribuiu o Título de Especialista em seis especialidades distintas: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária (Diário da República, 515/2018). Para além do regulamento criado para cada uma destas especialidades, foi também criado um regulamento de competências comuns a todas, aplicáveis nos diferentes contextos de prestação de cuidados (Diário da República, 140/2019).

De forma resumida, as competências comuns envolvem as seguintes dimensões: a educação dos clientes e dos pares, a orientação, aconselhamento e liderança. Previu-se no desenvolvimento deste curso e ao longo dos estágios, a realização e aquisição tanto das competências comuns, como das competências específicas relativas ao EEESMP. Tais regulamentos, pelos quais o Enfermeiro Especialista se gere, ditam o que pode ser esperado dos cuidados de enfermagem especializados (Diário da República, 140/2019).

Com a procura da especialização, são fornecidos novos conhecimentos, capacidades e habilidades, tornando o enfermeiro especialista apto a atuar perante a população-alvo a seu cuidado, mobilizando as ferramentas adquiridas para tal (Diário da República, 515/2018). O processo traçado ao longo dos estágios foi construído de modo a cumprir com os regulamentos de competências já identificados.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, este profissional deve procurar desenvolver a sua intervenção tendo em mente a liberdade e a dignidade da pessoa humana (Neto, 2016). Sendo estes direitos universais, tornam-se um pilar no atendimento ao cliente.

A sua conduta deve exibir fundamentalmente responsabilidade pelo papel que assume e pelas decisões que toma, como também pelo respeito e pelos direitos dos clientes e da família (Nunes et al., 2005). Vários são os deveres estipulados, orientando os cuidados de todos os profissionais, quer os generalistas, como os especialistas.

Analisando as competências referidas a nível do regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas, é possível notar a criação e a manutenção de um papel de consultor, quer seja a nível dos clientes, famílias e comunidades, como também com os pares a nível do serviço. Este papel fundamenta-se na procura pela melhoria da qualidade dos cuidados atribuídos, permitindo dar respostas eficientes e eficazes às necessidades existentes (Diário da República, 140/2019). Para tal, se reflete sobre a exigência da tomada de decisão consciente e baseada na evidência científica mais recente e comprovada, permitindo aprimorar este papel de consultor e de líder (Diário da República, 140/2019). Estas competências enraizadas em cada especialista, depois conjugam-se com as competências específicas para cada especialidade.

O percurso realizado a nível dos diferentes locais de estágio permitiu refletir sobre estes documentos que regem a atuação do enfermeiro e que concedem a distinção do seu trabalho. Ao longo de todo o percurso, existiu uma reflexão exaustiva sobre a função deste profissional de saúde e a forma como o mesmo poderia contribuir positivamente para a sociedade.

Foi possível observar a forma como os tutores assumiram o papel de consultor, quer para com os colegas de equipa, como para os clientes e família. Numa outra perspetiva, perante o trabalho realizado diretamente com os clientes e com a família, foi possível identificar diversos pontos chave que fizeram parte da intervenção e que vão ao encontro das competências mencionadas. A criação e manutenção da relação terapêutica apresentou uma componente crucial para as intervenções desenvolvidas.

A comunicação é importante em qualquer contexto de saúde. A profissão de enfermagem pode caracterizar-se pela presença de um processo significativo, terapêutico e interpessoal, que aspira a promover a saúde das pessoas, famílias e comunidades (Machado et al., 2022). Tal afirmação é relevante em todos os contextos nos quais o enfermeiro está em contacto com o cliente, seja ele, uma pessoa ou um grupo. A relação que o profissional estabelece com a pessoa, requer competência, qualidade e ponderação, já que, por si, poderá apresentar um valor terapêutico (Machado et al., 2022). No âmbito da saúde mental, assume uma importância acrescida, devido à natureza dos problemas e do impacto que demonstra (Sequeira & Sampaio, 2020).

A comunicação é o contexto no qual se desenvolve a relação, já que a existência da primeira vai contribuir para a criação da segunda (Pinheiro et al., 2019). Saber comunicar implica ponderar sobre o ambiente, a pessoa, as características, as limitações, a linguagem verbal e a

corporal (Sequeira, 2016). A compreensão de tais fatores vai permitir atingir um ponto favorável, na qual a relação se torna eficaz e produtiva (Pinheiro et al., 2019). As consequências podem ser nefastas se esta ideia não representa a base para a intervenção do EEESMP, já que a sua atuação perante as intervenções psicossociais, psicoeducacionais, psicoterapêuticas e sócio terapêuticas pressupõe a utilização da comunicação como ferramenta primordial (Sequeira & Sampaio, 2020). Tais afirmações podem relacionar-se com a primeira competência específica do EEESMP.

Em enfermagem de saúde mental, a relação terapêutica é central no processo de cuidar, já que a atuação do enfermeiro especialista perante a prevenção, diagnóstico e intervenção assenta na criação de relações interpessoais significativas (Pereira & Botelho, 2014). A própria intervenção do enfermeiro tem como fundamento essas mesmas relações, sendo que é necessário, tal como o regulamento de competências específicas dita, que o especialista detenha um elevado conhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro (Diário da República, 515/2018). Compreender as emoções que são percebidas perante os clientes, o ambiente em que os mesmos se inserem ou as suas histórias de vida, vai permitir obter um maior controlo sobre si, e consequentemente sobre a intervenção. Esta última é criada através dos conhecimentos técnicos e teóricos que sustentam a prática clínica, como também tem em parte o enfermeiro como próprio instrumento terapêutico. As qualidades inerentes a cada um dos profissionais que atua nesta área, deve ser compreendida e estudada, permitindo a identificação dos pontos que possam ser facilitadores para atingir os objetivos terapêuticos (Pereira & Botelho, 2014).

O processo de autoconhecimento e autodescoberta é realizado todos os dias em diferentes circunstâncias. Torna-se facilitador quando se apresenta como objetivo aprimorá-lo, pelo que a autoanálise e a reflexão acabam por se tornar um processo automático. Este processo tornou-se mais intenso desde o primeiro dia do curso, sendo que ao longo dos estágios converteu-se num ritual mandatário. Os estágios que ocorreram em locais diferentes com tutores, ambientes e clientes diferentes permitiram racionalizar e compreender as diversas perspetivas e percepções percebidas. Pode-se afirmar que no estágio do internamento, este processo se tornou mais profundo, já que se verificou uma maior dificuldade em estabelecer uma relação com um dos clientes, sendo por esse motivo mais desafiante o processo terapêutico. Foi necessário entender as emoções e atitudes de ambos os lados para conseguir delinear uma forma mais acertada de conexão. Foi necessário também aceitar que nem todas as dificuldades ou o incumprimento dos objetivos podem ser interpretados como falhas, mas sim como uma pista para a melhoria dos cuidados.

O EEESMP estabelece a relação interpessoal como um meio para conseguir implementar a intervenção delineada. Para tal é também necessário que o mesmo apresente os conhecimentos necessários para o fazer. Razão pela qual o EEESMP deve conhecer a teoria por

detrás das intervenções, como também a população, as limitações, o ambiente, os fatores dificultadores e facilitadores. Para que ocorra a implementação de cuidados de qualidade é necessário que o enfermeiro os desenvolva com base em conhecimento científico que esteja comprovado (Sequeira, 2016). Tal é real e crucial nas diferentes áreas do saber, pelo que a procura por novos conhecimentos e habilidades fazem parte do processo de crescimento, que deve estar estabelecido tanto para os enfermeiros especialistas como para os generalistas (Nené & Sequeira, 2022).

No capítulo anterior, em cada momento de estágio foi identificado inicialmente um conjunto de características referentes às populações alvo, que se relacionam com a temática em estudo. Em todos os momentos foram identificados os modos de avaliação das necessidades, assim como os instrumentos de avaliação utilizados, que permitiram identificar os diagnósticos de enfermagem e os objetivos. É importante sublinhar que, apesar da temática ser transversal a todos os locais, a análise dos dados e o planeamento das intervenções teve por base as características de cada cliente. A personalização dos cuidados é indispensável para se atingir resultados verdadeiros e que possam ter impacto positivo na vida das pessoas. Esta personalização inicia-se a partir do momento em que se cria uma relação com o cliente. Para além de identificar o ambiente, as limitações e outros fatores relevantes, a forma como um determinado assunto é abordado, a linguagem utilizada ao longo das sessões ou então o comportamento que o enfermeiro demonstra para com o cliente tem importância e revela-se na forma como este último reage à intervenção (Sequeira, 2016). No primeiro estágio este fator foi positivamente relevante para o processo de cuidados, sendo que a perceção da importância do mesmo foi identificada pelos próprios clientes. Os mesmos deram valor à empatia sentida, como também à carência de juízos de valor, facilitando o aprimoramento da relação e permitindo o atingimento dos objetivos delineados.

