

A pessoa com ansiedade

**Intervenções de enfermagem especializadas - Relatório de
desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

Raquel Salgueiro Serrano Mendes

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A PESSOA COM ANSIEDADE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS -
RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

The person with anxiety

Specialized nursing interventions - Report on the
development of specialized clinical skills in the area of
Mental Health and Psychiatric Nursing

Relatório de estágio profissional orientado pela
Professora Doutora Regina Pires e coorientado pela
Professora Doutora Júlia Marques

Raquel Salgueiro Serrano Mendes

Porto | 2024

*“Cada um que passa em nossa vida,
Passa sozinho, mas não vai só
Nem nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos,
Deixa um pouco de si mesmo.”*
Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Antes de mais, agradeço a todos os utentes e familiares que, num momento de fragilidade, permitiram que acompanhasse a sua jornada. Vocês permitiram-me crescer e desenvolver competências essenciais para me tornar especialista.

À Professora Doutora Regina Pires pela sua pronta disponibilidade e ajuda.

À Professora Doutora Júlia Marques por ter sido o meu braço direito e por me ter dado força mesmo quando eu não a tinha.

E a todos os professores agradeço os ensinamentos e as partilhas que fundaram este percurso.

Às minhas orientadoras de estágio que foram fundamentais para o processo de desenvolvimento de competências.

E aos profissionais dos contextos de estágio a gentileza com que me receberam.

Aos meus colegas de trabalho, que sempre me motivaram e apoiaram ao longo desta caminhada.

À Ana Sofia, à Daniela, à Isabel, à Tânia e à Salomé agradeço a vossa amizade e companheirismo ao longo deste mestrado.

E por fim, agradeço à minha família, e de forma especial aos meus pais, à Beatriz e à Rita pelo apoio e carinho ao longo do meu percurso, pelo incentivo e motivação. Sem vocês, não teria concluído esta etapa.

SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

APA – American Psychiatric Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – Doença de Coronavírus 2019

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FC – Frequência Cardíaca

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB II – Perturbação Bipolar tipo II

PCA – Problemas de Comportamento Alimentar

PP – Perturbações da Personalidade

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

TCC – Terapia Cognitivo-comportamental

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

ABREVIATURAS

p.e. – Por exemplo

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 1º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como principal objetivo descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao longo do estágio. A ansiedade foi uma temática que abordámos de forma transversal ao longo deste estágio, realizado em três contextos diferentes.

A ansiedade é uma emoção, experienciada por todos em algum momento da vida e com uma prevalência cada vez maior na nossa sociedade. Esta surge como resposta antecipatória a acontecimentos que possam ser avaliados como perigosos. É resposta defensiva que serve como proteção, no entanto, quando esta resposta é exacerbada, pode ser considerada patológica impactando negativamente a funcionalidade e consequentemente a qualidade de vida de um indivíduo. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica pode intervir junto desde indivíduos para diminuir a ansiedade. Através da prestação de cuidados psicoeducacionais, o enfermeiro, capacita o indivíduo e/ou famílias para os informar, facilitar a gestão emocional através da aquisição de estratégias redutoras de ansiedade e também ser uma fonte de suporte. A psicoeducação é uma intervenção simples e de baixo custo que se demonstra eficaz no aumento de conhecimentos sobre a ansiedade e consequentemente na melhoria do autocontrolo da mesma.

O presente trabalho tem como grande objetivo a descrição do processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ao longo deste percurso foi desenvolvido um projeto psicoeducacional direcionado para a problemática da ansiedade ao longo do ciclo vital. Este permitiu entender que a intervenção psicoeducacional tem efeitos na redução da ansiedade. Devido aos vários benefícios, é pertinente a criação de projetos psicoeducacionais para trabalhar a ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade; Doença Mental; Avaliação de Resultado de Intervenções Terapêuticas; Enfermagem Psiquiátrica; Ciclo Vital.

ABSTRACT

This report is part of the Curricular Unit Internship with Report of the 1st Master's Degree in Nursing in the Specialization Area of Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto and its main objective is to describe the process of acquiring and developing skills in Mental Health and Psychiatric Nursing throughout the internship. Anxiety was a theme that we tackled across the board throughout this internship, which took place in three different contexts.

Anxiety is an emotion experienced by everyone at some point in their lives and is becoming increasingly prevalent in our society. It arises as an anticipatory response to events that may be perceived as dangerous. It is a defensive response that serves as protection, however, when this response is exacerbated, it can be considered pathological, negatively impacting an individual's functionality and consequently their quality of life. Nurses specializing in mental health and psychiatry can intervene with individuals to reduce anxiety. Through the provision of psychoeducational care, the nurse empowers the individual and/or family to inform them, facilitate emotional management through the acquisition of anxiety-reducing strategies and also be a source of support. Psychoeducation is a simple, low-cost intervention that has proved effective in increasing knowledge about anxiety and consequently improving self-control.

The main aim of this paper is to describe the process of acquiring specialized skills in mental health and psychiatric nursing. Along the way, a psychoeducational project was developed to address the problem of anxiety throughout the life cycle. This allowed us to understand that psychoeducational intervention has an effect on reducing anxiety. Due to the various benefits, it is pertinent to create psychoeducational projects to work on anxiety.

Keywords: Anxiety; Mental Illness; Outcome Evaluation of Therapeutic Interventions; Psychiatric Nursing; Life Cycle;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
1.1. Problemática em estudo.....	27
1.2. Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	31
1.2.1 Psicoeducação.....	32
1.2.2 A Teoria das Relações Interpessoais de Heldegard Peplau.....	35
2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE CUIDADOS DIFERENCIADOS.....	39
3. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS.....	49
4. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE COMUNIDADE.....	61
5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	71
5.1 Aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.....	72
5.2 Aquisição de competências especializadas em saúde mental.....	81
CONCLUSÃO.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	101
Anexo I – Planeamento de Sessões: Contexto de Diferenciadas.....	
Anexo II – Questionário de Avaliação de Conhecimentos.....	
Anexo III – Questionário de Avaliação da Intervenção.....	
Anexo IV – Planeamento de Sessões: Contexto de Internamento de Agudos.....	
Anexo V – Questionário de Avaliação de Conhecimentos.....	
Anexo VI – Tarefa.....	
Anexo VII – Flyer: Estratégias de Redução de Ansiedade.....	
Anexo VIII – Planeamento de Sessões: Contexto de Comunidade.....	
Anexo IX – Questionário de Avaliação da Intervenção.....	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Resultados da avaliação inicial e final relativamente ao indicador conhecimento ..	57
QUADRO 2: Resultados da avaliação inicial e final relativamente ao indicador conhecimento ..	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Aplicação da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung: score obtido na avaliação inicial e final	58
TABELA 2: Aplicação do Indicador NOC: Autocontrole da ansiedade score obtido na avaliação inicial e final	58
TABELA 3: Resultados da FC e SpO2 antes da intervenção	65
TABELA 4: Resultados da FC e SpO2 após a intervenção	66
TABELA 5: Aplicação da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung: score obtido na avaliação inicial e final	68

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 1º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como principal objetivo descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao longo do estágio.

Este percurso decorreu no espaço temporal de 27 de outubro de 2022 a 13 de junho de 2023 em contexto de internamento de agudos, comunidade e em contexto diferenciadas, com um total de 510 horas.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A ordem dos enfermeiros (OE), ressalta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427).

Esta área da especialidade trabalha não só a “promoção da saúde mental e a prevenção da doença mas também no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427).

Já todas as pessoas, em algum momento da vida, tiveram oportunidade de experienciar ansiedade. A ansiedade é uma emoção, por norma transitória, que surge como um mecanismo de defesa adaptativo e que tem como objetivo mediar a interação do indivíduo com o ambiente (Direção Geral da Saúde, 2017; Ramos, 2009; Robichaud & Dugas, 2015).

No ano de 2018, uma em cada oito pessoas, ou seja, 970 milhões de pessoas no mundo, viviam com uma perturbação mental, sendo as perturbações de ansiedade e a depressão as mais comuns (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019). No entanto em 2020, devido à pandemia COVID-19, houve um aumento substancial da incidência, sendo de 26% para as perturbações de ansiedade e de 28% para as perturbações depressivas (World Health Organization, 2022).

Um nível de ansiedade baixo, pode ser considerado como um incentivo e motivação para que o indivíduo altere o seu comportamento de forma a preparar-se para o perigo, levando a um comportamento de adaptação perante situações que geram tensão, nervosismos e preocupação, sem que haja disfuncionalidade ou diminuição da qualidade de vida. Quando a ameaça, seja ela real ou percebida, desaparece, a ansiedade desaparece também (Townsend, 2011; Yusuph, 2016).

As perturbações de ansiedade e ansiedade considerada normal são distintas entre si, uma vez que estas envolvem o aumento de sintomas desadequados em relação ao estímulo que a causou. Aqui, a sintomatologia ansiosa apresenta uma duração excessiva, com impacto na funcionalidade da pessoa (Morgado, 2021).

Os enfermeiros têm um papel importante na redução da sintomatologia ansiosa. Para a enfermagem, a ansiedade é vista como um sintoma, ao invés de uma perturbação. Como sintoma, pode ser encontrado em variadas patologias, sejam elas do foro psiquiátrico ou não. Este sintoma pode variar diariamente, consoante a resposta do doente ao seu problema base (Sampaio et al., 2020).

Sendo uma condição que pode ocorrer em qualquer idade, julgou-se pertinente estudar a ansiedade ao longo do ciclo vital. Para tal, foram escolhidos contextos de estágio que o permitissem. Iniciei o percurso pelo estágio de diferenciadas, onde tive oportunidade de trabalhar com jovens, seguindo-se o estágio em contexto de internamento de agudos onde prestei cuidados a adultos com doença mental e por fim o estágio em contexto comunitário, onde pude intervir junto de grupos (grávidas e cuidadoras formais), adultos com dependência em substâncias ilícitas, idosos e utentes com doença mental e as suas respetivas famílias.

Neste sentido, o trabalho inicia-se com a introdução e de seguida divide-se em três partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento conceptual onde se faz referência ao Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e se abordam conceitos chave sobre a ansiedade.

Na segunda parte é apresentado o desenvolvimento do projeto, nos diferentes contextos de estágio, onde se procurou também refletir criticamente sobre o desenvolvimento do mesmo. Na terceira parte é abordado o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESMP. E para terminar, é apresentada a conclusão.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De forma a obter um fio condutor para o presente relatório, torna-se importante abordar os conceitos que servirão de base para o desenvolvimento do projeto psicoterapêutico.

1.1. Problemática em estudo

A ansiedade é um problema cada vez mais comum na sociedade atual, chegando mesmo a ser conhecida pelo mal do século, afetando diferentes faixas etárias e diferentes classes sociais. Esta pode afetar até 33% da população mundial ao longo da vida (Morgado, 2021).

A ansiedade pode ser considerada como um estado psicológico próprio, intrínseco a todas as pessoas, de intensidade variável. Está relacionada com o medo de antecipação a eventos potencialmente perigosos (Morgado, 2021). A ansiedade corresponde a um estado de aumento de vigilância e de capacidade de resposta que resulta num conjunto de comportamentos defensivos. Estes servem para proteger o organismo face a situações potencialmente perigosas, sendo a ansiedade um mecanismo fisiológico adaptativo essencial para a sobrevivência (Morgado, 2021).

Níveis de ansiedade moderados podem melhorar o desempenho e o nível de alerta, e mesmo níveis de ansiedade elevados, podem ser apropriados desde que a resposta seja adequada ao grau de exigência de determinadas situações (Morgado, 2021). O nível de ansiedade experimentado pela pessoa pode levar ao comprometimento da capacidade de pensar, de planear e de realizar tarefas mais complexas (Morgado, 2021).

A ansiedade é considerada patológica quando as respostas são excessivas e inadequadas causando disfuncionalidade no dia-a-dia da pessoa (Domhardt et al., 2019; Hawken et al., 2018).

A American Psychiatric Association (APA) identifica várias perturbações associadas à ansiedade, nomeadamente a perturbação de ansiedade generalizada. Esta associa o medo e a ansiedade excessivos e perturbações do comportamento relacionados com os mesmos (American Psychiatric Association, 2014).

O medo é uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma futura ameaça (Morgado, 2021). Apesar de diferentes, estes dois estados estão sobreponíveis. O medo é frequentemente associado a períodos de excitabilidade autonómica aumentada, essencial para a luta ou fuga, a pensamentos de perigo imediato e a comportamentos de fuga. Já a ansiedade é mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância, em preparação para um perigo futuro, o que pode levar a comportamentos de cautela ou de evitamento (Morgado, 2021).

A ansiedade pode apresentar-se de várias formas, manifestando-se a nível cognitivo, afetivo, fisiológico e comportamental. A nível cognitivo pode levar a défices de atenção, concentração e memória, bloqueio de pensamento, ruminação e tendência para culpabilizar os outros (Herdan & Kamitsuru, 2018; Morgado, 2021). No contexto afetivo a ansiedade pode apresentar-se como sensação de agonia, apreensão, incerteza, irritabilidade, medo, nervosismo e sensação de inadequação. Já a nível fisiológico, pode provocar tensão muscular, hipersudorese, tremores e voz trémula; sintomas como taquipneia, taquicardia, hipertensão arterial, xerostomia, anorexia, diarreia, hipotensão arterial, desmaio, diarreia, dor abdominal, náuseas, fadiga, urgência urinária, parestesias das extremidades podem ser causadas pela ativação do sistema nervoso simpático. No que diz respeito à resposta comportamental, esta pode manifestar-se através de sinais de inquietação, insónia, hipervigilância, preocupação excessiva e produtividade diminuída (Herdan & Kamitsuru, 2018).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2014) define os seguintes critérios para um diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada:

- A. “Ansiedade e preocupação excessivas com frequência quase diária e com interferência nos eventos e atividades da pessoa nomeadamente o desempenho profissional; dificuldade assumida por parte da pessoa em controlar a preocupação.
- B. Dificuldade, na ótica do doente, em controlar a preocupação;
- C. Os sentimentos de ansiedade e preocupação estão associados a 3 ou mais dos seguintes 6 sintomas:
 1. Inquietação ou sensação de nervos “à flor da pele”;

2. Fadiga;
 3. Dificuldade de concentração ou episódios de “brancas” na mente;
 4. Irritabilidade fácil;
 5. Tensão muscular;
 6. Perturbações do sono (nomeadamente insónias, sono insatisfatório e agitado);
- D. A ansiedade, preocupação e sintomas manifestados causam sofrimento à pessoa com dano nas várias áreas importantes da sua vida;
- E. A perturbação não está associada aos efeitos fisiológicos do uso de substâncias ou outras condições clínicas;
- F. A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação (ataques de pânico, fobia social., etc.)” (American Psychiatric Association, 2014, p. 263).

Quando a ansiedade está associada ao aumento excessivo dos níveis de estimulação autonómica e a distorções cognitivas, como perceções de ameaças exageradas e estratégias de coping disfuncionais, pode resultar em sofrimento significativo com impacto negativo no trabalho, na escola, na família, nos relacionamentos e no dia-a-dia (Morgado, 2021).

Esta perturbação difere dos adultos para as crianças/jovens. Enquanto os adultos têm como foco da ansiedade circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, etc; os mais jovens tendem a preocupar-se excessivamente com as suas competências ou com a qualidade do seu desempenho (American Psychiatric Association, 2014).

O desenvolvimento de uma perturbação de ansiedade tem, por norma, fatores preditivos que se manifestam através de inibição comportamental (Jacqueline & Blackford, 2012), afetividade negativa (Walter et al., 2020). Fatores como exposição a eventos traumáticos ou stressantes, relações de vinculação inseguras ou ambivalentes com a figura de referência podem predispor para o desenvolvimento desta perturbação (Colonnesi et al., 2011; Green et al., 2010; Suarez et al., 2008).

As perturbações da ansiedade (especialmente a perturbação de ansiedade generalizada) estão por diversas vezes associadas a outras patologias psiquiátricas (Costello et al., 2005; Verduin & Kendal, 2003), nomeadamente a depressão mas também a doença bipolar, a perturbação do défice de atenção e hiperatividade, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações do comportamento, perturbações do comportamento alimentar e também dependências de substâncias (Manassis & Monga, 2001; Morgado, 2021; Wehry et al., 2015).

O tratamento da ansiedade engloba o tratamento farmacológico e o tratamento não farmacológico. No que diz respeito ao tratamento farmacológico, as classes farmacológicas mais utilizadas são as benzodiazepinas, os antidepressivos (nomeadamente os inibidores da recaptação de serotonina, os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina e os inibidores da monoaminoxidase) (Morgado, 2021).

Um estudo realizado por Fansi et al. (2015) revela que não existe evidência significativa entre a intervenção psicoterapêutica e a farmacoterapia no que respeita à redução dos sintomas em utentes com perturbação de ansiedade (Fansi et al., 2015). No entanto, outros estudos demonstram que os benefícios da intervenção psicoterapêutica são mais duradouros após o tratamento que do que os da medicação. Logo, a intervenção psicoterapêutica oferece uma melhor proteção contra a recaída (Sampaio et al., 2017). Além disso, a intervenção psicoterapêutica para as perturbações de ansiedade demonstrou ser eficaz em termos de custos, sendo mais barata que a intervenção farmacológica (Sampaio et al., 2017), tornando-se numa das primeiras linhas do tratamento (Morgado, 2021).

Pelo descrito na evidência científica, existem várias técnicas que podem ser utilizadas entre as quais é destacada a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Existe evidência científica que demonstra que a psicoeducação é a primeira técnica a ser utilizada (Caetano, 2018). No entanto a reestruturação cognitiva é também uma técnica amplamente utilizada uma vez que permite ao cliente identificar pensamentos distorcidos e crenças disfuncionais específicas (Caerano, 2018; Morgado, 2021; Wenzel et al., 2010).

A técnica de relaxamento, exercícios de respiração e técnicas de mindfulness são também utilizadas. Estas estão mais direcionadas para o controle dos sintomas fisiológicos (Caetano, 2018; Morgado, 2021).

A dessensibilização sistemática é uma técnica que tem por objetivo colocar o cliente frente aos seus medos proporcionando assim novas respostas (Wenzel et al., 2010; Sampaio et al., 2017).

A técnica de resolução de problemas é também utilizada com o intuito do cliente adquirir habilidades de resolução de problema (Morgado, 2021; Wenzel et al., 2010). Também pode ser utilizado o treino da assertividade, o treino de competências sociais e técnicas de resolução de conflitos, consoante os gatilhos que provocam a ansiedade (Morgado, 2021).

No entanto a ansiedade, como sintoma, não é exclusiva das perturbações de ansiedade (Sampaio et al., 2020). A ansiedade é um foco da prática do enfermeiro, sendo um indicador sensível aos

cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

1.2. Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

O EESMP destaca-se das outras áreas de especialidade devido às suas competências do âmbito psicoterapêutico. Isto permite que durante o processo de cuidar, seja de uma pessoa, de uma família, de um grupo ou de uma comunidade, uma intervenção terapêutica eficiente na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

A nível nacional, o 1.º Relatório de Estudo de Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) evidencia a “existência de uma elevada prevalência anual de perturbações psiquiátricas (22,9%), com predomínio para as perturbações da ansiedade (16,5%) e do humor (7,9%)” (Almeida et al., 2013, p.30). Apesar de já ter 10 anos, este documento já advertia para a prevalência elevada de ansiedade na população portuguesa.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2014) Portugal é o segundo país da Europa com uma maior prevalência de doenças mentais devido ao grande predomínio das perturbações de ansiedade (DGDS, 2014). Em 2022, Aguiar e colaboradores, publicaram um estudo relativamente à saúde mental no pós pandemia COVID-19 que revela que “um quarto da amostra (26,9%) apresentou sintomas de ansiedade, e que 23,1% desenvolveu sintomas de ansiedade, mas num nível moderado”. No entanto, a ansiedade enquanto sintoma pode estar presente em variadas patologias, não se circunscrevendo às perturbações de ansiedade.

Os enfermeiros têm um papel importante na redução da sintomatologia ansiosa. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), reconhece a ansiedade como um foco e um diagnóstico de enfermagem, definindo-a como “*emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia*” (ICN, 2016, p. 39; Sampaio et al., 2017).

Como referido anteriormente, para a enfermagem, a ansiedade é vista como um sintoma ao invés de uma perturbação.

Tendo em conta o elevado, e tendencial crescente, número de pessoas com ansiedade é importante repensar, reajustar e criar novas estratégias que ofereçam resposta a quem sofre com ansiedade.

A OE, através do Regulamento das Competências do EESMP (2018), enfatiza a competência do EESMP “para prestar 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. (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 8). Ou seja, este profissional tem competência para prescrever e realizar intervenções especializadas.

A psicoeducação surge como uma intervenção que visa capacitar o indivíduo e/ou famílias de conhecimentos sobre a problemática e sobre a sua gestão. Como referido anteriormente, esta intervenção é fundamental para capacitar a pessoa de estratégias para controlar a ansiedade, conseguindo que esta deixe de recorrer a fármacos para controlar os seus níveis de ansiedade.

1.2.1 Psicoeducação

A psicoeducação é uma técnica cognitiva que visa capacitar o cliente e/ou família para lidar com um problema (Pinheiro, 2019). Esta técnica permite também o desenvolvimento de competências comportamentais e cognitivas, além de facilitar o desenvolvimento da consciencialização e da autonomia dos indivíduos (Lemes & Ondere, 2017; Sousa et al., 2017).

Além destas vantagens, um estudo realizado por Sousa (2017), mostra que a implementação da psicoeducação pode levar a uma diminuição da sobrecarga emocional, física, com um aumento substancial do conhecimento da doença e de estratégias para lidar com a sintomatologia (Sousa et al., 2017).

Outro estudo, realizado por Pinho e Pereira (2015), demonstrou que esta técnica é eficaz na prevenção de recaídas e internamentos, contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas e para preservar a sua saúde física e mental, bem como para a qualidade de vida (Pinho & Pereira, 2015).

Esta modalidade de intervenção, tem a vantagem de poder ser aplicada tanto a nível individual em como a um grupo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Segundo os autores Sequeira e Sampaio (2020) esta intervenção deverá ser delimitada no tempo, estruturada em sessões, focada nos problemas atuais. Deve ter uma duração compreendida entre os 45 e os 90 minutos, com um número mínimo de três sessões e no máximo 6 sessões. No que diz respeito aos momentos de avaliação, estes devem ser três: avaliação inicial, avaliação final e follow-up a 3 meses (Sequeira & Sampaio, 2020). Tendo em conta que este projeto foi aplicado em contexto de estágio, com um limite temporal, a avaliação de follow-up não foi realizada em nenhum dos contextos.

Cada sessão é constituída por três momentos: a introdução, onde é realizada a apresentação da sessão bem como os seus objetivos; o desenvolvimento, onde é feita a operacionalização da sessão previamente preparada e a conclusão, onde é realizada uma síntese da sessão, com enfoque nos aspetos mais importantes da mesma (Sequeira & Sampaio, 2020).

Como referido anteriormente, a psicoeducação é uma modalidade de intervenção que pode ser aplicada em contexto de grupo. Quando aplicada a um grupo, este deverá ser constituído por um conjunto de pessoas que partilham um mesmo problema, sendo neste caso um diagnóstico de enfermagem (Sequeira & Sampaio, 2020).

Nos diversos contextos de estágio, foi utilizada a psicoeducação como estratégia de intervenção terapêutica, quer no âmbito da intervenção em grupo como no âmbito da intervenção individual, pelo que nos fez sentido explorar mais aprofundadamente esta temática.

Mary Townsend (2014) define o grupo terapêutico como um espaço de diálogo, onde é selecionado um problema comum aos elementos do grupo (Townsend, 2014). Neste caso, o objetivo da intervenção era capacitar os grupos para lidar com a ansiedade, pelo que o grupo é constituído de pessoas para quem a ansiedade é um problema.

Nestes grupos, o enfermeiro pode assumir diversos papéis como o papel de líder, coordenador e de planeamento das dinâmicas a executar no grupo, bem como a criação do próprio grupo. Por sua vez, o enfermeiro pode também ter um papel de reencaminhar os indivíduos para grupos já existentes, de acordo com as necessidades identificadas (Pereira, 2019; Townsend, 2014).

Segundo a evidência, a maioria dos grupos é constituída por cinco a dez elementos. Os grupos pequenos têm como vantagem maior intimidade e suporte. Como desvantagem, o poder

aumentar a sensação de exposição, o que pode levar ao evitamento de interações e dificuldades interpessoais. Já os grupos grandes, apresentam como vantagem a melhoria da interação, criatividade e possibilitam a existência de “um sítio de fuga” para os que se sentem mais expostos. Como desvantagem, existe maior dificuldade em assegurar iguais oportunidades de participação aos seus elementos, pode existir também dificuldade de coesão do grupo (Sampaio et al., 2023).

Segundo a evidência científica existente, a definição do número de elementos deve ter como ponderação a forma como estes fatores podem condicionar os objetivos terapêuticos do grupo (Sampaio et al., 2023). Outro fator a considerar é a necessidade de existência de um “cofacilitador” nas sessões. Este tem como função servir de “modelo” para o grupo, suporte/apoio do facilitador e (se necessário) auxiliar algum elemento do grupo que tenha necessidade de sair repentinamente (Sampaio et al., 2023).

Esta intervenção pode ser também realizada a nível individual. Segundo Sampaio et al (2023), a intervenção individual pode ser definida como “uma relação entre duas pessoas, em que ambos (enfermeiro e utente) trabalham em conjunto para atingir um objetivo acordado” (Sampaio et al., 2023, p. 28).

Esta modalidade foi utilizada em um dos contextos de estágio. Esta, ao contrário da intervenção em grupo, não tem contraindicações absolutas, à exceção daquelas que impeçam a participação dos utentes no processo (p.e: debilidade intelectual) (Sampaio et al., 2017).

Este tipo de intervenção oferece diversas vantagens, tais como: “uma relação de um para um; a relação terapêutica estabelecida em sessões individuais tende a ser mais forte; a intervenção realizada através de sessões individuais é mais aprofundada e intensa, podendo o trabalho desenvolvido ser adaptado às necessidades do utente; há a possibilidade de o utente ir recebendo feedback sobre a sua evolução ao longo das sessões; há maior garantia acerca da conservação da confidencialidade; o agendamento das sessões pode ir ao encontro à disponibilidade do utente, sendo facilmente ajustado” (Sampaio et al., 2023, p.33-34).

No entanto não existem só vantagens, tendo esta modalidade desvantagens como: “o custo das sessões ser superior às sessões de grupo uma vez que o enfermeiro intervém apenas com uma pessoa, ao invés de um grupo de pessoas; a relação de um para um, foi considerada uma vantagem, no entanto existem situações em que pode ser considerada uma desvantagem. Existem utentes que se sentem expostos e que preferem estar “mais escondidos” numa fase

inicial do processo terapêutico; em utentes com pouca motivação, pode ser dificultador aderir ao processo terapêutico quando são o foco único de atenção do enfermeiro; neste tipo de intervenção o utente apenas tem acesso ao ponto de vista do enfermeiro, e não a múltiplos pontos de vista, como no caso da intervenção em grupo” (Sampaio et al., 2023, p.34).

1.2.2 A Teoria das Relações Interpessoais de Heldegard Peplau

A Enfermagem é uma ciência que se encontra fundamentada em conhecimento científico. As teorias de Enfermagem têm como objetivo o desenvolvimento da profissão contribuindo para o desenvolvimento científico desta. Estas teorias devem ser aplicáveis na prática profissional.

Para orientar o meu processo de desenvolvimento de competências, selecionei a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Esta teoria foi desenvolvida por Hildegard Peplau, num momento em que a Enfermagem começa a comprovar o seu papel na ciência. Considerada por muitos, a mãe da Enfermagem psiquiátrica, esta teórica revolucionou a Enfermagem sendo a primeira a abordar o doente como parceiro de cuidados, sendo este também responsável pela sua melhoria (Tomey & Alligood, 2004).

Esta teoria tem na sua base, os estudos de Erick Fromm e de Harry Stack Sullivan, que adotam o pressuposto que o crescimento e o desenvolvimento humanos ocorrem de forma gradual até a realização do seu potencial máximo (Peplau, 1990).

A Teoria das Relações Interpessoais defende, então, que para a enfermagem ser um processo interpessoal e terapêutico, há necessidade de participação de duas ou mais pessoas, onde estas tenham benefícios na interação, sendo o crescimento pessoal compartilhado pelo enfermeiro e pelo utente a partir deste relacionamento desenvolvido durante o processo de cuidar (Peplau, 1990).

Estas relações são essenciais para que o utente, junto com o enfermeiro, possa alcançar o seu desenvolvimento e crescimento pessoais (Bittencourt et al., 2018) sendo por isso considerada

um processo dinâmico (Peplau, 1990). Foi esta teórica, que começou a explorar a importância de os enfermeiros trabalharem com os utentes as suas emoções e sentimentos (Querido, 2015).

Para esta teórica, além dos enfermeiros e do utente, existem outros agentes importantes neste processo como a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde estas mudanças ocorrem (Bittencourt et al., 2018; Peplau, 1990).

Peplau propõe para o desenvolvimento desta relação, um processo de quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Estas etapas são sequenciais e relacionadas (Almeida et al., 2005).

Na primeira fase, orientação, existe um primeiro contato entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. Aqui, o enfermeiro irá recolher os dados e identificar as necessidades da pessoa (Almeida et al., 2005). Nesta fase existem três pontos fundamentais nos quais há necessidade de intervenção por parte do enfermeiro: compreensão da necessidade de ajuda; compreensão e contribuição no planeamento dos cuidados, e serviços aos quais recorre, podendo oferecer; facilitação do processo de exteriorização e compreensão dos sentimentos e emoções, que possam estar a ser elementos de ansiedade e tensão, a respeito das necessidades sentidas e identificadas (Peplau, 1990; Pereira, 2019).

Na fase seguinte, identificação, há o desenvolvimento da relação terapêutica. Aqui, indivíduo alvo de cuidados identifica o enfermeiro, como um elemento de confiança. A partir daqui o enfermeiro começa a explorar os sentimentos, auxiliando a pessoa na identificação de estratégias que a possam auxiliar a resolver o seu problema (Peplau, 1990; Pereira, 2019).

Na terceira fase, exploração, é o momento onde a relação enfermeiro/utente deve ser fortalecida e explorada. Neste momento, o enfermeiro continua a ajudar o utente a satisfazer as suas necessidades e a estabelecer novos objetivos de vida (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990).

É na quarta e última fase, resolução, em que há a separação gradual entre a pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro, que o ajudou. É suposto que nesta fase, a pessoa já tenha adquirido competências para lidar com os seus problemas sozinha, dando por terminada a relação terapêutica (Peplau, 1990). Como já referido anteriormente, todas estas fases têm uma sequência, portanto, esta fase só é alcançada se as anteriores forem concluídas com sucesso (Peplau, 1990).

Perante esta teoria, o enfermeiro, pode assumir diversos papéis ao longo desta interação: estranho, pessoa recurso, professor, líder, substituto e conselheiro (Peplau, 1990).

O papel de “pessoa estranha” coincide com a fase de identificação, uma vez que ainda não existe relação terapêutica. Nesta fase, é importante que haja um contato positivo, devendo o enfermeiro mostrar uma atitude de interesse e respeito (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990).

Outro papel é o de “pessoa recurso”, este implica que o enfermeiro deve fornecer resposta às necessidades do utente, funcionando como fonte de informações, recursos e conhecimentos. Aqui o enfermeiro é visto como imprescindível para a resolução das necessidades da pessoa (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990, Pereira, 2019).

Como “professor”, o enfermeiro tira o máximo partido da relação terapêutica. Desenvolve juntamente com o indivíduo planos de intervenção e estratégias que permitam as respostas às necessidades identificadas (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990, Pereira, 2019).

Como “líder” o enfermeiro incentiva a pessoa alvo de cuidados a participar ativamente no seu processo de cuidados (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990, Pereira, 2019).

O “papel de substituto” ocorre quando a pessoa coloca o enfermeiro no papel de outra pessoa, normalmente alguém de uma relação anterior, existindo um reativar de sentimentos experimentados nessa mesma relação anterior (Pereira, 2019). Quando isto acontece, cabe à enfermeiro a desconstrução deste fenómeno, levando o indivíduo a compreender que semelhanças que possa ter identificado entre o enfermeiro e a outra pessoa da sua esfera pessoal é motivado por um processo psicológico, devendo sempre ser reforçado que os objetivos da relação estabelecida, são apenas de âmbito terapêutico (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990, Pereira, 2019).

O “papel de conselheiro” acontece quando o enfermeiro responde às solicitações do indivíduo alvo de cuidados, permitindo que este compreenda o seu estado de saúde, integrando as experiências no seu contexto de vida. É através deste processo, que é possível chegar à fase de resolução da relação terapêutica (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990, Pereira, 2019).

Como referido anteriormente, esta foi a primeira teoria de enfermagem desenvolvida para área da saúde mental. Apesar de ter sido desenvolvida há três décadas, num contexto histórico diferente do atual, verifica-se que ainda se mantém atual.

Sendo o meu grande objetivo capacitar os utentes para lidar com a ansiedade, este modelo pareceu-me adequado para guiar a minha prática, aprendizagem e desenvolvimento de competências em contexto de estágio, uma vez que a relação interpessoal enfermeiro-utente, é essencial para o sucesso das intervenções em enfermagem.

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE CUIDADOS DIFERENCIADOS

O estágio em contexto de cuidados diferenciados foi num Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, nomeadamente na unidade de internamento.

Este realizou-se no espaço temporal de 27 de outubro a 18 de novembro de 2022 e de 7 de fevereiro de 2023 a 13 de março 2023, com um total de 160 horas.

A admissão no serviço é feita pela referenciação pela consulta de saúde mental infantil e juvenil ou pelo serviço de urgência pediátrico. Este serviço tem dez vagas de internamento, sendo patologias mais comuns as perturbações do comportamento alimentar, perturbações disruptivas do comportamento com ou sem consumo de substâncias, perturbações do espectro do autismo, comportamentos autolesivos com ideação suicida. Nesta unidade prestam-se cuidados a jovens com idades compreendidas entre os doze e os dezassete anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a adolescência é o período compreendido entre os dez e os dezanove anos de idade (OMS, 2010). Tendo em conta que neste intervalo de idades existem diversos estádios do desenvolvimento, a OMS ainda subdivide a adolescência em três categorias: a adolescência precoce que vai dos dez aos catorze anos; a adolescência intermédia que engloba as idades dos quinze aos dezassete anos; e adolescência tardia que corresponde à faixa etária dos dezoito aos dezanove anos (OMS, 2010).