Em todos os momentos, ocorreu uma constante reflexão relativamente ao procedimento a seguir perante as necessidades que foram sendo identificadas e à forma como se poderia dar resposta às mesmas. Em todas as etapas de identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação, ocorreram sempre reavaliações e mudanças frequentes, de modo a permitir melhores resultados. A pesquisa, tal como seria de supor, foi um grande apoio para colmatar as dificuldades e conseguir encontrar equilíbrio entre as perspetivas criadas e a realidade enfrentada. Este ponto referido também se revelou significativo para a obtenção de um maior grau de consciência enquanto profissional. As escolhas realizadas ao longo de todo o percurso tiveram como base uma ponderação equilibrada e o apoio dos tutores. Consoante o tempo estipulado para a realização dos estágios, as intervenções foram selecionadas de modo a conseguir atribuir uma resposta realista e que pudesse desenvolver alguns ganhos em saúde.

Como é possível verificar no enquadramento teórico, são várias as intervenções identificadas passíveis de serem realizadas no âmbito do diagnóstico de enfermagem Ansiedade. Tal foi tido

em conta, como também os diversos casos em que as mesmas pudessem ter sido aplicadas. Verifica-se que a Psicoeducação foi uma das intervenções mais selecionadas, no entanto, é perceptível que a mesma se tornou indispensável para o trabalho que foi sendo produzido. Com um impacto significativo a nível da consciencialização para as necessidades presentes, esta intervenção permitiu chegar a outras e estabelecer prioridades. Houve uma incessante procura pela intervenção mais adequada e que pudesse criar resultados positivos, dentro das limitações existentes. No entanto, é possível supor que, com mais tempo, outras prováveis intervenções poderiam ser desenvolvidas e com resultados pertinentes. De salientar que, de acordo com os resultados apresentados nos quadros em anexo, relativos aos ensinamentos clínicos nos quais se desenvolveu a intervenção grupal, teria sido mais vantajoso se a avaliação inicial e final apenas apresentasse os resultados dos clientes que participaram em todas as sessões. Considerando que nos dois locais de estágio um dos clientes pertencente aos grupos formados, saiu do mesmo, teriam sido mais perceptíveis os ganhos em saúde, se os dados relativos a estes clientes não tivessem expostos.

Assim, se conclui que, consoante as características dos locais de estágio e condições para os concluir, todas as competências puderam ser desenvolvidas e exploradas, direta e indiretamente. O percurso que se toma após a conclusão da especialidade e assumindo uma nova identidade profissional, acarreta um maior número de responsabilidades. Ao longo deste tempo, esta foi uma reflexão constante e que auxiliou na construção dessa identidade.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu demonstrar todo o trabalho que foi desenvolvido ao longo de cinco meses, nos três estágios. Todos culminaram com a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Ao longo desses cinco meses, foi possível realizar uma reflexão profunda sobre o papel do enfermeiro enquanto especialista nesta área. A atuação do EEESMP permite aumentar significativamente os ganhos em saúde, não só para aqueles que experienciam alterações a nível mental, mas também a um nível premunitivo, promovendo a saúde e o bem-estar. O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, como também as consequências que desencadeiam na vida das pessoas, o seu potencial de recuperação e a forma como os diversos fatores afetam a saúde mental. O seu trabalho recai sobre a prevenção, diagnóstico e intervenção perante as respostas humanas desajustadas aos processos de transição, que provoquem angústia (Diário da República, 515/2018).

Ao longo dos três estágios foi possível observar a implementação de diversas intervenções que foram ao encontro da prevenção e promoção da saúde mental, como também da reabilitação. Analisando criticamente este percurso, compreende-se o esforço e dedicação envolvidos. Desde o início do curso deste Mestrado, se notou a presença de um conjunto de habilidades e conhecimentos necessários para interagir terapêuticamente com diferentes pessoas de diversos contextos. Tais habilidades e conhecimentos tiveram oportunidade de serem explorados durante os contextos clínicos. Após a exploração dos mesmos, a necessidade de autoanálise e reflexão surgiu, com o objetivo de promover a melhoria. Este comportamento se interliga com a primeira competência específica do EEESMP. Para desenvolver este trabalho, considerando que o enfermeiro se mobiliza como instrumento de intervenção, então tem de fomentar o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal.

Considerando o conjunto de competências identificadas, para as quais se estabeleceu o objetivo de as atingir, através da realização deste relatório de estágio, verifica-se que tal foi concluído. Tal como se contempla, algumas das competências puderam ser atingidas indiretamente, testemunhando a intervenção dos tutores ao longo dos estágios. No entanto, a observação deu azo à apreciação do papel do EEESMP enquanto um membro relevante da equipa de saúde em diversos locais, facilitando a criação e manutenção de uma identidade profissional mais coesa.

Foi tido em mente a procura por um papel mais proativo ao longo dos diversos estágios, de forma a tirar o maior proveito deles. O facto de que todos os estágios têm realidades muito distintas, tornou-se uma grande vantagem para o atingimento das competências, como também para o número de experiências vivenciadas no espaço de cinco meses. A minuciosa descrição do que ocorreu em cada um, facilita a percepção dos cuidados atribuídos em cada um deles.

A realização da contextualização de cada local de estágio auxiliou na interpretação da população alvo a intervir. Tal como já foi afirmado, a personalização de cuidados é uma mais-valia, já que comporta maiores ganhos em saúde, aliando-a a um maior aporte de conhecimento científico relativo à área. Este modo de atuação foi visível em cada contexto clínico, permitindo identificar as diversas necessidades, não só relacionadas com a temática central, concebendo a planificação e execução de intervenções mais apropriadas.

Cada momento apresentou as suas circunstâncias positivas, tais como as suas limitações. Em certas alturas, houve maior dificuldade em entender que algumas limitações poderiam ser vistas como oportunidades de melhoria, tendo de recorrer ao processo crítico-reflexivo de forma a considerar o tipo de intervenções selecionadas. Este tipo de situações tornou-se um exemplo do processo de autoconhecimento que decorreu ao longo dos meses.

Tendo sido uma experiência gratificante, a possibilidade de desenvolvimento de competências numa área tão interessante e complexa como a saúde mental e psiquiatria, permitiu abrir o horizonte para novas oportunidades e novos projetos interessantes a construir. Com o aumento da complexidade a nível da saúde, melhorar a qualidade dos cuidados torna-se uma prioridade, sendo que a procura pela especialização a nível de uma área define-se como um princípio substancial e que vai permitir corresponder aos objetivos da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, R. & Almeida, D. (2020). A enfermagem e o transtorno de ansiedade: uma revisão narrativa. *Revista da Saúde da Ajes*, 6(12). 1-16. <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/380>
- Alves, C., Corrêa, A., Soares, M. & Meincke, S. (2015). El cuidado de enfermería y su evolución histórica: una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados*. 19(43). 83-94.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V*. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, T. (2014). *Ansiedade e Depressão: recurso aos serviços de saúde em contexto prisional*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum RCAAP.
- Barbosa, D. & Bohomol, E. (2016). A importância da divulgação do conhecimento científico para a prática da enfermagem cirúrgica. *Revista SOBECC*, 21(2). 67-67.
- Barbosa, I. & Mota, B. (2023). O impacto na qualidade de vida do cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Revista Enfermagem Atual In Derme*. 97(1). 1-14.
- Barreto, P. (2017). *Perfil de estado de humor, ansiedade-traço e ansiedade-estado em jovens ginastas*. (Tese de Mestrado, Universidade Estadual Paulista). Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP_a6bbe0d8547f425c554f04310b2e0cc5
- Barroso, A. (2015). *Desajustamento emocional, inteligência emocional e sua implicação na satisfação com o trabalho*. (Tese de Mestrado, Universidade Lusófona). Repositório Científico Lusófona.
- Bastos, C. (2023). *Tratamento das Perturbações de Ansiedade através da Realidade Virtual*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar).
- Borges, A. (2019). *Aplicabilidade do direito ao esquecimento: colisão entre direitos fundamentais*. (Tese de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia) Repositório Científico Lusófona.
- Bueno, G & Conceição, J. (2020). *101 Técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental*. Editora UNC.
- Cardoso, T. & Quevedo, R. (2021). Psicoeducação das necessidades básicas emocionais aos pais/ cuidadores e relação com habilidades sociais. *Temas em educação e saúde*. 17(0).1-14.
- Carvalho, L., Braga, E., Andrade, A., Assis, L. (2019). Emoção, afeto e racionalidade: em direção a uma ontologia do agente cognitivo. In M. Alves, *Cognição, emoções e ação no contexto das ciências cognitivas* (Parte II/177-200). Cultura Acadêmica.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. & Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma revisão scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 23. 63-72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>
- Conselho Nacional de Saúde, (2019). *SEM MAIS TEMPO A PERDER. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.

- Correia, D. & Brites J. (2020). *Guia prático para vencer a Ansiedade*. Bertrand Editora.
- Correia, T. (2018). Perceções, atitudes e emoções dos clientes submetidos a internamento psiquiátrico compulsivo: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 20. 81-90.
- Costa, A., Mendes, C., Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J. & Costa, S. (2019). Avaliação da Ansiedade-estado em estudantes universitários de psicologia. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*. 9, 49-61.
- Crispim, S. (2023). *A ansiedade não manda em mim. Estratégias para assumir o controlo da minha vida*. Contraponto.
- Cruz, C. (2008). *Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: o papel do suporte social*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Cruz, D. (2016). *Plano de Marketing na CLEANIC- PROGRAMA PORTAGE*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Dias, E. & Pais-Ribeiro, J. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspetos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*. 11(2). 55-66.
- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, (2023) <https://dgrsp.justica.gov.pt/Justi%C3%A7a-de-adultos/Penas-e-medidas-privativas-de-liberdade/Estabelecimentos-prisionais/%C3%81rea-territorial-alargada-do-tribunal-de-execu%C3%A7%C3%A3o-de-penas-do-Porto/Estabelecimento-Prisional-do-Porto>
- Filipe-Saraiva, C. (2017). *Tratamento às dependências em contexto prisional: o exemplo do programa de apoio ao recluso entrado toxicodependente*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- He, J., Wang, J., Zhong, H. & Guan, C. (2022). The effectiveness of multi-component interventions on the positive and negative aspects of well-being among informal caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19. 1-16.
- Herdman, T., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021-2023). *NANDA. Diagnósticos de Enfermagem. Definições e Classificação*. Thieme.
- Hout, E., Contreras, M., Mioshi, E. & Kishita, N. (2023). Does avoiding distressing thoughts and feelings influence the relationship between carer subjective burden and anxiety symptoms in family carers of people with dementia?. *Journal of Applied Gerontology*. 42(8). 1760-1769.
- Lei nº 35/2023 da Assembleia da República. (2023). Diário da República: 1ª Série, nº 141. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2023/07/14100.pdf>
- Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*. 25(1). 17-28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Macedo, A., Veja, E., Antonioli, L., Pinheiro, J., Dornelles, T. & Souza, S. (2021). Intervenções para o estresse e ansiedade na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual*. 95(35). 1-18.
- Machado, D., Almeida, A. & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 5(2). 47-56.
- Machado, S. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente no concelho de Santana*. (Tese de Mestrado, Universidade da Madeira). Repositório Comum RCAAP.

- Mercês, C., Souto, J., Souza, P., Chagas, M., Weiss, C., Benevides, A. & Brandão, M. (2020). Análise simultânea dos conceitos de ansiedade e medo: contribuições para os diagnósticos de enfermagem. *ESCOLA Anna Nery*, 25(2). 1-10. <https://www.scielo.br/j/ean/a/DH38LhLKrHxmYPs996KHJcb/?lang=pt>
- Monteiro, A., Santos, R., Kimura, N., Baptista, M. & Dourado, M. (2018). Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychpther.* 40 (3). 258-268.
- Nené, M & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel.
- Neto, A. J. (2016). O Código Deontológico do Enfermeiro: uma ética aplicada sob influência hipocrática? *Revista Portuguesa de Bioética - Cadernos de Bioética.* 23. 73-87.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ölund, H., Danielsson, L. & Rosberg, S. (2020). Anxiety management: participants' experiences of a physiotherapeutic group treatment in Swedish psychiatric outpatient care. *Physiotherapy Theory and Practice.* 36(2). 276-290.
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem.* 18(2). 61-73.
- Pinheiro, C., Araújo, M., Rolim, K., Oliveira, C. & Alencar, A. (2019). Teoria das Relações Interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Revista Enfermagem em Foco.* 10 (3). 64-69.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional- Aprenda a ser feliz*. Porto Editora.
- Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª Série, nº 151. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª Série, nº26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 39. 1-11.
- Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Canut, M. & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing.* 74. 1114-1126.
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P. & Lopes, S. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Papa-Letras
- Sampaio, F., Peres, M., Ribeiro, G., Barreto, A., Teixeira, S. & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 5. 87-92.
- Santos, E., Ribeiro, I & Sampaio, F. (2021). *Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39338>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência.* 2 (12). 9-16. 580-591.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.

Serrado, R. (2020). Emoção, sentimento e razão: diálogos entre Júlio de Matos e António Damásio. *Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, 10(1). 198-217. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/historia/article/view/8280>

Sharp, M., Gulati, A., Barker, C. & Barnicot K. (2018). Developing an emotional coping skills workbook for inpatient psychiatric settings: a focus group investigation. *BMC Psychiatry*. 18(208). 1-11.

Silva, B. (2020). *Estilos de vida e fatores psicológicos associados a sono saudável*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra).

Silva, M., Carvalho, D., Melo, R., Rua, I., Freitas, M., Morais, P. & Rua, M. (2021). Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 4(2). 63-71.

Silva, P. (2021). *Relação entre a qualidade do sono, a regulação emocional e a ansiedade: estudo com adolescentes*. (Tese de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa). Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/5216>

Silva, R., Oliveira, A., Vieira, L., Brasil, C. & Jardim, M. (2020). Condições de saúde do cuidador familiar do idoso dependente. *New Trends in Qualitative Research*. 3. 580-591.

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P. & Fortuño, M. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. 5. 45-50.

Vinhas, R. (2008). *A expressão da Ansiedade e da depressão em paciente com VIH/SIDA*. (Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa.

Weber, C., Flores, V., Wheele, T., Miedema, E. & White, E. (2022). Patients' health & well-being in inpatient mental health-care facilities: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 12. 1-27.

World Health Organization (2022). Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Yilmaz, E. (2020). Effect of executive music therapy on state and trait anxiety levels of patients in a psychiatric ward: a quasi-experimental study. *Perspectives in psychiatric care*. 57. 98-104

ANEXOS

ANEXO I - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: DIFERENCIADOS

Guião Entrevista

Nome (Inicial):

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Ocupação:

Estado Civil:

Historial clínico:

Medicação:

1. Há quanto tempo se encontra recluso?
2. Esta é a primeira vez que se encontra recluso?
3. Como se tem sentido ultimamente?
4. A ansiedade é algo que tem vindo a sentir com frequência? Se sim, é algo que costuma reparar?
5. O que é que sente quando está ansioso?
6. Como se comporta quando está ansioso?
7. Que pensamentos surgem quando está ansioso?
8. Considera que esses pensamentos são positivos ou negativos? Provocam transtorno? Se sim, porquê?
9. Costuma notar nos comportamentos e nos sintomas que apresenta quando está ansioso? Se sim, com que frequência?
10. O que é que o deixa mais ansioso?
11. O que costuma fazer perante as situações que a deixam mais ansioso?
12. Existe alguma situação que possa ser evitada, de modo a não provocar Ansiedade? Se sim, costuma evitá-la?
13. O que é que costuma fazer para lidar com as situações *stressantes*?
14. Considera que as estratégias que utiliza apresentam bons resultados?
15. Quando está ansioso, como é que acha que reage? Com que frequência demonstra esses comportamentos?
16. Considera ser importante tentar manter o controlo perante uma situação de ansiedade? Com que frequência o faz?
17. Quando está ansioso, o que é que costuma fazer para lidar com essa emoção?

18. Como é a sua rotina no dia a dia?
19. Quanto tempo costuma ter para si?
20. O que é que costuma fazer no seu tempo livre?
21. Considera que o relaxamento é importante para lidar com a Ansiedade?
22. Alguma vez ouviu falar sobre técnicas para relaxar? (Dar exemplos) Se sim, o que costuma praticar e com que frequência?
23. Quanto tempo dorme à noite? Considera ser um sono reparador?
24. Se não apresenta um sono reparador, o que é que costuma fazer para melhorar essa situação?
25. Como se sente em relação a si mesmo?