Nesta fase do ciclo vital, relações sociais com os pares são essenciais para um desenvolvimento saudável. Quando há um internamento, há um afastamento social que pode levar ao comprometimento do processo de transição eficaz da adolescência (Abreu & Azevedo, 2012; Dodds, 2010). O internamento é visto pelos adolescentes como uma prisão, uma vez que há uma perda de autonomia (Abreu & Azevedo, 2012; Aquino, 2009; Maia, 2006; OMS, 2012; SPP, 2009).

A ansiedade nos jovens

Segundo a United Nations Children's Funds (2022) existem cerca de 1,2 mil milhões de adolescentes, correspondendo a 16% da população mundial (United Nations Children's Funds, 2022). No ano de 2022, a OMS, declarou que "os problemas de saúde mental mais comuns em adolescentes: perturbações emocionais (como a ansiedade e a depressão); perturbações comportamentais (como a perturbação de hiperatividade e défice de atenção); perturbações do comportamento alimentar (anorexia, bulimia e compulsão alimentar); perturbações psicóticas; comportamentos autolesivos; e suicídio" (Sampaio et al., 2023, p. 49; OMS, 2020). Segundo esta, cerca de 50% das perturbações mentais iniciam antes dos 14 anos de idade (OMS, 2022).

Nos últimos anos, assistiu-se ao aumento da consciência sobre a importância da saúde mental dos adolescentes como uma prioridade. A adolescência é uma das fases mais rápidas e exigentes do desenvolvimento humano (OMS, 2020). Neste período de transição entre a infância e a idade adulta, os jovens lidam com fertilidade, sexualidade e alterações rápidas da puberdade. É nesta fase que desenvolvem não só conhecimentos como também competências importantes para serem adultos capazes (OMS, 2020).

Os contextos em que o adolescente está inserido (culturais e socioeconómicos, familiares e de saúde/doença) são determinantes para o seu desenvolvimento (Fonseca, 2008), podendo estes influenciar de forma positiva ou negativa (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Entender de que forma é que estes são determinantes na saúde mental do adolescente, oferece oportunidades únicas para promover e proteger a mesma, uma vez que muitos destes fatores são modificáveis (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Atualmente os jovens enfrentam ambientes sociais, culturais e económicos cada vez mais complexos. Estes fatores têm conduzido a alterações de saúde mental o que leva a OMS a estimar que até 50% dos problemas relacionados com a saúde mental surge antes dos 14 anos e que um em cada cinco adolescentes sofre de doença mental (OMS, 2020).

As perturbações de ansiedade são as perturbações psiquiátricas mais frequentes na faixa etária das crianças e dos jovens. Existem estudos que demonstram que quase 7% dos jovens de todo o mundo têm uma perturbação de ansiedade (Walter et al., 2020). No entanto, há outros estudos que demonstram que esta taxa pode ser superior, situando-se entre os 10-20% (Braddick et al., 2009).

A média de idade para início das perturbações de ansiedade situa-se nos 11 anos, no entanto, existe ansiedade “normal” relacionada com o estadió de desenvolvimento como por exemplo, a ansiedade de separação durante a idade pré-escolar; as fobias específicas nos anos de idade escolar; ansiedade social nos últimos anos de idade escolar e início da adolescência; e ansiedade generalizada, pânico, e agorafobia no final da adolescência e início da idade adulta (Beesdo-Baum & Knappe, 2012; Walter et al., 2020).

O não tratamento da ansiedade pode trazer sequelas que se estendem até à idade adulta, tanto a nível de saúde como a nível interpessoal, social, educacional e ocupacional (Walter et al., 2020; Wehry et al., 2015).

Avaliação inicial

Na avaliação inicial, pretendeu-se identificar os domínios mais prevalentes neste serviço, sendo os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes: autoimagem comprometida e consequentemente o autoconceito, humor depressivo, ansiedade, delírio, comportamento alimentar comprometido.

Sendo o tema do relatório, a ansiedade, efetuou-se na fase inicial do estágio, um levantamento dos utentes internados que tivessem identificado o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”, cujo resultado do levantamento demonstrou que este diagnóstico era comum a todos os utentes. Esta circunstância pode encontrar fundamento no facto de ser um serviço em que a maior parte das patologias estabelecem uma relação estreita com a problemática, quando o adolescente é internado vive uma transição de saúde/doença (Meleis, 2000), que também ela constitui uma fonte de stress e ansiedade (Senhorães, 2014), e ainda, por a abordagem terapêutica também poder contribuir para aumentar os níveis da mesma.

Intervenção

Seguidamente à realização do levantamento dos utentes com diagnóstico de ansiedade realizou-se uma avaliação inicial dos seus conhecimentos sobre a ansiedade.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico de enfermagem “ansiedade”;
- Insight mantido;
- Cognição preservada;
- Volição e aceitação de participação.

Como critérios de exclusão:

- Falta de insight;
- Alteração da cognição (p.e: delírio);
- Sem volição para participar na intervenção.

Participaram nesta intervenção 10 elementos que constituíam a totalidade dos utentes internados no serviço. Eram todos do sexo feminino. A média de idades é de 15,1 anos. No que respeita ao nível de escolaridade 30% (n=3) da amostra encontrava-se no 10.º ano do ensino secundário, 40% (n=4) encontrava-se no 11.º ano, 20% (n=2) encontrava-se no 7.º ano e 10% (n=1) está no 9.º ano. Relativamente ao contexto familiar, 40% (n=4) pertencia a uma família com pais casados, 30% (n=3) pertencia a uma família com pais divorciados, 10% (n=1) vivia numa instituição e as restantes 20% (n=2) viviam numa família alargada.

No que se refere ao motivo de internamento 70% (n=7) eram por perturbação do comportamento alimentar (PCA), nomeadamente anorexia nervosa (AN), 20% (n=2) por perturbação da personalidade e 10% (n=1) aguarda diagnóstico.

Como referido anteriormente a intervenção selecionada foi a psicoeducação. Esta foi planeada com cinco sessões (anexo I), tendo sido realizada uma sessão por semana.

Sessão 1 – Avaliação

Esta sessão teve como objetivo fazer a avaliação dos conhecimentos das utentes. Não foram utilizadas escalas de avaliação pelas características do serviço. Como tal, foi analisado e discutido com os enfermeiros do serviço esta situação, tendo-se optado pela utilização da estratégia do desenho como forma de avaliação. A NIC define esta intervenção como “terapia pela arte”. Esta técnica “de mediação artístico-expressiva implica o uso intencional de mediadores artístico-

expressivos (expressão plástica, expressão corporal, expressão vocal, musical, expressão dramática ou escrita) com finalidade terapêutica” (Sampaio et al., 2023, p. 80). Esta é considerada uma técnica psicoterapêutica para a qual o EESMP tem competências para implementar a utilização dos mediadores artístico-expressivos facilita o desenvolvimento da relação terapêutica, promove a comunicação e a intervenção psicológica (Sampaio et al., 2023).

Foi pedido às utentes que realizassem um desenho que demonstrasse o significado de ansiedade para cada uma delas. Para a realização desta atividade foi dada a liberdade para utilizarem os materiais com os quais se sentissem mais confortáveis. A literatura demonstra que oferecer esta liberdade de escolha, permite ao enfermeiro recolher dados como dificuldades e expectativas (Sampaio et al., 2023).

Durante esta sessão, as utentes demonstraram alguma ansiedade, entre as quais destaco “o abanar de pernas” e o “roer as unhas”. Uma das utentes começou a ficar com aumento do prurido na zona do eczema. Destaco também a velocidade com que os desenhos foram realizados. Para esta intervenção foi estipulado um tempo de 50 minutos. Duas das utentes terminaram o desenho em menos de 15 minutos, enquanto as restantes tiveram dificuldade em cumprir o tempo estipulado. Segundo a evidência científica, esta intervenção deverá ter uma duração entre 50 a 90 minutos (Knill et al., 2005). As utentes que terminaram o desenho em 15 minutos referiram que foram rápidas porque estavam “a ficar ansiosas”. Por curiosidade, verificou-se que o diagnóstico médico destas era diferente das restantes.

Sessão 2 – A ansiedade

Na segunda sessão, foi utilizado o desenho realizado na primeira sessão e foi pedido a cada uma das utentes que se pronunciasse acerca do desenho realizado e do significado atribuído por elas à ansiedade.

A evidência mais recente refere que o enfermeiro deverá avaliar os seguintes elementos:

- “Mediador preferido (propriedades, nível de motivação para a escolha, risco).
- Interação com o mediador (limites, investimento, tolerância à frustração, nível de energia, coping skills).

- Elementos expressivos do produto final (estádio de desenvolvimento, qualidade da linha, forma, uso do espaço, uso da cor, integração, simbolismo, organização).
- Comunicação verbal (qualidade, volume, débito e coerência do discurso)” (Sampaio et al., 2023, p. 82-83).

Das nove participantes, cinco desenharam-se a elas próprias. Foram utilizadas maioritariamente cores escuras (como o azul, o roxo e o preto), apesar da grande variedade de cores oferecida. Apenas uma das utentes utilizou aguarelas, tendo as restantes utentes utilizado lápis de cor e canetas. Há elementos comuns aos vários desenhos como a boca cerrada, os olhos, holofotes e as correntes. Estes elementos foram desenhados de forma a simbolizar a sensação de inadequação, sensação de agonia e apreensão. Durante os relatos foram utilizadas palavras como “sufoco”, “ser observada”, “pensamentos caóticos” e “ser limitada”.

Com esta atividade compreendeu-se que as utentes têm facilidade em identificar os sintomas de ansiedade mas quando questionadas sobre “o que fazem quando se sentem assim?”, ficaram em silêncio, não sabendo responder à questão colocada. Tendo estes aspetos em consideração foram reformuladas as sessões seguintes com o objetivo de aumentar os conhecimentos relativamente às estratégias de gestão de ansiedade.

No final da sessão foi criado um espaço partilhado para expressão de sentimentos e emoções provocadas pela sessão. A maioria verbalizou sentimentos de “liberdade” e “alívio”. Uma das utentes partilhou que “não fazia ideia que as meninas também se sentiam assim”. Através deste relato conseguimos afirmar que esta intervenção em grupo permitiu às utentes reconhecerem-se nas vivências das outras.

Sessão 3 – Situações precipitantes

Esta sessão teve como principais objetivos aumentar o conhecimento dos utentes sobre situações precipitantes e estratégias para redução da ansiedade de forma a capacitá-las para lidar com esta emoção, independentemente do contexto onde esta ocorra.

Para esta sessão foi desenvolvida uma atividade intitulada de “baralho de situações ansiogénicas”. Foi pedido às utentes que retirassem do baralho uma carta com uma situação

potencialmente causadora de ansiedade. A cada uma delas foi solicitado que identificasse: se a situação lhe provocava ansiedade; e que estratégias utilizaria para lidar com essa emoção.

Durante o decorrer da atividade foi perceptível algum nível de ansiedade, sendo que todas as utentes demonstravam sinais congruentes com a ansiedade (nervosismo, sudorese, tremores e voz trémula). Apesar do desconforto todas participaram, partilhando estratégias e apoiando-se. Simultaneamente desenvolveram estratégias para lidar com a ansiedade.

No final da sessão, eram capazes de enumerar situações precipitantes e quais as estratégias que poderiam utilizar para reduzir a ansiedade em diferentes situações do seu quotidiano, como por exemplo, dificuldades de participação nas aulas.

Sessão 4 – Sessão do Riso

Na quarta sessão foi realizada uma atividade chamada “sessão do riso”. Esta atividade foi realizada em conjunto com uma enfermeira especialista em saúde mental com formação específica em risoterapia. A risoterapia é uma excelente técnica psicoterapêutica, esta utiliza o riso e o humor para promover a saúde, nomeadamente a saúde mental (Gaona et al., 2018; Videira, 2016). Na literatura encontram-se descritas várias vantagens do riso como a diminuição os níveis de cortisol e promove o aumento das endorfinas; permite a redução da pressão arterial; favorece o relaxamento muscular e diminui a dor (Dolhoff-Kaspar et al., 2012; Mora-Ripoll, 2010). A “sessão do riso” envolve exercícios de riso, de respiração e relaxamento, palmas e emissão de sons semelhantes ao riso (van der Wal & Kok, 2019).

Nesta sessão, apenas participaram 6 das utentes iniciais, uma vez que as restantes tiveram alta. Destas, apenas uma sabia em que consistia a risoterapia. Deste modo, iniciou-se a sessão com a explicação sobre a risoterapia, nomeadamente a sua história e benefícios. De seguida, foi realizada uma atividade de quebra-gelo. Foi pedido a cada uma das utentes que imitasse um animal à sua escolha. Pode observar-se alguma relutância por parte das utentes em participar, tendo dificuldade em iniciar a tarefa proposta. No entanto, esta situação foi ultrapassada conforme as utentes iam começando. Durante a sessão foram realizados exercícios de riso, exercícios de respiração e utilizou-se também a dança como parte da dinâmica.

Apesar de inicialmente ter existido alguma resistência na participação da sessão por parte das utentes, quando questionadas sobre a atividade, referiram que se sentiam “contentes” e “mais calmas e menos ansiosas”.

Tendo em conta que o objetivo para esta sessão era promover a redução da sintomatologia ansiosa, pode-se afirmar que este foi atingido.

Sessão 5 – Avaliação da intervenção psicoeducação

A quinta sessão, e última, teve como objetivo a avaliação de toda a intervenção, que consistiu na avaliação dos conhecimentos das utentes, após intervenção psicoeducacional, tendo-se usado para o efeito um questionário constituído por quatro questões (anexo II). A este questionário responderam apenas cinco das utentes iniciais, uma vez que as restantes tiveram alta no decurso da intervenção. A primeira questão foi feita para avaliar os conhecimentos relativos aos sintomas da ansiedade, sendo solicitado que enumerassem três dos mesmos. Nesta questão todas as participantes conseguiram enumerar corretamente três sintomas inerentes à ansiedade.

A segunda questão estava dividida em duas alíneas onde as utentes tinham que selecionar a resposta correta. Esta questão pretendeu avaliar os conhecimentos relativos à componente fisiológica da ansiedade. Nesta questão houve uma totalidade de respostas certas.

Na terceira questão, foi pedido às utentes que enumerassem três situações potencialmente ansiogénicas. Nesta questão, a totalidade das utentes acertou, o que nos permite afirmar que há facilidade por parte destas em identificar situações potenciadoras de ansiedade.

A quarta questão foi feita para avaliar as estratégias de redução de ansiedade. Novamente foi pedido que enumerassem três estratégias. Ao contrário da questão anterior, nesta houve mais dificuldades. Apenas três das utentes conseguiram enumerar as três situações pedidas, sendo que as restantes duas apresentaram dificuldades só tendo enumerado duas situações. Perante este resultado, posso concluir que uma parte do grupo ainda tem dificuldades em relação à identificação das estratégias de redução de ansiedade, sendo esta a pergunta mais crítica. Se houvesse oportunidade de desenvolver mais sessões, teriam que se dirigir para esta temática de

forma a melhorar os conhecimentos das utentes relativamente às estratégias de redução de ansiedade.

Além deste, foi aplicado outro questionário com sete questões relativas ao impacto da intervenção para as utentes (anexo III). Estas teriam que responder sim ou não, conforme a questão. A primeira questão “Sentes que estas sessões foram importantes para ti?”, todas as participantes responderam que sim. A segunda questão “Sentes que estas sessões te ajudaram a falar dos teus sentimentos?”, quatro das utentes afirmou que sim e uma considerou que as sessões não ajudaram na expressão dos seus sentimentos.

A terceira questão “Sentes que estas sessões te ajudaram a lidar com a ansiedade?”, tinha como objetivo compreender a perspetiva das utentes relativamente à importância das sessões para as ajudarem a lidar com a ansiedade. Novamente quatro das utentes afirmou que sim e uma respondeu que não. Em relação à questão seguinte “Conseguiste identificar estratégias para lidar com a ansiedade, adaptadas ao teu contexto?”, todas responderam que sim. No entanto, quando questionadas se “Já utilizaste alguma das estratégias?”, apenas 3 afirmam já ter utilizado as estratégias aprendidas. A sexta pergunta “Quando tiveres alta do internamento, achas que vais estar melhor preparada para lidar com situações de ansiedade?” houve uma totalidade de respostas positivas.

A sétima e última pergunta “Sentes que estas sessões melhoraram a relação com os outros jovens do internamento?” teve como objetivo perceber se a intervenção em grupo tinha melhorado o relacionamento entre as utentes internadas. A esta pergunta todas as utentes responderam que sim.

Foi evidente o ganho de conhecimentos com esta intervenção, no entanto, houve ganhos secundários como a melhoria da expressão de sentimentos, a melhoria da relação com o grupo e o *empowerment* sentido pelas utentes.

3. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS

Este estágio foi realizado numa unidade de internamento de agudos, no espaço temporal de 21 de novembro a 16 de dezembro e de 20 de março de 2023 a 3 de maio 2023, com um total de 175 horas.

A saúde mental é um elemento basilar do bem-estar das pessoas. Em Portugal, as perturbações mentais, são a maior causa de incapacidade, e corresponde a cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos. No nosso país, as perturbações mentais têm uma prevalência de 22,9%, estimando-se que cerca de 60% deste doentes não têm acesso a cuidados de saúde mental (Almeida et al., 2013).

A nova lei da saúde mental defende que “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada...” (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021, p. 104).

O hospital onde este serviço se encontra, tem como missão garantir à população adulta da sua área geográfica o acesso a cuidados especializados em saúde mental, sendo estes prestados por equipas multidisciplinares qualificadas.

Este serviço tem capacidade para 26 vagas, podendo ser ocupadas por homens ou mulheres. Aqui, encontramos uma grande variedade de patologias, sendo as mais comuns as psicoses, as perturbações neurocognitivas, as perturbações de humor (nomeadamente a depressão, ansiedade e perturbação bipolar), os comportamentos autolesivos (com a presença de ideação suicida) e alterações do comportamento (sendo a maioria deles associada ao consumo de substâncias ilícitas). Numa menor percentagem encontramos também perturbações da personalidade. Nesta unidade de internamento prestam-se cuidados a adultos.

Aqui encontramos dois tipos de internamento, o internamento voluntário e o internamento involuntário. A nova Lei da Saúde Mental define o internamento involuntário como “o tratamento decretado ou confirmado por autoridade judicial, em ambulatório ou em internamento” (Lei n.º 35/2023, 2023, p. 2). Só se pode recorrer a género de internamento se for “...a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito; ...adequado para prevenir ou eliminar uma das situações de perigo previstas...; e proporcional à gravidade da doença mental, ao grau do perigo e à relevância do bem jurídico” (Lei n.º 35/2023, 2023, p. 9). No entanto, este internamento poderá ser permutado para “tratamento em ambulatório logo que aquele deixe de ser a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito” (Lei n.º 35/2023, 2023, p. 12).

Esta modalidade de internamento, apesar de ser controversa, continua a ser uma prática comum. A sua aplicação levanta questões éticas e legais como a liberdade e os direitos humanos. Na prestação de cuidados o enfermeiro deverá respeitá-los. Um parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2018) afirma que “O enfermeiro a prestar cuidados de saúde mental deve premiar a sua atuação pela excelência do exercício do cuidar, respeitando a dignidade humana e atuando no interesse do utente não diferenciando na prestação de cuidados os doentes admitidos voluntariamente ou compulsivamente, que ficam internados nas mesmas unidades. ” (Parecer n.º 3/2018, 2018, p. 1).

Constatou-se que a presença do diagnóstico de enfermagem “ansiedade” está muitas vezes em associação com o diagnóstico de “humor depressivo”. Devido a esse motivo, direcionou-se o projeto para utentes que tivessem concomitantemente o diagnóstico de enfermagem “ansiedade” e de “humor depressivo”.

Neste contexto foi necessária a aplicação de escalas, não só com o objetivo de formular um diagnóstico, mas também como forma de medir o progresso e ajudar a estruturar as intervenções (Morgado, 2021).

Para este projeto, foram selecionadas a Escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung (Ponciano et al., 1982; Mendes, 2010) e o Indicador NOC: Autocontrolo da ansiedade (Sampaio et al., 2017).

A Escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung, é uma escala de autoavaliação que permite avaliar o grau de ansiedade possibilitando, adicionalmente, obter informações relativas a quatro componentes da mesma: cognitiva, vegetativa, motora e do sistema nervoso central (Bobrowicz-Campos et al., 2017; Ponciano et al., 1982).

Esta escala consiste em 20 itens que indicam sintomas, dos quais a pessoa deve avaliar para cada um deles, escolhendo uma das quatro opções aquele que melhor se adequa a si: “nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo”, “a maior parte ou totalidade do tempo”. A cada uma das opções é atribuída uma pontuação que vai desde 1 a 4, do menos para o mais ansioso, respetivamente. Assim, quanto mais ansiosa estiver a pessoa maior pontuação obtêm na escala. A classificação da escala varia entre 20 e 80, sendo que, dividindo a pontuação obtida pelo valor máximo possível, obtêm-se um índice que representa o grau de ansiedade (Mendes, 2010). Esta escala avalia 4 componentes da ansiedade: cognitivo, motor, vegetativo e sistema nervoso central (Ponciano et al., 1982). A componente cognitiva é constituída pelas primeiras cinco afirmações (p.e. “Sinto-me mais nervoso e ansioso do que do costume”), a componente motora pelas quatro seguintes (p.e. “Sinto os braços e as pernas a tremer”), a componente vegetativa pelas nove seguintes (p.e. “Sinto o meu coração a bater depressa demais”), e o sistema nervoso central as restantes (p.e. “Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite”) (Mendes, 2010). A linha de corte de significado clínico situa-se no valor 37 (Ponciano et al., 1982).

Em Portugal, não existe, um instrumento desenvolvido por enfermeiros para avaliar o nível de ansiedade dos utentes. Para além disso, também não existem instrumentos de avaliação do autocontrolo da ansiedade validados para a população portuguesa. Como tal., Sampaio et al. (2017), validaram o resultado Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) – autocontrolo da ansiedade para a esta população (Sampaio et al., 2017).

O resultado NOC – autocontrolo da ansiedade, é um instrumento composto por 17 indicadores e é utilizado para medir a capacidade de controlar a ansiedade. Cada indicador pode ter uma pontuação que vai de 1 a 5, sendo a pontuação mínima de 17 e a máxima de 85. Quanto maior for o score, maior é a capacidade de autocontrolo da ansiedade (Sampaio et al., 2017).

A ansiedade e o humor depressivo

A ansiedade e o humor depressivo são das perturbações psiquiátricas mais prevalentes e estão, na maioria das vezes relacionadas. Estudos demonstram que estas perturbações são moderadamente hereditárias, aproximadamente 40%. Podem ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento, no entanto, as perturbações de ansiedade iniciam normalmente durante a

pré-adolescência e o início da adolescência e a perturbação depressiva tende a surgir durante a adolescência ou início da idade adulta (Kalin, 2020).

O humor é definido por um estado emocional, prolongado no tempo, que tem influência a personalidade e a forma de um indivíduo estar na vida (Claro, 2014).

O humor depressivo caracteriza-se essencialmente pela presença de tristeza, anedonia e diminuição da energia. No entanto, esta também pode ser manifestada através de sintomas ansiosos (Serra, 2014).

Este é resultado de uma interação entre fatores biológico, psicológicos e sociais. A vivência eventos de vida adversos (p.e desemprego, luto, trauma) aumenta a probabilidade de desenvolver humor depressivo. Este humor, pode criar stress e disfuncionalidade na vida da pessoa, motivo pelo qual a pessoa necessita de ajuda especializada (Claro, 2014).

A evidência científica demonstra que o humor depressivo e a ansiedade estão muitas vezes relacionados. Existem autores que defendem que a ansiedade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de humor depressivo (Potvin et al., 2013; Sousa, 2014). No entanto, a ansiedade, também pode ser uma forma de manifestação do humor depressivo.

A coexistência de ansiedade e humor depressivo deve ser avaliada regularmente, uma vez que há a um risco aumentado de gravidade e prejuízo funcional. Nestes casos, poderá haver um aumento do risco suicido e de comportamentos autolesivos (Morgado, 2021).

Avaliação inicial

Na avaliação inicial, pretendeu-se identificar os domínios mais prevalentes neste serviço, sendo os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes: autoconceito comprometido, humor depressivo, ansiedade, delírio, comportamento autodestrutivo, comportamento aditivo (em maior prevalência o abuso de drogas).

Na fase inicial do estágio efetuou-se um levantamento dos utentes internados que tivessem identificado o diagnóstico de enfermagem “humor depressivo”, sendo selecionados cinco utentes.

Além do diagnóstico de enfermagem a cima mencionado, para integrar a intervenção, os utentes teriam que ter os seguintes critérios de inclusão:

- Insight mantido;
- Cognição preservada;
- Score na Escala de Zung > 37;
- Volição e aceitação da participação.

Como critérios de exclusão:

- Falta de insight;
- Alteração da cognição;
- Sem volição para participar na intervenção.

Seguidamente à realização do levantamento dos utentes com diagnóstico de enfermagem humor depressivo, realizaram-se entrevistas clínicas a todos eles com o objetivo de colher dados de forma a compreender se os utentes cumpriam os critérios de inclusão para participar na intervenção. Das cinco entrevistas realizadas, dois dos utentes não foram selecionados pois apresentam um score <37 na escala de ansiedade; outro teve alta no dia seguinte à entrevista, pelo que deixou de ser elegível para a intervenção; outro utente aquando da assinatura do consentimento recusou a participação.

Foi então selecionada uma utente do sexo feminino, de 50, com o diagnóstico de perturbação bipolar tipo II (PB II), com internamento voluntário por episódio depressivo. É casada e vive com o marido e filha. Foi diagnosticada com PB II, aos 30 anos. Desde essa altura que manteve acompanhamento em psiquiatria, tendo tido vários internamentos ao longo da sua vida.

Intervenção

Associado à ansiedade, temos sempre um problema de autocontrolo (Sequeira & Sampaio, 2020). O ICN define autocontrolo como uma volição com as seguintes características “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e atividades de vida” (ICN, 2016, p. 41). Devido a isto, procedeu-se à avaliação do autocontrolo da ansiedade através da

aplicação do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade. Após a aplicação deste indicador podemos concluir que existe uma falta de conhecimento sobre a ansiedade, sobre as estratégias de redução de ansiedade e sobre estratégias de relaxamento.

Neste sentido, foi selecionada a intervenção psicoeducacional. Esta foi planeada para cinco sessões (anexo IV).

Sessão 1 – Avaliação de Conhecimentos

A primeira sessão teve como principal objetivo avaliar os conhecimentos da utente relativos à ansiedade. Para tal, foi utilizado um questionário com quatro questões relacionadas com a ansiedade (anexo V). A primeira questão consistia em responder verdadeiro ou falso às seguintes afirmações: “A ansiedade é uma emoção”; “Perante uma situação de ansiedade, devemos parar e respirar fundo”; “Quando estamos ansiosos sentimo-nos inquietos, a tremer e com dores de barriga”; “Estar preparado para as situações pode ajudar a diminuir a ansiedade”; “Praticar exercício físico pode ajudar a controlar a nossa ansiedade”; “Uma estratégia para reduzir a ansiedade é ficar sempre a ruminar no motivo que nos está a deixar ansiosos”. Nesta questão teve apenas uma resposta correta.

A segunda questão consistia em selecionar a resposta certa entre várias afirmações. A esta questão respondeu corretamente a duas de três afirmações.

As respostas a este questionário vão de encontro aos resultados do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade. A utente revela falta de conhecimentos sobre a ansiedade, sobre estratégias de redução de ansiedade e sobre fatores concorrentes para ansiedade.

Sessão 2 – A ansiedade

A segunda sessão teve como principal objetivo aumentar os conhecimentos da utente relativamente à ansiedade, auxiliando-a no reconhecimento esta emoção. Iniciou-se a intervenção por abordar geral sobre as emoções e sendo depois direcionada para a emoção

ansiedade. Relativamente a esta abordaram-se os sinais e sintomas da ansiedade (emocionais, cognitivos, físicos e comportamentais); e abordaram-se os fatores concorrentes.

Foi pedido à utente que realizasse um trabalho até à sessão seguinte. Este consistiu em preencher uma tabela com três colunas (anexo VI). Na primeira coluna a utente tinha que identificar situações de ansiedade que ocorressem no tempo decorrido até à segunda sessão. Na segunda coluna tinha que identificar quais as estratégias utilizadas para diminuir a ansiedade e na terceira identificar se as estratégias utilizadas foram eficazes.

Durante a sessão a utente manteve uma postura adequada, esteve atenta e foi colocando várias questões sobre o tema abordado.

Sessão 3 – Estratégias de redução de ansiedade

A terceira sessão iniciou pela análise da tarefa pedida na sessão anterior. A utente identificou momentos de ansiedade, mas demonstrou dificuldade em identificar estratégias para redução da mesma.

Neste sentido, a terceira sessão foi direcionada para o ensino de estratégias de redução de ansiedade de forma: a técnica do cubo de gelo; a importância da partilha de emoções; o poder do abraço; a importância de “alimentar bons pensamentos”; a relevância de planejar o dia-a-dia; e a importância do *hobbie*. Neste sentido, foi entregue um *flyer* sobre as estratégias de redução de ansiedade abordadas (anexo VII).

Foi pedido à utente que até à próxima sessão, continuasse o preenchimento da tabela da sessão anterior e que tentasse colocar em prática as estratégias ensinadas nesta sessão.

Mais uma vez, a utente manteve uma postura adequada e participativa, demonstrando interesse durante toda a sessão.

Sessão 4 – Relaxamento

Esta sessão teve início pela análise da tarefa pedida na sessão anterior. A utente manteve a facilidade na identificação de momentos causadores de ansiedade e já demonstrou competências na identificação de estratégias de redução de ansiedade. Admite nem sempre ter conseguido utilizar algumas das estratégias devido a fatores do internamento.

A quarta sessão tinha como objetivo principal instruir e treinar a técnica de respiração diafragmática. Esta técnica faz parte de um conjunto de exercícios respiratórios que têm como objetivo a regulação do sistema nervoso autónomo. A respiração diafragmática treina a utilização do músculo do diafragma durante a respiração. A literatura refere que existem diversos benefícios na utilização desta técnica, entre os quais destaco: regulação do sistema nervoso parassimpático; melhorias da função pulmonar; melhorias da tensão arterial; melhorias na função digestiva; melhorias do padrão do sono e consequentemente melhoria da qualidade de vida (Neto, 2011).

Iniciou-se a intervenção por explicar os benefícios desta técnica. De seguida, demonstrou-se a técnica. Após a demonstração, procedeu-se à avaliação da frequência cardíaca (FC) e a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) tendo sido obtidos os seguintes resultados: FC de 104 bpm e SpO₂ de 97% a ar ambiente.

De seguida, pediu-se à utente que se deitasse confortavelmente no colchão. Instruiu-se a colocar uma das mãos na região torácica e outra na região abdominal e a respirar. Colocou-se uma música ambiente com som do mar, sons que segundo a utente a relaxam. Posteriormente pediu-se que se focasse no movimento do abdómen durante a respiração. Solicitou-se à utente que inspirasse durante quatro segundos, suste-se a respiração durante dois segundos e expirasse durante seis segundos.

Após esta técnica reavaliou-se a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio tendo sido obtidos os seguintes resultados: FC: 96 bpm e SpO₂ de 98% a ar ambiente. Se comparamos os valores obtidos no pré-intervenção e na pós-intervenção, podemos constatar que houve uma diminuição dos batimentos cardíacos e uma melhoria da saturação periférica de oxigénio. Além disto, questionou-se à utente como se sentia, esta respondeu “tranquila e serena”.

Sessão 5 – Avaliação da psicoeducação

É nesta fase que surge a avaliação. Aqui pretende-se avaliar tanto os resultados obtidos como a avaliação do projeto psicoeducacional do ponto de vista da utente. Para avaliar os resultados obtidos, estabeleceram-se indicadores de resultado para o conhecimento sobre a ansiedade e o nível de ansiedade.

Para avaliar o nível de conhecimento, utilizou-se o questionário de avaliação de conhecimento aplicado na primeira sessão (anexo V). Como já referido anteriormente, a primeira questão, que integrava um conjunto de seis afirmações, consistia em identificar se estas eram verdadeiras ou falsas. A utente respondeu corretamente a quatro destas questões.

A segunda questão, integrava três grupos de afirmações nos quais tinha que se selecionar a afirmação verdadeira. A utente identificou corretamente todas as opções.

No quadro 1 apresentam-se resultados da avaliação inicial e final relativa ao indicador conhecimento.

Quadro 1: Resultados da avaliação inicial e final relativamente ao indicador conhecimento

Questão	Resultado da avaliação inicial relativamente ao indicador conhecimento	Resultado da avaliação final relativamente ao indicador conhecimento
1	Selecionou corretamente 1 afirmação num total de 6	Selecionou corretamente 4 afirmações num total de 6
2	Selecionou corretamente 2 afirmações num total de 3	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3

Se comparamos os resultados da primeira com a última sessão, podemos afirmar que houve ganhos a nível do conhecimento, pois na avaliação final houve um maior número de afirmações corretas.

Para avaliação do nível de ansiedade foi aplicada novamente a Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung. Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da avaliação inicial e da avaliação final relativamente à aplicação da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung.

Tabela 1: Aplicação da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung: score obtido na avaliação inicial e final

Score da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung na avaliação inicial	Score da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung na avaliação final
50	44

O score na Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung na avaliação final foi de 44. Segundo a evidência, este score corresponde a um nível de ansiedade moderado, no entanto, se comparamos com o resultado da avaliação inicial constatamos que houve uma diminuição do score, ou seja, houve diminuição da ansiedade.

Se analisarmos a escala os resultados obtidos nesta escala, podemos compreender que houve uma diminuição do tempo em que a utente se encontra com ansiedade e uma redução significativa dos sintomas físicos.