Resultados:

| Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung | |
|--|-------------------------------|
| Score Inicial (Total: 10 utentes) | Score Final (Total 9 utentes) |
| 29 | 24 |
| 34 | 26 |
| 35 | 29 |
| 35 | 33 |
| 35 | 33 |
| 40 | 36 |
| 42 | 36 |
| 43 | 41 |
| 49 | 46 |
| 50 | ----- |

| Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade - Contexto Clínico Diferenciados | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------|-----|-------|-------|-----------------------------------|--------|--------|--------|-------|
| Índice resultados: (1) Nunca demonstrado; (2) Raramente demonstrado; (3) Algumas vezes demonstrado; (4) Frequentemente demonstrado; (5) Consistentemente demonstrado | | | | | | | | | | |
| Indicadores | Avaliação Inicial (Total 10 utentes) | | | | | Avaliação Final (Total 9 utentes) | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Monitorização da duração dos episódios | ----- | 60% | 30% | 10% | ----- | ----- | 33,30% | 11,10% | 55,60% | ----- |
| 2. Monitorização da duração do tempo entre os episódios | ----- | 60% | 30% | 10% | ----- | ----- | 22,20% | 55,60% | 22,20% | ----- |
| 3. Monitorização das manifestações comportamentais da ansiedade | ----- | 30% | 50% | 20% | ----- | ----- | 11,10% | 22,20% | 66,70% | ----- |
| 4. Monitorização das manifestações físicas da ansiedade | ----- | 30% | 50% | 20% | ----- | ----- | 11,10% | 11,10% | 77,80% | ----- |
| 5. Monitorização da intensidade da ansiedade | ----- | 60% | 40% | ----- | ----- | ----- | 22,20% | 22,20% | 55,60% | ----- |
| 6. Manutenção das relações sociais | ----- | ----- | 30% | 70% | ----- | ----- | ----- | 11,10% | 88,90% | ----- |
| 7. Controlo da reação à ansiedade | ----- | 50% | 40% | 10% | ----- | ----- | 11,10% | 55,60% | 33,30% | ----- |
| 8. Eliminação de precursores da ansiedade | ----- | 30% | 70% | ----- | ----- | ----- | 11,10% | 55,60% | 33,30% | ----- |
| 9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento | ----- | 60% | 30% | 10% | ----- | ----- | 11,10% | 77,80% | 11,10% | ----- |

**ANEXO II - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: COMUNIDADE
INTERVENÇÃO INDIVIDUAL**

Guião Entrevista - Familiar Cuidador

Nome (Inicial):

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Ocupação:

Estado Civil:

Parentesco com a pessoa de quem cuida:

Historial clínico:

Medicação:

1. Há quanto tempo é cuidador(a)?
2. Esta é a primeira vez que cuida de alguém? Se não, de quem já cuidou e que funções desempenhava?
3. Que cuidados presta à pessoa com demência?
4. Quantas horas por dia gasta a desempenhar as suas funções de cuidador(a)?
5. Já teve alguma formação como cuidador(a)? Se sim, quanto tempo durou? O que é que aprendeu?
6. O programa de capacitação do cuidador foi importante para si? Se sim, qual foi a parte mais importante?
7. O que é que sabe sobre a doença do seu familiar?
8. Neste momento, existem alguns sintomas que o(a) afligem? Se sim, quais e porquê?
9. A ansiedade é algo que tem vindo a sentir com frequência? Se sim, é algo que costuma reparar?
10. O que é que sente quando está ansioso(a)?
11. Como se comporta quando está ansioso(a)?
12. Que pensamentos surgem quando está ansioso(a)?
13. Considera que esses pensamentos são positivos ou negativos? Provocam transtorno? Se sim, porquê?
14. Costuma notar nos comportamentos e nos sintomas que apresenta quando está ansioso(a)? Se sim, com que frequência?
15. O que é que a deixa mais ansioso(a)?

16. O que costuma fazer perante as situações que a deixam mais ansioso(a)?
17. Existe alguma situação que possa ser evitada, de modo a não provocar ansiedade? Se sim, costuma evitá-la?
18. O que é que costuma fazer para lidar com as situações *stressantes*?
19. Considera que as estratégias que utiliza apresentam bons resultados?
20. Quando está ansioso(a), como é que acha que reage? Com que frequência demonstra esses comportamentos?
21. Considera ser importante tentar manter o controlo perante uma situação de ansiedade? Com que frequência o faz?
22. Quando está ansioso(a), o que é que costuma fazer para lidar com essa emoção?
23. Como é a sua rotina no dia a dia?
24. Quanto tempo costuma ter para si?
25. O que é que costuma fazer no seu tempo livre?
26. Considera que o relaxamento é importante para lidar com a ansiedade?
27. Alguma vez ouviu falar sobre técnicas para relaxar? (Dar exemplos) Se sim, o que costuma praticar e com que frequência?
28. Quanto tempo dorme à noite? Considera ser um sono reparador?
29. Se não apresenta um sono reparador, o que é que costuma fazer para melhorar essa situação?
30. Como se sente relativamente ao processo de cuidar?
31. Como se sente relativamente ao seu papel como cuidador(a)?
32. Como se sente em relação a si mesmo(a)?

Resultados:

| Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade -Contexto Clínico Comunidade | | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| Índice resultados: (1) Nunca demonstrado; (2) Raramente demonstrado; (3) Algumas vezes demonstrado; (4) Frequentemente demonstrado; (5) Consistentemente demonstrado | | |
| Indicadores | Resultados avaliação inicial | Resultados avaliação final |
| 1. Monitorização da duração dos episódios | 2 | 4 |
| 2. Monitorização da duração do tempo entre os episódios | 2 | 4 |
| 3. Monitorização das manifestações comportamentais da ansiedade | 3 | 4 |
| 4. Monitorização das manifestações físicas da ansiedade | 3 | 4 |
| 5. Monitorização da intensidade da ansiedade | 2 | 4 |
| 6. Manutenção das relações sociais | 4 | 5 |
| 7. Controlo da reação à ansiedade | 3 | 4 |
| 8. Eliminação de precursores da ansiedade | 3 | 4 |
| 9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento | 4 | 5 |
| Total | 26 | 38 |

| Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung | | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| Índice Resultados: (1) nenhuma ou raras vezes; (2) Algumas vezes; (3) Boa parte do tempo (4) Maior parte do tempo. Itens de avaliação inversa: 5, 9, 13, 17, e 19 | | |
| Itens | Resultados Avaliação Inicial | Resultados Avaliação Final |
| 1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume. | 3 | 1 |
| 2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso. | 4 | 1 |
| 3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico. | 1 | 2 |
| 4. Sinto-me como se estivesse para "rebentar". | 2 | 2 |
| 5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal me acontecerá. | 3 | 3 |
| 6. Sinto os braços e as pernas a tremer. | 1 | 2 |
| 7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam. | 2 | 2 |
| 8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado. | 2 | 2 |
| 9. Sinto-me calmo e sossegado. | 3 | 3 |
| 10. Sinto o meu coração a bater depressa demais. | 2 | 2 |
| 11. Tenho crises de tonturas que me incomodam. | 2 | 1 |
| 12. Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar. | 1 | 1 |
| 13. Posso inspirar e expirar com facilidade. | 4 | 3 |
| 14. Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos, com picadas. | 1 | 1 |
| 15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões. | 3 | 2 |
| 16. Tenho que esvaziar a bexiga com frequência. | 1 | 1 |
| 17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes. | 4 | 3 |
| 18. A minha face costuma ficar quente e corada. | 1 | 2 |
| 19. Adormeço facilmente obtendo um bom descanso. | 3 | 3 |
| 20. Tenho pesadelos. | 2 | 2 |
| Total | 45 | 39 |