Para avaliação do indicador de autocontrolo da ansiedade, utilizou-se o indicador NOC: autocontrolo da ansiedade. Relativamente a este indicador, verificou-se um aumento do score de 39 para 51. Segundo a evidência existente, quanto maior o score, maior é a capacidade de autocontrolo da ansiedade (Sampaio et al., 2017).

Tabela 2: Aplicação do Indicador NOC: Autocontrolo da ansiedade score obtido na avaliação inicial e final

Score do Indicador NOC: autocontrolo da ansiedade na avaliação inicial	Score do Indicador NOC: autocontrolo da ansiedade na avaliação final
39	51

Ao analisar o indicador podemos constatar que além da melhoria do score, houve também melhoria de competências a nível de: monitorização da ansiedade, da capacidade de diminuição dos estímulos do meio quando se encontra ansiosa, melhoria do planeamento de estratégias

para situações stressantes e melhoria na utilização de estratégias para a redução da ansiedade e aumento do controle desta emoção.

Através deste indicador, conseguimos verificar que os resultados deste vai ao encontro dos obtidos na Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung, uma vez que existe a diminuição da duração dos episódios de ansiedade e também diminuição da sintomatologia física da ansiedade. Este indicador permitiu compreender que não houve redução da sintomatologia comportamental, pelo que seria importante continuar a trabalhar este aspeto.

4. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE COMUNIDADE

A nível comunitário, o estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), no espaço temporal de 3 a 20 de janeiro de 2023 e de 8 de maio a 13 de julho 2023, com um total de 175 horas.

Esta UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, sendo a sua grande força de trabalho, os enfermeiros, nomeadamente os especialistas. Deste contexto, destaco a diversidade de especialidades em enfermagem, que trabalham em conjunto, complementando-se.

A equipa de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) tem uma intervenção centrada na pessoa, respetiva família e na comunidade em que se insere, ocorrendo ao longo de todo o ciclo vital e de acordo com as necessidades de cuidados. Estão integrados em vários projetos que vão desde a intervenção na parentalidade, na saúde escolar, na pessoa com doença mental, no idoso com e nos cuidadores.

A comunidade onde esta unidade está inserida, caracteriza-se por ser bastante envelhecida e com baixos níveis de literacia, sendo que os grandes problemas de saúde mental são as demências e os comportamentos aditivos.

Como referido anteriormente, a equipa EESMP, tem um projeto direcionado para os cuidadores. Neste âmbito, têm intervenções destinadas tanto para os cuidadores informais como para os cuidadores formais. Foi-me proposta a participação neste projeto, tendo como alvo de cuidados as cuidadoras formais de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que prestam cuidados em contexto domiciliário e em centro de dia. No entanto, também era do meu interesse estudar esta população específica uma vez que estes são muitas vezes esquecidos, sendo a grande maioria dos projetos e intervenções direcionadas para o cuidador informal.

A ansiedade nos cuidadores formais

Quando falamos em cuidador formal, estamos a referir-nos a um profissional, que em contexto domiciliário e/ou institucional presta um cuidado. Este profissional é devidamente qualificado e tem uma preparação específica para desempenhar esse papel. Como está integrado no âmbito de uma atividade profissional é remunerado (Falcão et al., 2020).

O cuidar do outro, nomeadamente de pessoas idosas, trás consigo desafios, sendo esta uma tarefa difícil e complexa. Estes prestadores de cuidados têm um grande risco de desenvolver doenças, sejam elas do foro físico ou mental (Moustafa & Moustafa, 2018). Estudos têm demonstrado que cuidadores formais têm altos níveis de stress o que leva a alterações na sua saúde mental, nomeadamente ao desenvolvimento de a ansiedade e de perturbações de humor, como a depressão (Falcão et al., 2020; Filipe et al., 2020; Guerra et al., 2019; Pérez-Cruz et al., 2019).

Um estudo realizado em 2019, veio demonstrar a importância de intervir junto dos cuidadores formais, de forma a dar resposta às suas necessidades. Esta intervenção garante a redução de quadros depressivos, ansiedade e stress. Quanto melhor estiverem os cuidadores, melhores cuidados serão prestados aos idosos (Martins et al., 2019).

Avaliação inicial

Na avaliação inicial, pretendeu-se identificar os domínios mais prevalentes neste contexto, sendo os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes: ansiedade, comportamento autodestrutivo, comportamento aditivo (em maior prevalência o abuso de drogas) e memória comprometida.

Para participar na intervenção era necessário que as cuidadoras possuíssem os seguintes critérios de inclusão:

- Insight mantido;
- Cognição preservada;
- Score na Escala de Zung > 37;
- Volição e aceitação da participação.

Como critérios de exclusão:

- Falta de insight;
- Alteração da cognição;
- Sem volição para participar na intervenção.

Iniciou-se a avaliação inicial por aplicar a Escala de Ansiedade de Zung (Ponciano et al., 1982; Mendes, 2010). Esta escala foi aplicada ao grupo de cuidadoras formais da instituição, tendo participado nove cuidadoras. Após a aplicação da escala, foram elegíveis cinco participantes.

A amostra é constituída por cinco elementos do sexo feminino. A média de idades é de 48,8 anos, sendo que a mais velha tem 61 e a mais nova 40. Relativamente ao estado civil 40% (n=2) eram solteiras, 20% (n=1) encontravam-se em união de facto e 20% (n=1) era viúva. Todas as participantes tinham filhos, sendo que 60% (n=3) tinham um filho e as restantes 40% (n=2) tinham dois filhos. No que diz respeito ao nível de escolaridade 60% (n=3) estudaram até ao 9.º ano, 20% (n=1) estudou até ao 12.º ano e 20% (n=1) até ao 6.º ano. Relativamente ao número de anos na profissão, 60% (n=3) trabalhava nesta área há mais de 20 anos, 20% (n=1), há 10 anos e 20% (n=1) há menos de 10 anos.

A fase seguinte consistiu na aplicação de um questionário (anexo V) para identificar o conhecimento das participantes relativamente à ansiedade. A primeira questão consistia em identificar afirmações como verdadeiras ou falsas. A esta questão houve 40% de respostas corretas. As afirmações com mais respostas erradas foram: “A ansiedade é uma emoção”, “Praticar exercício físico pode ajudar a controlar a nossa ansiedade” e “Estar preparado para as situações pode ajudar a diminuir a ansiedade”. A segunda questão consistia em selecionar a afirmação certa, entre várias afirmações. Nenhuma das participantes acertou nas três alíneas, sendo que apenas uma acertou em duas.

Ao analisar o questionário percebeu-se que existe uma lacuna no que diz respeito ao conhecimento sobre ansiedade, nomeadamente na identificação dos sintomas de ansiedade e nas estratégias de redução de ansiedade.

Intervenção

Pretendeu-se então dar resposta aos diagnósticos de enfermagem “ansiedade” e “conhecimento diminuído”. Para esta tal, foi selecionada a intervenção psicoeducacional, uma vez que o objetivo é aumentar os conhecimentos sobre a ansiedade.

Tendo em conta os resultados dos questionários, foi realizado o planeamento da intervenção (anexo IX).

Sessão 1 – O desenvolvimento da relação terapêutica

Na sessão de avaliação, o grupo mostrou alguma resistência à participação, sendo pouco comunicativas e demonstrando alguma desconfiança. Devido a esta dificuldade inicial, a primeira sessão teve como principal objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica. Na intervenção terapêutica, o desenvolvimento de um ambiente positivo, associado a emoções prazerosas, aumenta a motivação da sua participação e conseqüentemente, a motivação para atingir os objetivos propostos (Catalão, 2013).

Para tal selecionou-se uma técnica, amplamente utilizada na saúde mental positiva, a técnica do espelho (Teixeira, 2020). Foi pedido a cada uma das participantes que se sentasse de forma dispersa pela sala e fechasse os olhos. De seguida, foi entregue um chapéu com um espelho no fundo a cada uma das participantes. Ao receber o chapéu era colocada a pergunta “retirava o chapéu à pessoa que está no fundo do espelho” e de seguida “porquê?”. Os resultados foram muito positivos. Todas responderam que tiravam o chapéu e conseguiam reconhecer aspetos positivos. A nível de relatos, a maioria utilizou as palavras “forte”, “lutadora”, “trabalhadora”. Esta atividade permitiu trabalhar a autoestima e a expressão de sentimentos positivos. Inicialmente, estava bastante apreensiva com esta sessão, pois como dito anteriormente, tinha sentido desinteresse por parte do grupo. No entanto, esta atividade surpreendeu pela positiva. Além de reforçar a autoestima do grupo, foi também um excelente quebra-gelo, facilitando o desenvolvimento da relação terapêutica.

Sessão 2 – A ansiedade

A segunda sessão foi maioritariamente educativa, sendo o tema principal a ansiedade. Nesta sessão, foram feitas várias questões sobre a ansiedade e temas relacionados. Ao contrário da sessão anterior, nesta mantiveram uma postura tranquila e participativa. As cuidadoras têm conhecimento sobre a ansiedade, conseguem identificar vários momentos ansiogénicos no seu quotidiano. No entanto, relatam dificuldades em lidar com esta emoção. Isto vai de encontro à informação recolhida na colheita de dados.

Sessão 3 – Estratégias de relaxamento

A terceira sessão teve como objetivo capacitar o grupo de estratégias de relaxamento, para que num momento de ansiedade, as possam utilizar. Foi pedido ao grupo que se sentasse confortavelmente. Antes de iniciar a atividade foi monitorizada a frequência cardíaca (FC) e a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Tabela 3 - Resultados da FC e SpO₂ antes da intervenção

Participantes	Frequência Cardíaca	SpO ₂
1	105 bpm	95%
2	86 bpm	97%
3	69 bpm	97%
4	110 bpm	98%
5	83 bpm	95%

Entretanto, foi feita a instrução da técnica de respiração diafragmática (Vieira et al., 2018). De seguida, foi colocada uma música sobre sons do mar, uma vez que associam estes sons a tranquilidade e pedido que iniciassem a técnica ensinada anteriormente. Após o término, foram reavaliadas a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Tabela 4 - Resultados da FC e SpO2 após a intervenção

Participantes	Frequência Cardíaca	SpO ₂
1	86 bpm	96%
2	98 bpm	97%
3	66 bpm	98%
4	97 bpm	98%
5	76 bpm	96%

Para 80% (n=4) das participantes a técnica da respiração foi eficaz. Referiram sentir-se mais calmas e relaxadas. No entanto, uma das participantes (20%) referiu que teve dificuldades em realizar a técnica e começou a sentir-se irritada. Isto levou a um aumento da frequência cardíaca.

Sessão 4 – Estratégias de redução de ansiedade

A quarta sessão teve como objetivo trabalhar as estratégias de redução de ansiedade. Partindo das necessidades que as próprias utentes referenciaram ao longo das sessões, foram selecionadas situações precipitadoras de ansiedade. Para esta sessão, foram divididas em pequenos grupos. A cada grupo foi dada uma situação causadora de ansiedade. Em grupo, pediu-se para analisarem a situação e identificarem quais as estratégias que usariam para lidar com ela. De seguida, os casos foram apresentados aos restantes grupos e discutidos em conjunto. Em dois dos grupos as situações eram do âmbito profissional e num dos grupos a situação era referente ao dia-a-dia familiar. A sessão decorreu de forma tranquila. As cuidadoras foram participativas e conseguiram trabalhar em grupo. Identificaram várias estratégias de redução de ansiedade. Quando questionadas sobre a sessão referem que “foi muito importante”.

Sessão 5 – Avaliação

É nesta fase que surge a avaliação. Aqui pretende-se avaliar tanto os resultados obtidos como a avaliação do projeto psicoeducacional do ponto de vista das participantes. Para avaliar os resultados obtidos, estabeleceram-se indicadores de resultado para o conhecimento sobre a ansiedade e o nível de ansiedade.

Para avaliar o nível de conhecimento, utilizou-se o questionário de avaliação de conhecimento aplicado na primeira sessão (anexo V). Como já referido anteriormente, a primeira questão, que integrava um conjunto de seis afirmações, consistia em identificar se estas eram verdadeiras ou falsas. A utente respondeu corretamente a quatro destas questões.

A segunda questão, integrava três grupos de afirmações nos quais tinha que se selecionar a afirmação verdadeira. A utente identificou corretamente todas as opções.

No quadro 2 apresentam-se resultados da avaliação inicial e final relativa ao indicador conhecimento.

Quadro 2: Resultados da avaliação inicial e final relativamente ao indicador conhecimento

Participante	Questão	Resultado da avaliação inicial relativamente ao indicador conhecimento	Resultado da avaliação final relativamente ao indicador conhecimento
1	1	Selecionou corretamente 3 afirmação num total de 6	Selecionou corretamente 5 afirmações num total de 6
	2	Selecionou corretamente 2 afirmações num total de 3	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3
2	1	Selecionou corretamente 5 afirmação num total de 6	Selecionou corretamente 5 afirmações num total de 6
	2	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3
3	1	Selecionou corretamente 2 afirmação num total de 6	Selecionou corretamente 5 afirmações num total de 6

	2	Selecionou corretamente 2 afirmações num total de 3	Selecionou corretamente 2 afirmações num total de 3
4	1	Selecionou corretamente 5 afirmação num total de 6	Selecionou corretamente 6 afirmações num total de 6
	2	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3
5	1	Selecionou corretamente 3 afirmação num total de 6	Selecionou corretamente 6 afirmações num total de 6
	2	Selecionou corretamente 1 afirmações num total de 3	Selecionou corretamente 3 afirmações num total de 3

Se comparamos os resultados da primeira com a última sessão, podemos afirmar que houve ganhos a nível do conhecimento, pois na avaliação final houve um maior número de afirmações corretas.

Para avaliação do nível de ansiedade foi aplicada novamente a Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano et al., 1982; Mendes, 2010). Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da avaliação inicial e da avaliação final relativamente à aplicação da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano et al., 1982; Mendes, 2010).

Tabela 5: Aplicação da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung: score obtido na avaliação inicial e final

Participante	Score da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung na avaliação inicial	Score da Escala de auto-avaliação da Ansiedade de Zung na avaliação final
	inicial	final
1	38	32
2	44	38
3	50	41
4	39	35
5	47	41

Comparando os resultados da avaliação inicial com a final, constatamos que houve diminuição do score, ou seja, houve diminuição da ansiedade em todas as participantes. Um duas das

cuidadoras obteve-se um score <37. Isto significa que o seu nível de ansiedade diminuiu, passando a ser uma ansiedade considerada normal. As restantes três, apesar da diminuição de score, estão ainda em um nível de ansiedade que beneficia da continuação da intervenção do enfermeiro especialista.

No entanto, foi também aplicado um questionário (anexo IX) para perceber o significado atribuído à intervenção pelas cuidadoras. Como as respostas percebemos que 80% das participantes considera que a participação na intervenção teve impacto na sua saúde mental, no entanto, 20% considera que não teve impacto na sua saúde mental. Todas as participantes consideraram que as estratégias de redução de ansiedade que foram ensinadas podem contribuir para a diminuição da sua ansiedade, no entanto, apenas 40% afirma já as ter utilizado. Todas as participantes afirmaram que conteúdos abordados na intervenção são pertinentes para a sua atividade profissional e pessoal, sendo que 80% confirmaram que houve melhorias entre as relações com os pares. Todas têm interesse em voltar a participar em intervenções no âmbito da saúde mental.

Este questionário permite-nos identificar outros ganhos, entre os quais destaco *empowerment*, a melhoria da relação de pares em contexto laboral.

5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de enfermagem assumem-se como sendo cada vez mais complexos, o que os torna mais exigentes tecnicamente e cientificamente. Isto exige dos enfermeiros uma maior diferenciação e especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O enfermeiro especialista (EE) é aquele que detém um conjunto de competências comuns e específicas da sua especialidade. Entende-se por competência comum aquela que “são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Já as competências específicas “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Ao longo deste capítulo, irá ser feita uma reflexão sobre o processo de aquisição destas competências.

5.1 Aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista

A OE caracteriza o EE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4744).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) clarifica este conceito, afirmando que o “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela Ordem” (REPE, 1996, p.3).

Independentemente da sua área de especialidade, os EE, tem um conjunto de competências em comum, que são necessárias adquirir. Estas “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4744).

Portanto, o EE é aquele que tem as competências e habilidades para prestar cuidados especializados. Para a obtenção do título de especialista, é necessária a aquisição de um conjunto de competências comuns e específicas.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Esta competência diz respeito à capacidade do EE para “demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4746).

É impossível falar a respeito desta competência, sem abordar a deontologia profissional em enfermagem. A deontologia é um conjunto de deveres e regras de natureza ética. Neste caso, a deontologia profissional em enfermagem, é um conjunto de regras e princípios que norteiam a profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo a deontologia, devemos regular prática profissional, promovendo a liberdade e a dignidade da pessoa humana (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Através da história da psiquiatria, temos conhecimento que a pessoa portadora de doença mental, nem sempre foi digna destes cuidados. Atualmente continuamos com algumas questões éticas e deontológicas difíceis nesta área da saúde uma vez, que muitos dos utentes não têm capacidade para decidir por si. Isto deixa-os numa situação de vulnerabilidade e fragilidade que pode facilmente levar a situações de estigmatização e negligência. O EESMP é um profissional habilitado para detetar situações de fragilidade, devido aos seus conhecimentos e competências.

Isto remeto-nos para a importância da tomada de decisão do enfermeiro na área da saúde mental. A tomada de decisão é descrita pelo regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais como “orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (OE, 2011, p. 5-6).

A tomada de decisão é então, o culminar de um processo cognitivo complexo. Este processo produz um comportamento, através de uma sequência de etapas sistemáticas, baseadas no conhecimento teórico, prático, organizacional e ético do enfermeiro (Dias & Lopes, 2010; Macedo et al., 2015). Este processo é fundamental para a seleção de intervenções a implementar (Silva, 2011).

Como já referido anteriormente, na saúde mental há a necessidade de resolução de problemas complexos que envolvem muitas das vezes dilemas éticos. Tomar decisões nestas condições exige ao enfermeiro uma capacidade de reflexão, de pensamento crítico e de conhecimentos teóricos e práticos. Nestas alturas, o conhecimento do código deontológico é fundamental para

tomar uma decisão que vá de encontro à “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 5).

Após o processo de tomada de decisão e implementação das intervenções, há a necessidade do enfermeiro avaliar os resultados deste processo, devendo este ser apresentado à restante equipa de forma a partilhar os resultados.

Ao longo dos estágios procurei basear a minha prática no cumprimento de todas as diretivas éticas, deontológicas e legais associadas à profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma, salvaguardei a confidencialidade e privacidade de todos aqueles com quem me deparei ao longo deste percurso. Como já foi referido anteriormente, a tomada de decisão em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem muitas vezes características que a tornam mais complexa, desta forma, todas as dificuldades que foram surgindo no processo de tomada de decisões foram sempre discutidas com os enfermeiros especialistas dos serviços onde foram realizados os estágios. Isto permitiu-me desenvolver e melhorar as minhas competências. Por estes motivos considero que esta competência foi adquirida.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Esta competência refere-se ao papel do enfermeiro como parte integrante no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da governação clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A qualidade em saúde tem vindo a evoluir, sendo atualmente considerada um requisito basilar na gestão das organizações de saúde (Mendes, 2012). A qualidade aplicada à saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551). A nível da qualidade dos cuidados de enfermagem, existe um referencial criado pela OE que orienta o exercício profissional. Este documento defende que “criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária. (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 6). O EE deve ter um papel ativo a nível institucional, promovendo a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Devido aos seus conhecimentos e competências, estes têm um papel fundamental na criação e desenvolvimento de projetos que tenham como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem,

e conseqüentemente, na qualidade da saúde. O enfermeiro deve incorporar na sua prática a avaliação da “qualidade das suas práticas clínicas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745) através do uso “da evidência científica (...) indicadores (...) e instrumentos adequados”, analisando “os resultados da avaliação efetuada” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Nas unidades de saúde, existem programas de melhoria contínua da qualidade, sendo realizadas auditorias internas. Estas têm ganho terreno na área da saúde uma que são utilizadas como ferramentas de apoio no controlo financeiro e na gestão de organizações (Serra et al., 2022). Na enfermagem, as auditorias têm como objetivo a recolha de dados, de forma a confirmar processos e avaliar se existem necessidades corretivas, propondo soluções. É também aqui que se avalia a qualidade dos cuidados prestados (Serra et al., 2022).

O EE, devido aos seus conhecimentos e competências, assume uma função privilegiada para fazer parte dos auditores, podendo “identificar oportunidades de melhoria”, “estabelecer prioridades de melhoria”, “selecionar estratégias de melhoria”, “agilizar a elaboração de guias orientadores de boas práticas” e “fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

No sentido de dar resposta a esta unidade de competência, em todos os contextos de estágio foram consultadas as normas e procedimentos. Aproveitaram-se os momentos de reflexão com os orientadores para sugerir possíveis melhorias.

Como foi sendo relatado ao longo deste relatório, tive oportunidade de conhecer e participar em vários projetos de EE. Alguns deles, já com resultados que demonstram a qualidade dos cuidados e a importância da sua implementação para a melhoria da saúde das populações.

Esta competência enfatiza também, a importância de haver um ambiente terapêutico e seguro de forma a promover a efetividade terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A segurança onde decorre a relação terapêutica é um indicador da qualidade dos cuidados. Esta constitui uma das componentes fundamentais da Lei de Bases da Saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Esta lei determina que “as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 96).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, o contexto e as condições onde são prestados os cuidados de saúde condicionam a segurança dos mesmos (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Na prática profissional, o EE, é muitas vezes requisitado para realizar tarefas relacionadas com a gestão de risco. Este deve aplicar métodos de controlo e monitorização que deverão ser sempre alvo de avaliação. Esta deve ter em conta todas as vertentes da prestação de cuidados, promovendo uma cultura de segurança. Neste processo de melhoria contínua da qualidade, as situações de risco devem ser registadas, monitorizadas e avaliadas.

Devido aos seus conhecimentos especializados, o EE, tem também como função a supervisão dos pares e outros profissionais (p.e. assistentes operacionais) de forma a garantir que haja o cumprimento das normas de gestão de risco.

Ao longo dos estágios, foram realizadas diversas intervenções de enfermagem sempre alicerçadas na avaliação da qualidade dos resultados obtidos, tal como preconizado pelos padrões de qualidade em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Considero que esta competência foi atingida, contudo no diz respeito à unidade de competência “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747), entendo que tem que haver um investimento contínuo na colaboração da conceção e operacionalização dos projetos institucionais de qualidade e, conseqüentemente, na sua disseminação.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

A presente competência refere-se à gestão dos cuidados de enfermagem realizados pelo EE, que visam melhorar “a resposta da enfermagem e da equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). O EE faz parte de uma equipa multidisciplinar, e tem um papel importante da “colaboração das decisões da equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Este otimiza o “processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748) e além de colaborar no processo de tomada de decisão dos cuidados aos utentes, colabora também na tomada de decisão no que diz respeito à gestão dos vários recursos do serviço onde está inserido. De forma a dar uma resposta adequada, deverá ter conhecimentos que o permitam responder de forma adequada às situações da prática.

Esta competência concede ao especialista a capacidade de delegar mas supervisionando as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Segundo o REPE “Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, p. 5). A delegação de tarefas não pode, em momento algum, comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Como tal, o enfermeiro deverá orientar “a decisão relativa às tarefas a delegar”, proceder à criação “de linhas orientadoras das tarefas a delegar” devendo para isso utilizar “uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração das práticas a delegar” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748). Estas tarefas devem ser sempre alvo de avaliação por parte dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na gestão dos cuidados, o EE, deverá adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, assumindo um papel fundamental na otimização “do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Atualmente, um dos grandes desafios da gestão dos recursos humanos, relaciona-se com as dotações seguras de enfermagem. Estas dificuldades foram verificadas em todos os serviços. O EESMP necessita de ter condições para desenvolver a sua prática especializada. No entanto, constatei que apesar de haver um grande número de EE nos serviços, estes realizavam trabalho de generalista uma vez que o número de enfermeiros não era o suficiente para suprir as necessidades dos utentes. Esta situação tem repercussão nos cuidados que são prestados aos utentes. Neste sentido, é importante que o EE negocie “recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Desta forma estará também a cumprir o seu dever deontológico de “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidado” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 10).

O EE deverá adaptar “o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). A evidência demonstra que o EE, tem um maior desempenho nos papéis de liderança, uma vez, que a experiência prática e a formação especializada contribuem

para uma valorização positiva do exercício de funções (Melo et al., 2017). Atualmente a capacidade de liderar, faz parte das competências do enfermeiro. Este deverá ser capaz de “fomentar um ambiente positivo e favorável à prática” e de aplicar “estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). No entanto, sem uma liderança eficaz não é possível motivar e inspirar os outros para atingir os objetivos delineados (Sousa, 2019).

Ao longo dos estágios, tive a oportunidade de gerir os cuidados dos utentes sob os quais tinha responsabilidades. Foi-me possível nos vários contextos desenvolver planos de cuidados e ser um papel ativo nas equipas, podendo expor os resultados das minhas intervenções junto dos doentes dos diversos serviços.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Esta competência faz referência à “capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Esta competência é muito similar à primeira competência do EESMP. Isto vem demonstrar a importância do autoconhecimento para o exercício da profissão.

Os enfermeiros são também seres humanos e como tal, têm as suas próprias crenças e valores. Salgueiro (2006), refere que ao desenvolver-se como ser humano, o enfermeiro está também a desenvolver-se como profissional (Salgueiro, 2006). Este deve ter a capacidade de compreender, aceitar e respeitar o outro mantendo-se isento de juízos. Isto só é possível se o profissional trabalhar o seu autoconhecimento, uma vez que este “facilita a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). O enfermeiro deve ser capaz de gerir “as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda”, reconhecendo “os seus recursos e limites pessoais e profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Esta capacidade facilita a consciencialização da “influência pessoal na relação profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Além das competências de autoconhecimento, o EE deverá ter a capacidade de “reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade” utilizando “adequadamente técnicas de resolução de conflitos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Uma das ferramentas essenciais para a gestão de conflitos é a assertividade. Esta pode ser definida como um “conjunto de comportamentos exteriorizados numa conjuntura interpessoal, expondo os seus sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos de modo ajustado e conforme a situação em que se encontra” (Moreira, 2016, p. 23). Uma pessoa assertiva deverá ser capaz de exprimir os seus sentimentos e pensamentos sem magoar o outro. Na gestão de conflitos, ser assertivo facilita o entendimento e conciliação entre as partes envolvidas, procurando manter a justiça e durabilidade dos consensos e potenciando interações futuras positivas (Hargie et al., 2004).

Esta competência reforça a importância da prática baseada em evidência científica. O especialista deve identificar lacunas do conhecimento e atuar como dinamizador da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidador, promovendo ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O EE “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Atuando como formador, “diagnostica necessidades formativas”, “gere programas e dispositivos formativos”, “favorece a aprendizagem”, “a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, e avalia o impacto da formação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). O Código Deontológico em Enfermagem afirma que o enfermeiro tem a obrigação de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 10). A OE defende que a formação e o desenvolvimento profissional são essenciais para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. A formação em serviço, é uma das formas de divulgação de conhecimento e permite momentos de reflexão em equipa. Este tipo de formação deve ser adequado às necessidades de cada serviço. Os enfermeiros devem “Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade” (Decreto-Lei n.º 248/2009, 2009, p. 6763).

Com o objetivo de adquirir esta competência, foram identificadas necessidades de formação nos vários contextos da prática e foi proposto a realização de algumas sessões temáticas no âmbito da formação em serviço. Verificamos que o momento "formal" por vezes não é facilitador,

porque requer recursos e adaptação destes, ao momento específico. As férias, atestados e a própria dinâmica dos serviços nem sempre conseguem adequar as propostas num curto, médio prazo. Razão pela qual não nos foi possível concretizar as nossas intenções.

No entanto, saliento que todas as intervenções realizadas tiveram por base a evidência científica. A aquisição de conhecimentos foi realizada de diversas formas desde pesquisa, à participação em congressos e também no aproveitamento de oportunidades de aprendizagem em contexto de estágio, podendo assim, afirmar que esta competência foi adquirida.

5.2 Aquisição de competências especializadas em saúde mental

Para a OE os EESMP “têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EESMP diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Estes mobilizam na sua prática clínica um saber específico com conhecimentos científicos, técnicos e humanos. Isto traduz-se num conjunto de competências clínicas especializadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018), sendo os locais de estágio contextos ricos em oportunidades para desenvolvimento das mesmas.

Ao longo deste capítulo irei apresentar as atividades que foram desenvolvidas durante os estágios, de forma a desenvolver as competências necessárias à aquisição do título de EESMP.

Cada contexto de estágio tem especificidades próprias que me permitiram desenvolver competências específicas.

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

No meu ponto de vista, o Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, distingue-se de todas as outras áreas de especialidade. A saúde mental está em toda a parte e ao aprendermos sobre a saúde mental dos outros, rapidamente nos começamos a questionar sobre a nossa própria saúde mental e das pessoas que nos rodeiam. Este curso fez-me trabalhar o autoconhecimento, ajudando-me a ganhar consciência das minhas emoções, crenças e valores. Para mim, esta competência começou a ser trabalhada logo desde início, em contexto de sala de aula e continuou o seu desenvolvimento durante os estágios.

Prestar cuidados a pessoas em sofrimento, é inerente à prática da enfermagem. No entanto, prestar cuidados a pessoas com doença mental e ver o sofrimento que esta lhe causa, teve um grande impacto em mim. Com frequência tinha que falar dos meus sentimentos com os meus orientadores, professores e colegas com quem partilhei o estágio. Isto fez-me refletir sobre a importância da saúde mental dos enfermeiros. Em nenhum dos locais por onde passei, vi momentos dedicados à catarse que permitissem a partilha de emoções entre os colegas. A saúde mental dos profissionais é uma importante área de atuação para o EESMP que não pode ser esquecida.

Aqui, também aprendi a identificar os fenómenos de transferência e contratransferência, que podem comprometer a relação terapêutica e a refletir sobre eles.

Considero que esta competência foi bastante bem desenvolvida, no entanto, continuará a ser trabalhada ao longo da minha vida profissional.

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

A saúde mental é uma dimensão basilar da saúde e podemos afirmar que sem saúde mental, não há saúde (Sequeira & Sampaio, 2020). A otimização da saúde mental implica promover a saúde, prevenir a doença e recuperar a doença mental (Alves, 2022). A promoção e a prevenção da saúde mental implicam a criação de ambientes que promovam a saúde mental, valorizando os fatores protetores e reduzindo os fatores prejudiciais. A literatura demonstra que as condições onde se vive, trabalha e onde se realizam as atividades de lazer influenciam o nível de saúde mental de cada indivíduo (Alves, 2022). Como tal, é necessário o desenvolvimento de políticas que favoreçam a criação de ambientes saudáveis e que promovam a capacitação das comunidades no que diz respeito à saúde mental (Sequeira & Sampaio, 2020).

O EESMP tem a competência de executar “uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Desta forma, o enfermeiro deve realizar esta avaliação tendo em conta a comunidade onde a pessoa está inserida, o seu estadió de desenvolvimento e o seu contexto de vida.

Este processo de avaliação inicia-se pela “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluído a promoção da saúde, proteção da saúde e prevenção da perturbação mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Uma das técnicas de avaliação do doente é a técnica da entrevista. Numa avaliação inicial, é utilizada a técnica de entrevista clínica que tem como principal objetivo a recolha de dados, que permitam a execução do processo diagnóstico (Sequeira & Fortuño, 2016).

É através desta que se criam “interações verbais e não-verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados” (Chalifour, 2009, p. 59). É também na entrevista inicial que começa o desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e os intervenientes alvos de cuidados. Pressupõe-se que o enfermeiro utilize uma comunicação terapêutica, estabelecendo uma relação de confiança, empatia, respeito e aceitação de modo a ajuda-lo a enfrentar os seus problemas (Sequeira & Fortuño, 2016). Esta comunicação é fundamental para o desenvolvimento da relação terapêutica.

Durante a entrevista o enfermeiro deve utilizar a observação como uma ferramenta de colheita de dados (Alves, 2022). Observar significa “prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém” (International Council of Nurses, 2021, p. 98). Esta permite averiguar os seus comportamentos e a forma como este comunica (Sequeira & Sampaio, 2020).

Como referido anteriormente, a minha prática clínica teve por base a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Esta teoria centra-se numa abordagem psicodinâmica que defende que a relação interpessoal é basilar na enfermagem. Para esta teórica, esta relação é fundamental para haver um crescimento pessoal, partilhado pelo enfermeiro e utente durante o processo de cuidar. É através da comunicação que se desenvolve a relação terapêutica.

Todos os fatores descritos anteriormente são fulcrais para a realização do processo de avaliação que “exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Em todos os contextos de estágio foram realizados estudos de caso. Estes permitiram avaliar as necessidades do utente e a avaliação da “repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais,

culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

O desenvolvimento dos estudos de caso permitiu ainda a “a avaliação global e uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde do indivíduo e família” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428). Foi com base na “avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental” que se identificaram as necessidades dos utentes. Estas avaliações ocorreram através de entrevistas que permitiram a “avaliação das capacidades internas da pessoa e recursos externos, para manter e recuperar a saúde mental”, sendo também avaliado o “impacto que o problema de saúde tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” da pessoa (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

No que diz respeito à unidade de competência “coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da SM e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428), posso afirmar que foi mais complexa de alcançar. Não foi implementado nenhum programa, mas foi possível a participação nos programas já implementados nos locais onde foram realizados os estágios.

Durante os estágios tive a oportunidade de participar em vários projetos já implementados nos contextos, entre os quais destaco o projeto de preparação para o parto e parentalidade e a saúde escolar.

A saúde escolar assume uma grande importância na promoção de estilos de vida saudáveis, no aumento da literacia em saúde, na melhoria da qualidade do ambiente escolar e prevenção de doenças (DGS, 2017).

No contexto onde foi realizado o estágio de comunidade, a equipa de saúde escolar é constituída por um enfermeiro especialista em saúde mental e por um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Faz todo o sentido ter uma EESMP fixa na equipa, uma vez que o referencial de educação para a saúde incide sobre vários temas de saúde mental, desde a saúde mental e violência, comportamentos aditivos e dependências, afetos e sexualidade (DGS, 2017).