| Índice Resultados (1) Não acontece no meu caso; Isto acontece no meu caso e dá-me: (2) nenhuma satisfação; (3) alguma satisfação; (4) muita satisfação. | |
|---|------------|
| Índice CASI | Resultados |
| 1. Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades. | 1 |
| 2. A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço. | 2 |
| 3. O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido. | 1 |
| 4. É bom observar pequenas melhoras no estado da saúde da pessoa que cuido. | 1 |
| 5. Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades. | 1 |
| 6. Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido. | 1 |
| 7. Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar que sou capaz. | 4 |
| 8. Apesar de todos os seus problemas, a pessoas de quem cuido não resmungam nem se queixam. | 3 |
| 9. É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada | 4 |
| 10. Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever. | 4 |
| 11. Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros. | 4 |
| 12. Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem. | 4 |
| 13. É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas. | 4 |
| 14. É bom ver que as coisas que faço dão bem estar à pessoa de quem cuido. | 4 |
| 15. Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém. | 4 |
| 16. Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa. | 4 |
| 17. É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero. | 4 |
| 18. prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade. | 4 |
| 19. Ajuda evitar que me sinta culpado. | 3 |
| 20. Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar. | 4 |
| 21. Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim. | 4 |
| 22. Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas. | 4 |
| 23. Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos. | 4 |
| 24. É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido. | 4 |
| 25. Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer as dificuldades. | 4 |
| 26. Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé. | 4 |
| 27. Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes. | 4 |
| 28. No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível. | 4 |
| 29. Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato. | 4 |
| 30. Prestar cuidados faz-me sentir sou útil e estimado. | 4 |

| Índice Resultados: (1) Não processo desta forma; Faça assim e acho que; (2) Não dá resultado; (3) Dá algum resultado; (4) Dá bastante bom resultado. | |
|--|-----------|
| Índice CAMI | Resultado |
| 1. Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo. | 1 |
| 2. Descarregar a tensão, faladno alto, gritanto ou coisa semelhante. | 2 |
| 3. Falar dos meus problemas com alguém em quem confio. | 3 |
| 4. Reservar algum tempo livre para mim próprio. | 3 |
| 5. Planear com antecedência e assim estar preparado para aa coisas que possam acontecer. | 4 |
| 6. Ver o lado cómico da situação. | 3 |
| 7. Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu. | 4 |
| 8. Cerrar os dentes e continuar. | 4 |
| 9. Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem confio. | 4 |
| 10. Procurar obter toda a informação possível acerca do problema. | 3 |
| 11. Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está. | 4 |
| 12. Viver um dia de cada vez. | 4 |
| 13. Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder. | 4 |
| 14. Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível. | 3 |
| 15. Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível. | 4 |
| 16. Pensar que a situação está agora melhor do que antes. | 3 |
| 17. Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais. | 4 |
| 18. Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução. | 4 |
| 19. Chorar um bocado. | 4 |
| 20. Aceitar a situação tal como é. | 4 |
| 21. Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante. | 3 |
| 22. Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe. | 3 |
| 23. Tomar medidas para evitar que os problemas surjam. | 4 |
| 24. Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas. | 4 |
| 25. Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação. | 4 |
| 26. Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento. | 3 |
| 27. Manter dominados os meus sentimentos e emoções. | 3 |
| 28. Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género. | 1 |
| 29. Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido. | 4 |
| 30. Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte. | 3 |
| 31. Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes. | 1 |
| 32. Procurar ver o que há de positivo em casa situação. | 4 |
| 33. Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela. | 4 |
| 34. Pensar que ninguém tem culpa da situação. | 4 |
| 35. Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico. | 3 |
| 36. Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes. | 1 |
| 37. Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras. | 4 |
| 38. Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar de pessoa. | 4 |

| Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit | |
|---|------------|
| Índice Resultados: (1) Nunca; (2) Quase Nunca; (3) Às vezes; (4) Muitas vezes; (5) Quase sempre. | |
| Itens | Resultados |
| 1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita? | 3 |
| 2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? | 2 |
| 3. Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer? | 2 |
| 4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar? | 1 |
| 5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar? | 3 |
| 6. Considera a sua situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | 1 |
| 7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? | 4 |
| 8. Considera que o seu familiar está dependente de si? | 2 |
| 9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar? | 3 |
| 10. Vê a sua saúde der afetada por ter de cuidar do seu familiar? | 2 |
| 11. Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar? | 3 |
| 12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativzmente por ter de cuidar do seu familiar? | 3 |
| 13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar? | 2 |
| 14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como de fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar. | 5 |
| 15. Considera que não dispõe de economimas suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem? | 1 |
| 16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | 1 |
| 17. Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? | 1 |
| 18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa? | 1 |
| 19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar? | 3 |
| 20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | 1 |
| 21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar? | 3 |
| 22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar? | 3 |
| Total | 50 |

| Índice resultados: (1) não acontece no meu caso; Isto acontece no meu caso e sinto que: (2) Não me perturba; (3) Causa alguma perturbação; (4) Perturba-me muito | |
|--|------------|
| Índice CADI | Resultados |
| 1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio. | 1 |
| 2. Por vezes sinto-me "de mãos atadas"/ sem poder fazer nada para dominar a situação | 1 |
| 3. Não consigo dedicar tempo suficiente a outras pessoas da família. | 1 |
| 4. Traz-me problemas de dinheiro. | 1 |
| 5. A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim. | 2 |
| 6. A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar. | 1 |
| 7. Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam. | 1 |
| 8. Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas que eu gosto. | 1 |
| 9. Chega a transtornar as minhas relações familiares. | 1 |
| 10. Deixa-me muito cansado(a) fisicamente. | 1 |
| 11. Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim. | 1 |
| 12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido. | 1 |
| 13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais. | 3 |
| 14. A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia. | 3 |
| 15. Ando a dormir pior por causa desta situação. | 3 |
| 16. As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria. | 1 |
| 17. Esta situação faz-me sentir irritado. | 3 |
| 18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria. | 1 |
| 19. Esta situação está a transformar-me os nervos. | 1 |
| 20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer dias de férias. | 2 |
| 21. A qualidade da minha vida piorou. | 1 |
| 22. A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço. | 1 |
| 23. A minha saúde ficou abalada. | 1 |
| 24. A pessoa de quem eu cuido sofre de incontinência. | 1 |
| 25. O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas. | 1 |
| 26. Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação. | 3 |
| 27. Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais. | 1 |
| 28. Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam. | 1 |
| 29. Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar. | 1 |
| 30. Esta situação faz-me sentir culpado. | 1 |

**ANEXO III - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: COMUNIDADE
ESTUDO DE CASO**

Resultados:

| Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung | |
|--|------------|
| Índice Resultados: (1) nenhuma ou raras vezes; (2) Algumas vezes; (3) Boa parte do tempo (4) Maior parte do tempo. Itens de avaliação inversa: 5, 9, 13, 17, e 19 | |
| Itens | Resultados |
| 1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume. | 3 |
| 2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso. | 4 |
| 3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico. | 1 |
| 4. Sinto-me como se estivesse para "rebentar". | 2 |
| 5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal me acontecerá. | 3 |
| 6. Sinto que os braços e as pernas a tremer. | 1 |
| 7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam. | 2 |
| 8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado. | 2 |
| 9. Sinto-me calmo e sossegado. | 3 |
| 10. Sinto o meu coração a bater depressa demais. | 2 |
| 11. Tenho crises de tonturas que me incomodam. | 2 |
| 12. Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar. | 1 |
| 13. Posso inspirar e expirar com facilidade. | 4 |
| 14. Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos, com picadas. | 1 |
| 15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões. | 3 |
| 16. Tenho que esvaziar a bexiga com frequência. | 1 |
| 17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes. | 4 |
| 18. A minha face costuma ficar quente e corada. | 1 |
| 19. Adormeço facilmente obtendo um bom descanso. | 3 |
| 20. Tenho pesadelos. | 2 |
| Total | 45 |

| Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade | |
|--|------------|
| Índice resultados: (1) Nunca demonstrado; (2) Raramente demonstrado; (3) Algumas vezes demonstrado; (4) Frequentemente demonstrado; (5) Consistentemente demonstrado | |
| Indicadores | Resultados |
| 1. Monitorização da duração dos episódios | 2 |
| 2. Monitorização da duração do tempo entre os episódios | 2 |
| 3. Monitorização das manifestações comportamentais da ansiedade | 3 |
| 4. Monitorização das manifestações físicas da ansiedade | 3 |
| 5. Monitorização da intensidade da ansiedade | 2 |
| 6. Manutenção das relações sociais | 4 |
| 7. Controlo da reação à ansiedade | 3 |
| 8. Eliminação de precursores da ansiedade | 3 |
| 9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento | 4 |
| Total | 26 |

**ANEXO IV - PLANEAMENTO DAS SESSÕES: COMUNIDADE INTERVENÇÃO
INDIVIDUAL**

Contexto Clínico Comunidade Intervenção Individual

Sessão 1 - Duração 60 minutos

Objetivos Gerais

- Promover o Autocontrolo da Ansiedade.

Objetivos específicos

- Adquirir conhecimento sobre o papel das emoções;
- Refletir sobre o papel da Ansiedade no dia a dia;
- Adquirir conhecimentos sobre o papel da Ansiedade, as suas consequências e os sintomas associados à mesma;
- Analisar as situações que provocam Ansiedade;
- Refletir sobre a importância da monitorização dos episódios de Ansiedade.

Introdução (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Cumprimentar a familiar cuidadora e agradecer a sua disponibilidade para a sessão;
- Introduzir tema neutro;
- Explicar à familiar cuidadora os objetivos da sessão e o desenvolvimento das restantes sessões;
- Explicar à familiar cuidadora a importância da sua participação ativa;
- Questionar a familiar cuidadora sobre as suas perceções/objetivos perante as sessões a serem desenvolvidas.

Desenvolvimento (Interrogativa Expositiva, 45 minutos)

- Questionar a familiar cuidadora sobre a sua perceção da Ansiedade;
- Explicar à familiar cuidadora o papel que a Ansiedade pode apresentar no dia a dia. Explicar com base na Lei de Yerkes-Dodson;
- Analisar com a familiar cuidadora as situações que causam mais Ansiedade e a forma como a mesma reage;
- Descrever numa tabela as situações que causam Ansiedade, os sintomas, os comportamentos, pensamentos, a intensidade do episódio, a sua duração e a frequência. Refletir sobre as consequências dos comportamentos;
- Refletir sobre a importância de monitorizar os episódios de Ansiedade (sintomas, comportamentos, pensamentos, intensidade, frequência, duração).

Conclusão (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Agradecer a participação da familiar cuidadora na sessão;
- Resumir os conteúdos abordados na sessão;
- Propor uma tarefa entre sessões: pintar como se sente;

- Analisar com a familiar cuidadora as datas para a segunda sessão;
- Entregar o questionário de avaliação da sessão e pedir para preencher.

Análise SWOT 1.ª sessão

Pontos Fortes

- A motivação da familiar cuidadora de participar na sessão;
- A atenção da familiar cuidadora durante a sessão;
- A temática é um ponto de interesse para a familiar cuidadora.

Pontos Fracos

- A familiar cuidadora apresentou alguma dificuldade em descrever os seus pensamentos e comportamentos na tabela;
- O *powerpoint*, apesar de ter auxiliado na transmissão da informação, poderá não ter captado a atenção da familiar cuidadora como esperado.

Oportunidades de Mudança

- Conseguir manter o fio condutor da sessão aquando dos assuntos paralelos/apartes;
- Desenvolver novas atividades durante a sessão que sejam mais facilitadoras à participação da familiar cuidadora.

Ameaças

- Não corresponder às expectativas da familiar cuidadora;
- O tempo pode ser um impeditivo para a familiar cuidadora vir ao centro de saúde e participar nas sessões.

Contexto Clínico Comunidade Intervenção Individual

Sessão 2 - Duração 60 minutos

Objetivos Gerais

- Promover o Autocontrolo da Ansiedade;
- Promover o relaxamento.

Objetivos específicos

- Adquirir conhecimento sobre o Autocontrolo da Ansiedade;
- Analisar as estratégias utilizadas para o Autocontrolo da Ansiedade;
- Adquirir conhecimento sobre Técnica de Autocontrolo;
- Treinar Técnica de Autocontrolo;
- Adquirir conhecimento sobre Técnica de Relaxamento;

- Treinar Técnica de Relaxamento.

Introdução (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Cumprimentar a familiar cuidadora e agradecer a sua disponibilidade para a sessão;
- Introduzir tema neutro;
- Explicar à familiar cuidadora os objetivos da sessão;
- Explicar à familiar cuidadora a importância da sua participação ativa.

Desenvolvimento (Interrogativa Expositiva, 45 minutos)

- Ensinar a familiar cuidadora sobre o conceito de autocontrolo;
- Rever com a familiar cuidadora as estratégias de autocontrolo que a mesma descreveu na sessão anterior;
- Apresentar à familiar cuidadora o “mapa do autocontrolo” e explicar o mesmo;
- Analisar com a familiar cuidadora o mapa do autocontrolo;
- Explicar à familiar cuidadora a técnica de autocontrolo “PROARR”;
- Analisar uma situação com a familiar cuidadora e aplicar a técnica “PROARR”;
- Explicar à familiar cuidadora a Técnica de Respiração Diafragmática;
- Treinar a Técnica de Respiração Diafragmática.

Conclusão (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Agradecer a participação da familiar cuidadora na sessão;
- Resumir os conteúdos abordados na sessão;
- Propor tarefa entre sessões: aplicar a técnica PROARR numa situação e avaliar o resultado;
- Propor tarefa entre sessões: aplicar a Técnica de Respiração Diafragmática antes de ir dormir;
- Definir com a familiar cuidadora a data para a terceira sessão;
- Entregar o questionário de avaliação da sessão e pedir para preencher.

Análise SWOT 2.ª sessão

Pontos Fortes

- Atenção da familiar cuidadora durante a sessão;
- Motivação da familiar cuidadora para participar na sessão;
- Interesse da familiar cuidadora nas técnicas abordadas durante a sessão.

Pontos Fracos

- Explicação incompleta da Técnica de Respiração Diafragmática.

Oportunidades de Mudança

- Permitir que a cliente registre numa tabela as suas emoções e pensamentos, para além de abordá-los oralmente, auxiliando na consciencialização da sua existência;
- Explicar de forma mais clara e mais completa os conteúdos da intervenção psicoeducativa.

Ameaças

- Não corresponder às expectativas da familiar cuidadora;
- A familiar cuidadora não compreender na totalidade a explicação das técnicas;
- O tempo ser um fator impeditivo para a participação da familiar cuidadora nas sessões.

Contexto Clínico Comunidade Intervenção Individual

Sessão 3 - Duração 60 minutos

Objetivos Gerais

- Promover o Autocontrolo da Ansiedade;
- Promover a consciencialização da relação entre os pensamentos e a Ansiedade;
- Promover estratégias para lidar com os pensamentos negativos.

Objetivos específicos

- Identificar as vantagens da Técnica de Relaxamento;
- Identificar as vantagens da Técnica de Autocontrolo;
- Consciencializar sobre a relação entre os pensamentos positivos/negativos e a Ansiedade;
- Adquirir conhecimento sobre técnicas para lidar com os pensamentos negativos;
- Adquirir capacidade para desenvolver as técnicas para lidar com os pensamentos negativos.

Introdução (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Cumprimentar a familiar cuidadora e agradecer a sua disponibilidade para a sessão;
- Introduzir tema neutro;
- Explicar à familiar cuidadora os objetivos da sessão;
- Explicar à familiar cuidadora a importância da sua participação ativa;
- Resumir sessão anterior.

Desenvolvimento (Interrogativa Expositiva, 45 minutos)

- Questionar familiar cuidadora relativamente às tarefas desenvolvidas entre as sessões - modo de concretização das tarefas, dificuldades, reflexão sobre as mesmas;
- Questionar familiar cuidadora sobre a frequência de aplicação da Técnica de Respiração Diafragmática e

da Técnica de Autocontrolo - PROARR;

- Questionar familiar cuidadora sobre os resultados das técnicas aplicadas;
- Questionar familiar cuidadora sobre os resultados das técnicas aplicadas nos pensamentos negativos;
- Assistir familiar cuidadora na identificação dos pensamentos negativos e registá-los na tabela (registo de pensamentos disfuncionais);
- Assistir familiar cuidadora na técnica de paragem do pensamento;
- Assistir familiar cuidadora a analisar os pensamentos negativos;
- Solicitar à familiar cuidadora a identificação de uma situação similar à situação que desencadeia os pensamentos e refletir sobre a forma como a mesma lidou com ela;
- Analisar com a familiar cuidadora os pontos positivos e que podem servir de vantagem para lidar com o problema e refletir sobre os mesmos. Questionar familiar cuidadora sobre o que sente quando pensa nesses pontos;
- Assistir familiar cuidadora na compreensão entre a relação dos pensamentos negativos e a Ansiedade.

Conclusão (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Agradecer a participação da familiar cuidadora na sessão;
- Resumir os conteúdos abordados na sessão;
- Propor tarefa entre sessões: manter a aplicação da Técnica PROARR e a Técnica de Respiração Diafragmática;
- Propor tarefa entre sessões: numa situação de Ansiedade, registar numa tabela os pensamentos e as emoções percebidas. Refletir sobre uma situação similar e os seus resultados;
- Definir com a familiar cuidadora a data para a quarta sessão;
- Entregar o questionário de avaliação da sessão e pedir para preencher.