No referencial de educação para a saúde, a DGS enfatiza a importância de trabalhar a saúde mental nas escolas, referindo que “promoção da saúde mental é transversal a todas as áreas da promoção da saúde e do bem-estar, pois é a dimensão que permite lidar, de forma mais eficaz,

com as emoções, os sentimentos, as frustrações e usufruir do seu contributo para a capacidade de pensar e de tomar decisões” (DGS, 2017).

No projeto de preparação para o parto e parentalidade as EESMP são responsáveis por 4 sessões, duas na gravidez e duas no pós-parto. A sua intervenção neste projeto tem como principais objetivos promover a literacia em saúde mental e a satisfação com a vida prevenindo o aparecimento de doença mental. Aqui os enfermeiros especialistas trabalharam o bem-estar, a capacidade para lidar com o stress, apoiar no reconhecimento de sentimentos e emoções e na capacitação dos pais para lidarem com os desafios que a parentalidade acarreta. Estas sessões são realizadas em grupo, no entanto, há também a possibilidade de acompanhamento individual se houver necessidade.

No entanto, houve a possibilidade de implementar um projeto em jovens e adultos (utentes e cuidadores), dando assim resposta ao critério “implementa projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: Projetos que promovam a participação ativa dos clientes na vida social; Projetos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; Medidas de suporte aos cuidadores” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

Optei por realizar o estágio em contexto de diferenciadas num internamento de saúde mental juvenil, devido às dificuldades sentidas como enfermeiro na comunicação com os jovens. A fase de desenvolvimento em que estes se encontram é um aspeto dificultador, uma vez que é neste estadio que estes procuram a sua identidade, autonomia, sofrem mudanças a nível físico, cognitivo e também social (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No entanto, o conhecimento adquirido na teoria permitiu-me utilizar estratégias para comunicar e desenvolver a relação terapêutica com os jovens.

Tal como nas outras faixas etárias, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer e entender os sentimentos do adolescente. Isto implica da parte do enfermeiro uma grande capacidade de compreensão e empatia (Figueiredo, 2012). Em contexto de internamento, o enfermeiro assume uma posição privilegiada de proximidade com o adolescente. Isto permite-lhe ajudar o adolescente a lidar com o seu processo de saúde/doença, através da capacitação deste para lidar com as emoções, nomeadamente o stress, a ansiedade, o medo e a saudade da família; promover a dignidade e o respeito, que se traduz num aumento da satisfação e o sentimento de segurança (Gonçalves & Gomes, 2013).

A execução das entrevistas clínicas era algum que me deixava receosa. Estas têm como objetivos: “avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo; estabelecer uma adequada relação terapêutica; identificar problemas reais e prevenir problemas potenciais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 20). A adoção de estratégias de comunicação, facilitou a execução das entrevistas e colheita de dados.

Nas utentes com PCA é importante que o enfermeiro esteja presente no momento da refeição. Estes são os momentos de maior ansiedade para quem tem este tipo de patologia. De acordo com Grandó (2000), o enfermeiro é o profissional com uma relação interpessoal mais próxima dos utentes, o que faz dele o profissional mais capaz para ajudar a enfrentar estes momentos.

A aquisição desta competência é demonstrada pelas intervenções realizadas na prática, uma vez que em todas as intervenções houve a identificação de necessidades em saúde mental.

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

Esta competência está relacionada com a capacidade de o enfermeiro saber diagnosticar, planejar e desenvolver intervenções, de modo a que vão de encontro às necessidades do doente.

Após realizada a colheita de dados é altura de dar continuidade ao processo de enfermagem. É aqui que são levantados os diagnósticos, planeada a intervenção, implementada e finalmente é realizada a avaliação da mesma.

Segundo Townsend (2011), o processo de enfermagem em saúde mental é dinâmico e contínuo, e que termina quando são alcançados os objetivos delineados (Townsend, 2011). O processo de enfermagem tem seis etapas. A apreciação, onde é realizada a recolha de dados; o diagnóstico, onde se analisa os dados recolhidos na primeira fase e se realiza o diagnóstico de enfermagem; a identificação dos resultados esperados para resolver o problema; o planeamento, onde se realiza o planeamento da intervenção com vista a atingir os resultados esperados; a implementação da intervenção e a avaliação, onde se avalia o sucesso da intervenção realizada (Townsend, 2011).

Se analisarmos o processo de enfermagem sobre a perspetiva de Peplau reparamos que o processo de enfermagem é dividido em quatro fases: orientação, identificação, exploração e

resolução (Peplau, 1990). É na fase da orientação que se inicia a relação terapêutica. É aqui que o enfermeiro “identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

A fase seguinte, identificação, é a fase correspondente à etapa do diagnóstico. O processo de diagnóstico exige do enfermeiro a capacidade de interpretação dos diversos dados e utilização do pensamento crítico (Alves, 2022). É nesta fase que o enfermeiro “Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar” através da identificação de “apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados” tendo a capacidade de diferenciar “os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

O enfermeiro tem que ter a capacidade de diferenciar uma “exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença”, avaliando e detetando “situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

A fase de exploração diz respeito às etapas do planeamento e implantação. Nesta fase o enfermeiro “Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21429).

A última etapa, a de avaliação, corresponde à fase de resolução da intervenção. É nesta fase em que é avaliado o sucesso das intervenções realizadas pelo enfermeiro.

Para dar resposta a esta competência, em todos os contextos de estágio foi realizado um estudo de caso, tendo por base todo o processo de enfermagem. Este foi adequado à ontologia e com o recurso da plataforma E4Nursing. Estes iniciavam com a realização de entrevistas clínicas que tinham com o objetivo de recolher informação sobre o doente. Após a entrevista, era feita uma análise dos dados recolhidos e determinados os diagnósticos de enfermagem. Posteriormente era feito um planeamento da intervenção com a identificação dos resultados esperados. De

seguida era implementada a intervenção delineada e finalmente, a avaliação dos resultados obtidos. Os projetos implementados seguiam também todo este processo.

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

É ao EESMP que cabe a implementação das intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Estas têm como objetivo “ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430). Prestar cuidados especializados com vista a melhorar a saúde mental da pessoa/família e/ou comunidade foi um objetivo transversal a todos os contextos de estágio. Ao longo destes foi possível realizar diversas intervenções (psicoterapêuticas, socio terapêuticas e psicoeducacionais) com o objetivo de contribuir para a recuperação da saúde mental dos indivíduos alvo de cuidados.

O desenvolvimento desta competência aconteceu com a realização de múltiplas intervenções individuais e grupais, nos vários contextos de estágio. Com vista a dar resposta às necessidades de uma população específica foi desenvolvido um projeto psicoeducacional onde se priorizou a reação interpessoal entre o enfermeiro e os indivíduos alvos de cuidados. Como já referido anteriormente, a psicoeducação é uma técnica cognitiva que tem como objetivo capacitar o cliente e/ou família para lidar com um problema (Pinheiro, 2019). Esta técnica vai muito além da transmissão de conhecimentos passando também pela transmissão de informação que possibilite ao utente e/ou família o desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença e com os seus efeitos e consequências (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Esta deve basear-se nos diagnósticos de Enfermagem, sendo a “informação a disponibilizar ao utente e/ou família acerca do tratamento deve focar-se, predominantemente, no domínio não farmacológico, ou seja, nas estratégias que podem ser utilizadas para facilitar a gestão de sinais e sintomas, e/ou o processo de transição” (Pronuncia da mesa do colégio da especialidade de saúde mental e psiquiátrica n.º 47/2023, 2023, p. 3). Este projeto/plano de intervenção teve como objetivo primordial “ajudar a pessoa a atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

Este relatório permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EESMP, demonstrando-se cumpridos os critérios de avaliação “fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais”, “implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”, “ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas)”, “educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

No entanto, houve possibilidade de realizar mais intervenções. Além da psicoeducação, foi possível realizar intervenções psicoterapêuticas e psicossociais com utentes e famílias. A intervenção psicoterapêutica é definida como “execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 171). Estas intervenções devem dar resposta a um diagnóstico de enfermagem e devem seguir os princípios e pressupostos presentes no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2017). Em saúde mental, as intervenções psicossociais “tratam-se de atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que visam a modificação de fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar” (Pronuncia da mesa do colégio da especialidade de saúde mental e psiquiátrica n.º 47/2023, 2023, p. 4).

Em contexto de cuidados diferenciados, houve a oportunidade de observar a implementação do sociodrama. Este baseia-se na premissa de que o grupo formado pelo público-alvo já está organizado pelos papéis sociais e culturais que estes desempenham. No sociodrama, o grupo é visto como um todo e que tem de ser colocado no palco para resolver os seus problemas. No caso do sociodrama, o grupo é o protagonista e o terapeuta, o diretor artístico. Tal como todas as intervenções, tem várias etapas fundamentais para que esta seja eficaz (Moreno, 2006; Nery et al., 2006; Rojas-Bermúdez, 1997).

Apesar de ser uma intervenção socioterapêutica, neste contexto, as sessões são realizadas apenas por pedopsiquiatras, internos de pedopsiquiatria e psicólogos. No entanto, estas eram passíveis de serem realizadas por EESMP, uma vez que este tem competências para a implementação de intervenções socioterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Houve também a possibilidade de observar a implementação da técnica de mediação artístico-expressiva, através da pintura.

O atelier de pintura, faz parte das atividades do serviço. A pintura, sendo considerada uma arte, tem um grande potencial terapêutico pois permite a expressão de emoções, sentimentos e vivências interiores de uma forma não-verbal e não convencional (Lino, 2020; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013).

Esta é considerada uma ferramenta importante, pois permite a materialização do pensamento, facilitando a clarificação de ideias sendo um importante veículo de comunicação (Lino, 2020; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013).

Apesar da riqueza que esta técnica tem a nível da promoção da saúde mental para os profissionais envolvidos no processo de tratamento das utentes, estas sessões eram realizadas apenas pela psicóloga. Esta atividade poderia contar com a co-participação dos EESMP uma vez que a pintura tem um grande potencial para ajudar no estabelecimento relações de confiança e parceria com o doente.

Durante o estágio em contexto de internamento de agudos, foi-me oferecida a oportunidade de conhecer o serviço do hospital responsável pela reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental.

Em 2001, a OMS definiu a reabilitação psicossocial como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 2001, p.62). Esta tem, então, como principal objetivo de capacitar a pessoa com perturbação mental para que esta atinja o nível máximo de funcionamento pessoal., social., profissional e familiar.

Mas apesar de ser um serviço de reabilitação psicossocial., este já tem como base da sua intervenção o *recovery*.

Os autores Băcilă e Rusu (2018) definem o *recovery* como um processo dinâmico e individual, este não é sinonimo de cura, mas sim de recuperação que permita à pessoa doente ter uma vida com qualidade. Este modelo além de completo, é adequado para dar respostas às necessidades de saúde mas também em todas as necessidades inerentes ao quotidiano da pessoa, como a

integração social., o desenvolvimento de relações sociais e/ou familiares significativas, a capacidade de delinear objetivos e metas que tornem a sua vida mais satisfatória e feliz (Gaffey et al., 2018).

Para dar resposta a estas necessidades o serviço tem uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte os EESMP. Neste serviço, os EESMP são gestores de caso juntamente com um colega de outra classe profissional (por norma, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional). Em equipa, é realizada uma avaliação inicial e depois elaborado um plano de individual de cuidados juntamente com o doente.

Este serviço distingue-se dos outros serviços por ter como foco central o doente e a sua reabilitação. Aqui, foi possível ver o EESMP a realizar intervenções especializadas e a ter um papel importante no processo terapêutico dos utentes. Esta visita, além de acrescentar novos saberes, acrescentou sobretudo esperança. Esperança de no futuro os cuidados de saúde mental serem holísticos, sendo o seu grande foco a capacitação do doente para viver com a doença. Os enfermeiros especialistas estão mais que habilitados para auxiliar os utentes neste processo, o que os torna imprescindíveis.

Além de tudo o que já foi descrito em cima, ao longo dos estágios, foi-me dada a oportunidade de desempenhar o papel de enfermeira de referência, tendo sido possível o desenvolvimento de vários planos de intervenção, discussão dos mesmos com as enfermeiras orientadoras bem como a possibilidade de articular com outros profissionais da equipa multidisciplinar. O desenvolvimento deste projeto/plano de intervenção foi fundamental para mobilização de conhecimentos adquiridos previamente, mas também para aquisição de novos saberes. Pois permitiu identificar necessidades, procurar respostas adequadas sustentadas na evidência científica de modo a garantir qualidade na prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

Este relatório teve como objetivo descrever o meu percurso de estágio, tendo em vista a aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Desde o início do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, até ao momento de realização deste relatório, foi trilhado um caminho de aprendizagem pessoal, profissional e relacional. Procurei sempre, atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EESMP, mas também as competências de mestre.

É exigido ao EESMP que desenvolva o autoconhecimento, de modo a que este possa ser um instrumento terapêutico. Este exercício desenvolve a capacidade de autoanálise de enfermeiro, tanto como profissional como pessoal.

Neste relatório, salientou-se o processo de intervenção realizado com indivíduos com ansiedade. Este processo exigiu desde o início uma pesquisa bibliográfica, que permitisse fundamentar a construção deste projeto. Pretendeu-se desenvolver uma resposta à problemática da ansiedade, capacitando os indivíduos alvos de cuidados para serem capazes de lidar com esta emoção. Além deste, teve também como objetivo, mostrar a importância da intervenção do EESMP em diferentes contextos (internamento e comunidade) e em diferentes alturas do ciclo vital (jovens e adultos).

Relativamente aos resultados obtidos, evidencio que houve aumento do conhecimento e melhorias do autocontrolo da ansiedade após a intervenção.

Como aspetos a melhorar, saliento a importância de desenvolver projetos para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem "ansiedade", de forma a uniformizar as intervenções dos enfermeiros bem como facilitar o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental.

O papel do profissional de enfermagem no acompanhamento da pessoa com ansiedade é fundamental, uma vez que estes são os profissionais com os quais terá um contato mais próximo, facilitando o desenvolvimento da relação terapêutica, o que fará com que a pessoa consiga

expressar as suas experiências, medos, inseguranças. Por este motivo, o enfermeiro deverá ter um papel fundamental na tomada de decisões dentro da equipa multidisciplinar.

Embora os objetivos inicialmente propostos tenham sido atingidos, ressalvo que foram encontrados obstáculos e dificuldades. Saliento algumas dificuldades como populações pouco colaborantes, que dificultou o estabelecimento da relação terapêutica; a conjugação das funções laborais com a vida académica e a pessoal; o tempo limite dos estágios para desenvolver o projeto em maior profundidade. Destaco também, a dificuldade em encontrar literatura atualizada sobre intervenções desenvolvidas por EESMP relacionadas com a saúde mental juvenil. Perante estas dificuldades, foram realizadas reflexões de forma a encontrar soluções para as ultrapassar.

O caminho percorrido até aqui foi um desafio de construção e amadurecimento bastante gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(2), 202-210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R. & Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>.
- Băcilă, C., & Rusu, S. (2018). The recovery paradigm - from myth to reality in romania. *Acta medica transilvanica*, 23(4), 21-23.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 457-478. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>.
- Bittencourt, N., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista Referência*, IV(18), 125 - 132, <https://doi.org/10.12707/RIV18015>.
- Bobrowicz-Campos, E., Pinho, M., & Matos, A. (2017). Versão portuguesa do inventário das cognições associadas à mania. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(2), 401-419.
- Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jané-Llopis, E. (2009). *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxemburgo: European Communities, pp.125-137.
- Caetano, A. (2018). *A TCC e a intervenção com adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio*. O portal dos psicólogos. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?terapia-cognitivo-comportamental-e-a-intervencao-em-adolescentes-com-ideacao-ou-tentativa-de-suicidio&codigo=A1266&area=D4B
- Catalão, J. (2013). *Ferramentas de Coaching (7ª edição)*. Lidel.
- Claro, C. (2014). *Sintomatologia depressiva do jovem adulto num contexto de serviço de intervenção intensiva [Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto]*. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Colonnese, C., Draijer, E., Stams, G., Bruggen, C., Bogels, S., & Noom, M. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 630-45, <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581623>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Costello, E., Egger, H., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631–vii. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.06.003>.
- Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I série, n.º 205. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 248/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I série, n.º 184. Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2009-34515175>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa. Disponível em: <https://observatoriolisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf
- Domhardt, M., Geßlein, H., Rezori, R., & Harald Baumeister, H. (2019). Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: A meta-analytic review of intervention components. *Wiley Periodicals*, 36(3), 213–224. <https://doi.org/10.1002/da.22860>
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). Cuidadores formais e suas necessidades de educação. *Cadernos Saúde*, 12(Especial), 115-116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>

- Fansi, A. J. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie
Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie: Une revue de la littérature. *Santé Mentale au Québec*, 40(4), 141–173.
<https://doi.org/10.7202/1036098ar>
- Felipe, S., Oliveira, C., Silva, C., Mendes, P., Silva-Júnior, F., & Figueiro, M. (2020). Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 1). <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851>.
- Figueiredo, A. (2012). *A comunicação com o adolescente: Um contributo do Enfermeiro Especialista [Master's thesis - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]*. Repositório Digital da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gaffey, K., Evans, D., & Walsh, F. (2016). Knowledge and attitudes of irish mental health professionals to the concept of recovery from mental illness – five years later. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 387–398.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12325>
- Gaona, J., Ordoñez, C., & Gutiérrez, Z. (2018). Risoterapia: una terapia complementaria a la medicina occidental. *Revista Med*, 26(2), 36-43.
- Gomes, F., Almendoeira, J., Martins, M. (2013). Comunicação Terapêutica nos Cuidados de Enfermagem com utentes internados/interação enfermeiro utente. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60.
- Green, J., McLaughlin, A., Berglund, A., & al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 67(2), 113–123.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores Formais De Idosos Institucionalizados: Perceções E Satisfação Profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 291-313,
<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>.
- Hawken, T., Turner-Cobb, J., & Barnett, J. (2018). Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. *Health Psychol Open*, 5(2).
<https://doi.org/10.1177/2055102918810659>.
- Herdan, H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I: Definições e Classificação*. Artmed.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Health Data Exchange (GHDx)*.
Obtido de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Jacqueline, C., & Blackford, J. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066–1075. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>.