Análise SWOT 3.ª sessão

Pontos Fortes

- Motivação da familiar cuidadora para participar nas sessões;
- Atenção da familiar cuidadora durante as sessões;
- A proatividade da familiar cuidadora na procura de estratégias para lidar com a Ansiedade;
- O assunto abordado na sessão é pertinente e interessante para a familiar cuidadora.

Pontos Fracos

- Dificuldade em explicar à familiar cuidadora o que descrever na coluna “comportamentos”.

Oportunidades de Mudança

- Fornecer mais tabelas de registo de pensamentos disfuncionais para a familiar cuidadora preencher em casa;
- Desenvolver outras estratégias para consciencializar a familiar cuidadora da importância do *journaling*.

Ameaças

- Não corresponder às expectativas da familiar cuidadora;
- Os instrumentos providenciados não serem apelativos para a familiar cuidadora.

Contexto Clínico Comunidade Intervenção Individual

Sessão 4 - Duração 60 minutos

Objetivos Gerais

- Promover o autocontrolo da Ansiedade;
- Promover a consciencialização da relação entre as estratégias de Autocontrolo da Ansiedade e a Ansiedade.

Objetivos específicos

- Refletir sobre o percurso ao longo das sessões;
- Promover a partilha de emoções;
- Refletir sobre o conhecimento adquirido ao longo das sessões;
- Refletir sobre as estratégias adquiridas ao longo das sessões e as suas vantagens;
- Refletir sobre as necessidades iniciais (antes das sessões) e as necessidades atuais (após sessões).

Introdução (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Cumprimentar a familiar cuidadora e agradecer a sua disponibilidade para a sessão;
- Introduzir tema neutro;
- Explicar à familiar cuidadora os objetivos da sessão;
- Explicar à familiar cuidadora a importância da sua participação ativa.

Desenvolvimento (Interrogativa Expositiva, 45 minutos)

- Resumir o conteúdo abordado nas três primeiras sessões;
- Questionar a familiar cuidadora sobre a realização das tarefas entre as sessões;
- Questionar a familiar cuidadora sobre as dificuldades e os resultados das tarefas desenvolvidas;
- Questionar a familiar cuidadora sobre o que sentiu ao longo das sessões;
- Questionar a familiar cuidadora sobre as partes mais importantes das sessões para ela e o porquê;
- Refletir sobre o antes e depois das sessões, relativamente às estratégias desenvolvidas perante a Ansiedade e os comportamentos apresentados;
- Questionar a familiar cuidadora sobre dúvidas que possa ter e que queira ter esclarecidas;
- Questionar a familiar cuidadora sobre as necessidades que sente após as sessões.

Conclusão (Interrogativa Expositiva, 5 minutos)

- Agradecer à familiar cuidadora a sua participação nas sessões;
- Solicitar o preenchimento da avaliação da sessão;
- Encerrar a sessão.

Análise SWOT 4.ª sessão

Pontos Fortes

- O progresso denotado pela familiar cuidadora;
- A atenção da familiar cuidadora durante a sessão;
- A compreensão das suas necessidades e a aceitação das dicas fornecidas;
- A motivação para a melhoria;
- A proatividade da familiar cuidadora, referindo a possibilidade de começar a escrever um diário.

Pontos Fracos

- O tempo disponibilizado para a tarefa proposta, já que se identificou a necessidade de trabalhar a forma como a familiar cuidadora regista os seus pensamentos, emoções e comportamentos na tabela.

Oportunidades de Mudança

- Fornecer mais estratégias para a melhorar a forma como regista os seus pensamentos, comportamentos e emoções na tabela.

Ameaças

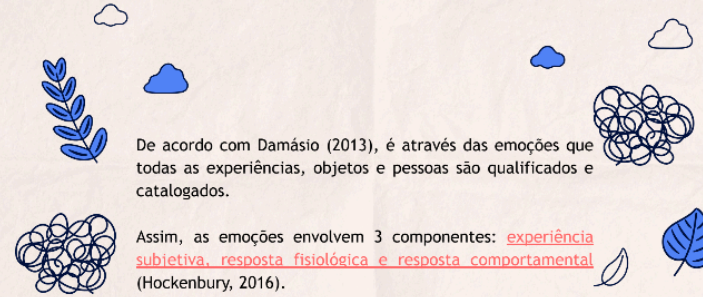
- Não corresponder às expectativas da familiar cuidadora.

ANEXO V - POWERPOINT “CONTROLAMENTE”

Controlada Mente



Estudante: Eduarda Freitas, ep7105



De acordo com Damásio (2013), é através das emoções que todas as experiências, objetos e pessoas são qualificados e catalogados.

Assim, as emoções envolvem 3 componentes: experiência subjetiva, resposta fisiológica e resposta comportamental (Hockenbury, 2016).



Descobrimo as emoções

Através das emoções, é possível avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir perante o mesmo de uma forma adaptativa. Assim, tendo em conta as diversas situações que ocorrem no dia-a-dia, as emoções podem desencadear reações positivas ou negativas (Damásio, 2013).

Existem seis emoções básicas:

- Medo
- Tristeza
- Raiva
- Nojo
- Surpresa
- Alegria

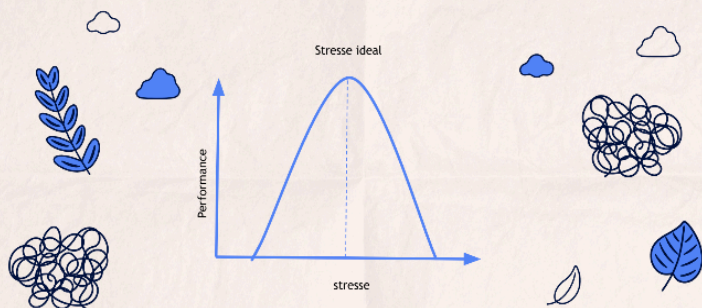


Ansiedade

Experienciamos diversas situações que podem despoletar uma resposta positiva ou negativa.

As experiências stressantes podem ser recorrentes no dia-a-dia, sendo que a ansiedade é uma resposta natural às mesmas. Em níveis saudáveis torna-se útil e protetora.

Lei Yerkes-Dodson



O que é que sinto quando me sinto ansioso?

Quando se torna negativa

A ansiedade pode-se tornar um estado de preocupação excessiva, marcado pela expectativa de que alguma coisa terrível possa acontecer.

Torna-se negativa e disfuncional quando as respostas da pessoa perante a ameaça são exacerbadas e/ou inadequadas.

Estes sintomas são graves o suficiente para provocar sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento do indivíduo.



Sintomas físicos

- Sensação de corpo tenso
- Sensação de tontura
- Dor no peito
- Dor no estômago
- Sensação que o coração vai sair fora do peito

- Sensação de formigueiro nas mãos
- Coração bate depressa
- Dificuldade em respirar
- Dificuldade de concentração
- Enjoo/ Diarreia
- Dor de cabeça

Sintomas psicológicos

- Aprensivo
- Inseguro
- Sensação que perdeu o controlo
- Impotente
- Sensação de “Nervos à flor da pele”
- Irritado

Comportamentos adquiridos

- Evita fazer certas atividades
- Dificuldade em relaxar
- Explosões de raiva
- Tendência a culpar os outros
- Tendência a deitar-se abaixo
- Falar mais depressa ou mutismo

Os pensamentos que não nos largam

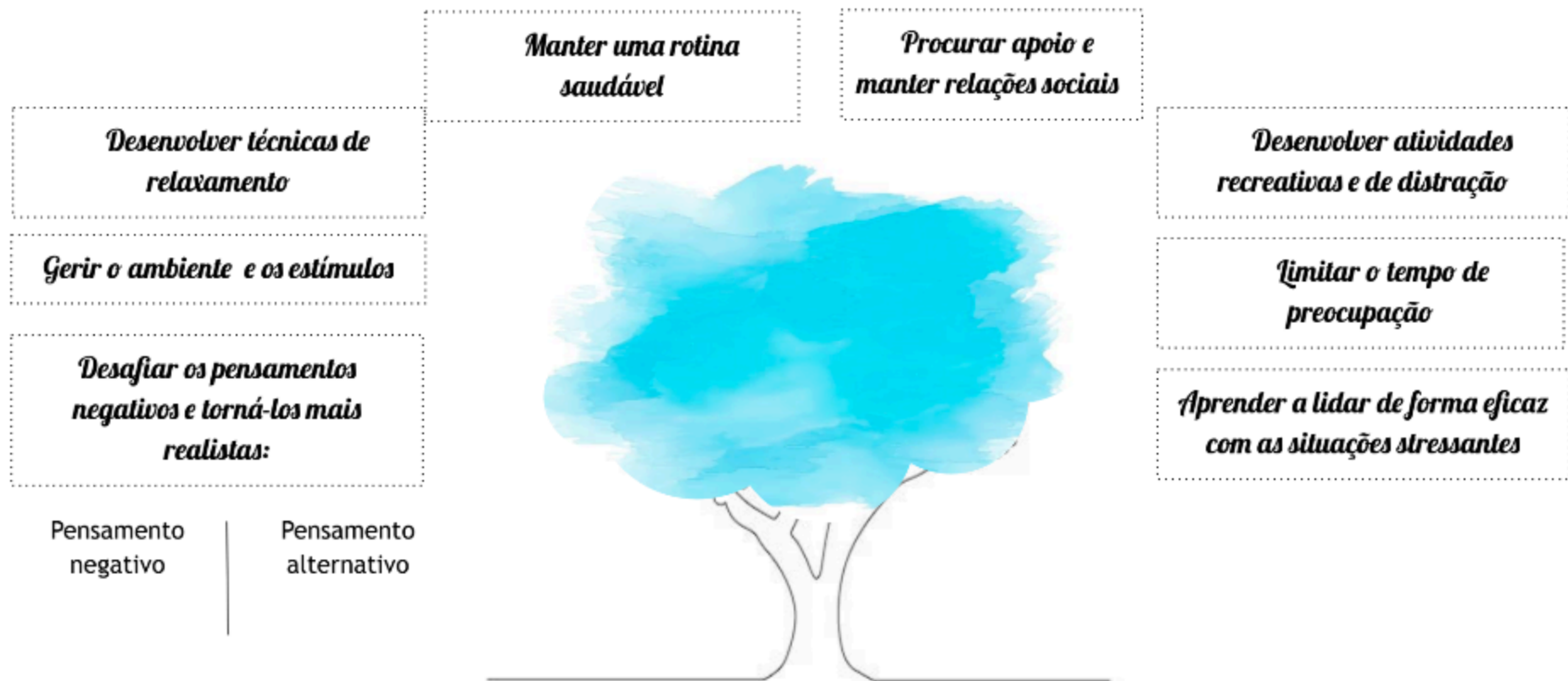
- Preocupações constantes : “E se algo de mal acontece?”
- A mente salta de uma preocupação para a outra
- Imaginação dos piores cenários possíveis
- Está sempre com atenção aos possíveis perigos

Porque nos mantemos ansiosos?

O CICLO DA ANSIEDADE



ANEXO VI - MAPA DO AUTOCONTROLO



- 1. Como me sinto e o que sinto?*
- 2. Que pensamentos surgem e de que forma me comporto?*
- 3. Quais são os “gatilhos” que desencadeiam a minha ansiedade?*
- 4. O que faço para gerir estes sentimentos?*

ANEXO VII - RESULTADOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: INTERNAMENTO

Guião de Entrevista

1. Há quanto tempo se encontra no internamento?
2. É a primeira vez que está internado? Se não, quantas vezes já esteve internado e porquê?
3. Antes de vir para aqui (internamento), estava a viver com quem?
4. O sr. (sra.) encontrava-se a trabalhar antes de vir para aqui?
5. Até que ano se formou?

Aplicar Escala Mini Mental State Examination ou MoCA:

| Pontos de Corte | |
|---|---|
| MMSE | MoCA |
| 15 pontos para analfabetos | ≥ 26 - Normal |
| 22 pontos - escolaridade de 1 a 11 anos | < 26 - DCL ou demência |
| 27 > 11 anos | Se for realizado a indivíduos que tenham o 12.º ano ou inferior, é acrescentado um ponto ao <i>score</i> final. |

6. Sabe por que razão está internado?
7. Considera que a medicação o tem ajudado? De que forma?

Se presença de sintomas heterólogos, questionar sobre os mesmos:

Compreender se o cliente apresenta *insight* sobre a sintomatologia

- Compreender se quando o cliente apresenta alucinações ou os delírios, reconhece que eles estão presentes;
- Compreender se o cliente tem perceção da frequência com que os delírios e alucinações ocorrem;
- Compreender se o cliente relata a diminuição das alucinações ou delírios;
- Compreender se o cliente descreve o conteúdo das alucinações e dos delírios.

Compreender quais as estratégias que o cliente implementa para lidar com a sintomatologia

- Compreender o que é que o cliente faz perante a presença de alucinações ou delírios;
 - Compreender se o cliente procura validar as alucinações ou os delírios;
 - Compreender se o cliente mantém o afeto consistente com o humor;
 - Analisar o comportamento do cliente ao longo da entrevista, de modo a perceber a forma como interage com o terapeuta e questionar a forma como interage com os outros clientes e profissionais de saúde;
 - Compreender se o cliente analisa o ambiente de forma apropriada;
 - Ao longo da entrevista, compreender se o pensamento do cliente é lógico, baseado na realidade e se apresenta conteúdo apropriado, considerando o que vai sendo abordado;
 - Compreender se o cliente aceitou a perspetiva de outras pessoas, quando estas comentam sobre os seus pensamentos e perceções.
8. Como se sente em relação à sua doença? E em relação ao tratamento?
9. Como se tem sentido ao longo deste internamento?

Aplicar a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung

| |
|--------------------------------|
| Pontos de Corte |
| ≥ 37 Ansiedade patológica |
| < 37 Ansiedade Normal |

10. Ansiedade é algo que tem vindo a sentir com frequência?
11. Que situações é que considera que causam mais Ansiedade?
12. O que é que costuma fazer quando se sente ansioso(a)?
13. O que é que costuma sentir quando está ansioso(a)? É algo que costuma reparar com frequência?
14. Como é que se costuma comportar quando está ansioso(a)? É algo que costuma reparar com frequência?

15. Diante situações *stressantes*, o que é que costuma fazer?
16. Considera que as estratégias que utiliza apresentam resultados positivos? Se sim, quais?
17. Quando sente que está ansioso(a), como é que reage? O que é que costuma fazer diante essa reação?
18. Considera ser importante manter o controle sobre as emoções?
19. Que estratégias costuma apresentar para tentar controlar a Ansiedade?
20. O que é que costuma fazer nos seus tempos livres?
21. Considera que a rotina que tem apresentado aqui no internamento tem sido positiva para si? Como?
22. Como era a sua rotina antes de vir para este serviço?
23. Tem dormido bem à noite? Se não, porquê?
24. Se não apresenta um sono reparador, o que é que costuma fazer para lidar com essa situação?
25. Como se sente relativamente a si mesmo?

Resultados:

| Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung | |
|--|-------------------------------|
| Score Inicial (Total: 6 utentes) | Score Final (Total 5 utentes) |
| 29 | 28 |
| 30 | 28 |
| 34 | 32 |
| 38 | 36 |
| 40 | 39 |
| 41 | ----- |

| Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade - Contexto Clínico Internamento | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------|--------|--------|---|-----------------------------------|------|------|-----|---|
| Índice resultados: (1) Nunca demonstrado; (2) Raramente demonstrado; (3) Algumas vezes demonstrado; (4) Frequentemente demonstrado; (5) Consistentemente demonstrado | | | | | | | | | | |
| Indicadores | Avaliação Inicial (Total 6 utentes) | | | | | Avaliação Final (Total 5 utentes) | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Monitorização da duração dos episódios | | 100% | | | | | 80% | 20% | | |
| 2. Monitorização da duração do tempo entre os episódios | | 100% | | | | | 100% | | | |
| 3. Monitorização das manifestações comportamentais da ansiedade | | 33,30% | 66,70% | | | | | 60% | 40% | |
| 4. Monitorização das manifestações físicas da ansiedade | | 33,30% | 66,70% | | | | | 80% | 20% | |
| 5. Monitorização da intensidade da ansiedade | | 66,70% | 33,30% | | | | 20% | 80% | | |
| 6. Manutenção das relações sociais | | | 66,70% | 33,30% | | | | 20% | 80% | |
| 7. Controlo da reação à ansiedade | | 66,70% | 33,30% | | | | 20% | 80% | | |
| 8. Eliminação de precursores da ansiedade | | 16,70% | 66,70% | 16,70% | | | | 100% | | |
| 9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento | | 50% | 50% | | | | 20% | 80% | | |