- Kalin, N. (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365–367.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>.
- Lahousen, T., & Kapfhammer, H. (2018). Anxiety disorders - clinical and neurobiological aspects. *Psychiatr Danub*, 30(4), 479–490.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2018.479>
- Lei n.º 156/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Assembleia da República: I série, n.º 181.
Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Lei n.º 35/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Assembleia da República: I série, n.º 141.
Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Disponível em:
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Lemes, C., & Ondere, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28, <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Manassis, K., & Monga, S. (2001). A therapeutic approach to children and adolescents with anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 115–117. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00024>.
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A., Santos, P., Brugnera, L., & Gratão, A. (2019). Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer’s Disease. *Escola Anna Nery*, 23(2).
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0327>.
- Mendes, J. (2010). *A vivência subjetiva de cuidadores de pessoas com demência: Temas Centrais, Sintomatologia Emocional e Estratégias de Confronto [Master's thesis - Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]*. Repositório Científico da Universidade de Lisboa.
- Moreno, J. (2006). *Psicodrama*. Editora Cultrix.
- Morgado, P. (2021). *Manual de Tratamento de Ansiedade (1.ª ed)*. Lidel.
- Moustafa, N., & Moustafa, M. (2018). Depression, anxiety, and stress among some elderly caregivers in Alexandria city, Egypt. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 7, 570-579, <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2018.0410315042018>.
- Nery, M., Costa, L., & Conceição, M. (2006). O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 16(35), 305-313.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300002>.

- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Volume I*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção da sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, nova esperança*. Direção Geral da Saúde.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Salvat Editores.
- Pereira, V. (2019). *O Fenómeno do Autocriticismo e a sua relação com a Depressão – Concetualização de um Projeto [Master's thesis - Escola Superior de Saúde do Insituto Politécnico de Setúbal]*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Pérez-Cruz, M., Parra-Anguila, L., López-Martínez, C., Moreno-Cámara, S., & R., D.-P.-C. (2019). Coping and Anxiety in Caregivers of Dependent Older Adult Relatives. *Int J Environ Res Public Health*, 16(9), 1651, <https://doi.org/10.3390/ijerph16091651>.
- Pinheiro, A. (2019). *Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental [Master's thesis - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Pinho, G., & Pereira, S. (2015). *Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa*. *Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental.*, 14, 15-23, <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101>.
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., & Relvas, J. (1982). *Aferição da Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Zung numa amostra de população portuguesa –I. Resultados de aplicação numa amostra de população normal*. *Psiquiatria Clínica*.
- Potvin, O., Bergua, V., Swendsen, J., Meillon, C., Tzourio, C., Ritchie, K., Dartigues, J. F., & Amieva, H. (2013). Anxiety and 10-year risk of incident and recurrent depressive symptomatology in older adults. *Depression and anxiety*, 30(6), 554–563. <https://doi.org/10.1002/da.22101>

- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2013). *Saúde Mental e Arte: Formas de expressão*. Direção Geral de Saúde.
- Querido, A. (2015). *A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria [Master's thesis - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]*. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Leiria.
- Ramos, T. (2009). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 66(11).
- Robichaud, M., & Dugas, M. (2015). *The Generalized Anxiety Disorder Workbook- A Comprehensive CBT Guide for Coping with Uncertainty, Worry, and Fear*. New Harbinger Publications, Inc.
- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoria e Técnica Psicodramáticas*. Paidós.
- Sampaio, F., & al. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C., & Lluch, T. (2020). Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 1001-1011. <https://doi.org/10.1177/1054773820979576>.
- Sampaio, F., Odete, A., Sequeira, C., Canut, M., & Martins, T. (2017). Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes “Anxiety Level” and “Anxiety Self-Control” in a Portuguese Outpatient Sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29, <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36787.22560>.
- Sampaio, J. (2017). *Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção [Master's thesis - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra]*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Coimbra.
- Sequeira, C., & Fortuño, L. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda (1.ª ed)*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1.ª ed)*. Lidel.
- Serra, S. (2014). *Intervenções de Enfermagem na Pessoa com sintomatologia depressiva: o uso do relaxamento [Master's thesis - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro]*. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.
- Sousa, L., & al. (2017). ‘Living together with dementia’ – Conceptual validation of training programme for family caregivers: Innovative practice. *Dementia* 2020, 19(4), 1333–1342. <https://doi.org/10.1177/1471301218762565>
- Sousa, M. (2014). *Comorbidade e relação temporal entre ansiedade e depressão em idosos institucionalizados [Master's thesis - Instituto Superior Miguel Torga]*. Repositório Científico do Instituto Superior Miguel Torga.
- Souza, A. (2011). O desenho como instrumento diagnóstico: reflexões a partir da psicanálise. *Boletim da Psicologia*, 61(135), 207-215.

- Suarez, L., Barlow, D., Bennet, S., & al. (2008). *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6458-7>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (5.ª ed)*. Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6.ª ed)*. Lusociência.
- Verduin, T., & Kendal., P. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 290–295.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3202_15.
- Videira, I. (2016). *Efeitos da risoterapia no humor e na felicidade dos profissionais de saúde [Master's thesis - Escola Superior de Saúde de Viseu]*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
- Walter, H., Bukstein, O., Abright, A., H, K., Ramtekkar, U., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (2020). Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1107–1124.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>.
- Wehry, A., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M., Connolly, S., & Strawn, J. (2015). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), 52. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>.
- Wenzel, A., Brown, G., & Beck, A. (2010). *Terapia Cognitivo Comportamental para utentes suicidas (2.ª ed)*. Artmed .
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*. WHO.
- World Health Organization. (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. World Health Organization.
- Yusuph, K. (2016). Anxiety and Academic Performance among Secondary School Pupils in Tanzania. *British Journal of Education. Society & Behavioural Science*, 14(3), 1-7.
<https://doi.org/10.9734/BJESBS/2016/24140>.

ANEXOS

Anexo I – Planeamento de Sessões: Contexto de Diferenciadas

Plano de sessão – Sessão 1

Sessão 1			
População Alvo: Jovens internadas no SI de Pedopsiquiatria com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”.	Data: 19/02	Duração: 50 minutos	Local: Sala de convívio do Serviço de Internamento Pedopsiquiatria.
Objetivos da sessão: Avaliação diagnóstica de ansiedade através do desenho.			

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Acolhimento dos participantes. Apresentação do moderador e cofacilitador e dos objetivos da sessão.	5 min	Expositiva	Apresentação	
Desenvolvimento	Avaliação diagnóstica e de conhecimentos.	30 min	Expositiva	“Desenha a tua ansiedade” Foi pedido aos jovens para desenharem sobre o significado atribuído por eles à ansiedade.	Folhas papel A4; Cartolinas; Lápis de cor; Canetas; Aguarelas; Papel crepe; Papel EVA; Cola;
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão do que sentiram e para avaliação da sessão	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativo	Avaliar a atenção das participantes; Pedir opinião sobre a sessão realizada;	

				Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	
--	--	--	--	--	--

Plano de sessão – Sessão 2

Sessão 2			
População Alvo: Jovens internadas no SI de Pedopsiquiatria com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”.	Data: 19/02	Duração: 50 minutos	Local: Sala de convívio do Serviço de Internamento Pedopsiquiatria.
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização sobre a ansiedade através do desenho. • Identificações de sinais e sintomas provocados pela ansiedade. 			

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior expondo objetivos da sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Partilha de significados sobre o desenho realizado na sessão anterior.	35 min	Expositiva	<p>“Fala do teu desenho”</p> <p>Foi pedido às jovens que segurassem no desenho e o explicassem aos restantes elementos do grupo o seu significado e relação com o tema da ansiedade.</p>	Desenhos realizados na sessão anterior.
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço para reflexão partilhada dos elementos comuns encontrados nos desenhos, da tipologia da sessão (vantagens e desvantagens da partilha em grupo) o que sentiram, e avaliação da sessão.	
	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativo	Avaliar a atenção das participantes;	

Avaliação				Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	
------------------	--	--	--	---	--

Plano de sessão – Sessão 3

Sessão 3					
População Alvo: Jovens internadas no SI de Pedopsiquiatria com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”.	Data: 26/02	Duração: 50 minutos	Local: Sala de convívio do Serviço de Internamento Pedopsiquiatria.		
Objetivos da sessão:					
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento sobre: situações precipitantes; • Aumentar o conhecimento sobre: estratégias de redução de ansiedade; • Capacitar os jovens para lidar com a ansiedade. • Promover a redução da sintomatologia associada/caracterizadora de ansiedade. 					

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior expondo objetivos da sessão.	10 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Identificar situações precipitantes (em contexto de internamento e em casa).	30 min	Interrogativa Expositiva	<p>“Baralho de situações causadoras de ansiedade”</p> <p>Foi pedido às jovens que retirassem do baralho uma carta com uma situação potencialmente causadora de ansiedade.</p> <p>A cada jovem foi pedido que identificasse os sentimentos provocados pela situação e como a resolveria e</p>	Cartas com situações causadoras de ansiedade.

				explicassem aos restantes elementos do grupo o seu significado e relação com o tema da ansiedade.	
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço para reflexão partilhada dos elementos comuns encontrados nas cartas (sentimentos e formas de resolução), da tipologia da sessão (vantagens e desvantagens da partilha em grupo) o que sentiram, e avaliação da sessão.	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativo	Avaliar a atenção das participantes; Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	

Plano de sessão – Sessão 4

Sessão 4			
População Alvo: Jovens internadas no SI de Pedopsiquiatria com o diagnóstico de enfermagem "ansiedade".	Data: 08/03	Duração: 45 minutos	Local: Sala de convívio do Serviço de Internamento Pedopsiquiatria.
Objetivos da sessão:			
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a redução da sintomatologia associada/caraterizadora de ansiedade. • Melhorar a relação com os pares; • Promover a autoestima. 			

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior expondo objetivos da sessão. Breve história da Risoterapia.	5 min	Expositiva	História da risoterapia	Enf.ª ESMP com formação em risoterapia

Desenvolvimento	A risoterapia como estratégia de redução de ansiedade;	30 min	Demonstrativa	“Sessão do Riso”	Enf.ª ESMP com formação em risoterapia
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço para reflexão partilhada sobre a atividade, o que sentiram, vantagens e desvantagens da sessão do riso e avaliação da sessão.	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativo	Avaliar a atenção das participantes; Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	

Plano de sessão – Sessão 5

Sessão 5			
População Alvo: Jovens internadas no SI de Pedopsiquiatria com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”.	Data: 15/03	Duração: 45 minutos	Local: Sala de convívio do Serviço de Internamento Pedopsiquiatria.
Objetivos da sessão:			
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do conjunto de sessões centrada na aquisição de conhecimentos. 			

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior expondo objetivos da sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Avaliação de conhecimentos; Avaliação da intervenção;	30 min	Interrogativa	Avaliação de conhecimentos; Avaliação da intervenção;	Questionário de Avaliação de conhecimentos (exemplo: identifique 3 sintomas)

					caracterizadores de ansiedade); Questionário de Avaliação da intervenção.
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Término da intervenção psicoeducacional.	5 min	Expositiva	Espaço para reflexão partilhada sobre a intervenção psicoeducacional.	

Anexo II – Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Este questionário para o qual pedimos a tua colaboração tem como objetivo conhecer as opiniões dos jovens na área da saúde sobre a ansiedade. Este questionário só terá interesse se a tua participação for franca e criteriosa, na forma como respondes às questões. Os dados obtidos são confidenciais.

1. Identifica 3 sintomas de ansiedade:

1. _____
2. _____
3. _____

2. Assina-la com um círculo a opção correta.

2.1 A ansiedade é uma emoção que:

- a) Diminui o batimento do coração.
- b) Aumenta o batimento do coração.
- c) Diminui o batimento do coração e aumenta a transpiração das mãos.

2.2 A ansiedade pode fazer:

- a) Com que comeces a sentir falta de ar;
- b) Com que comeces a sentir-te nervoso(a), tenso(a), irritado(a);
- c) Com que comeces a ter dificuldades em dormir;
- d) Todas as anteriores.

3. Assinala 3 situações que podem gerar ansiedade:

1. _____
2. _____
3. _____

4. Dá 3 exemplos de estratégias que podes utilizar para reduzir a tua ansiedade:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexo III – Questionário de Avaliação da Intervenção

Questionário

Este questionário para o qual pedimos a tua colaboração tem como objetivo conhecer a tua opinião relativamente às sessões em que participaste. Este questionário só terá interesse se a tua participação for franca e criteriosa, na forma como respondes às questões. Os dados obtidos são confidenciais.

Pergunta	Sim	Não
Sentes que estas sessões forem importantes para ti?		
Sentes que estas sessões te ajudaram a falar dos teus sentimentos?		
Sentes que estas sessões te ajudaram a lidar com a ansiedade?		
Conseguiste identificar estratégias para lidar com a ansiedade, adaptadas ao teu contexto?		
Já utilizaste alguma das estratégias?		
Quando tiveres alta do internamento, achas que vais estar melhor preparada para lidar com situações de ansiedade?		
Sentes que estas sessões melhoraram a relação com os outros jovens do internamento?		

Obrigada pela tua colaboração!

Anexo IV – Planeamento de Sessões: Contexto de Internamento de Agudos

Plano de sessão – Sessão 1

Sessão 1	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> Avaliar conhecimentos relativos à ansiedade. 	Local: Sala Psicoterapêutica do serviço de internamento.
Data da realização: 18/04	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Apresentação; Explicar objetivos da sessão.	5 min	Expositiva Interrogativo	Apresentação	
Desenvolvimento	Aplicação do questionário.	30 min	Expositiva	Preenchimento de um questionário	Questionário Caneta
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos.	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativo	Avaliar a atenção e interesse da participante;	

Plano de sessão – Sessão 2

Sessão 2	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade: <ul style="list-style-type: none"> ○ O que é a ansiedade? ○ Sinais e sintomas; ○ Fatores concorrentes para a ansiedade; 	Local: Sala Psicoterapêutica do serviço de internamento.
Data da realização: 20/04	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da segunda sessão.	5 min	Expositiva		
Desenvolvimento	Ensinar sobre: - Ansiedade: <ul style="list-style-type: none"> • O que é a ansiedade? • Sinais e sintomas; • Fatores concorrentes para a ansiedade 	30 min	Expositiva Interrogativa	Realizar ensinamentos sobre: - O que são as emoções; - Porque são importantes; - O que é a ansiedade; - Manifestação de ansiedade: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais físicos; • Sinais emocionais; • Sinais cognitivos; • Sinais comportamentais; - Fatores concorrentes;	Computador Powerpoint
Conclusão	Distribuída a tarefa para a próxima sessão;	5 min	Expositiva	Tarefa: Identificar os sintomas de ansiedade ao longo do dia e estratégias	Tabela

	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.			utilizadas para a reduzir. Entregue tabela para realizar os registos Espaço partilhado para expressão de sentimentos.	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	Avaliar a atenção da participante; Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	

Plano de sessão – Sessão 3

Sessão 3	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os conhecimentos sobre estratégias de redução de ansiedade. • Promover a consciencialização para a aplicação de estratégias adequadas. 	Local: Sala Psicoterapêutica do serviço de internamento.
Data da realização: 22/04	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da terceira sessão.	5 min	Expositiva		
Desenvolvimento	Análise da tarefa;	30 min	Expositiva Interrogativa	Apresentação sobre estratégias de redução de ansiedade.	Trabalho de casa Powerpoint

	<p>Ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O cubo de gelo; - Partilha de emoções; - O poder do abraço; - "Alimentar bons pensamentos" - Planeamento do dia-a-dia; - Importância do hobby. <p>Entrega de um flyer sobre as estratégias de redução de ansiedade abordadas.</p>				Flyer
Conclusão	<p>Distribuída a tarefa para aproxima sessão;</p> <p>Resumo dos aspetos mais importantes da sessão.</p> <p>Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Agendar próxima sessão.</p> <p>Término da sessão.</p>	10 min	Expositiva	<p><u>Tarefa:</u></p> <p>Identificar os sintomas de ansiedade ao longo do dia e estratégias novas utilizadas para a reduzir.</p> <p>Espaço partilhado para expressão de sentimentos.</p>	Tabela
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	<p>Avaliar a atenção da participante;</p> <p>Pedir opinião sobre a sessão realizada;</p> <p>Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.</p>	

Plano de sessão – Sessão 4

Sessão 4	
Objetivos da sessão:	Local: Sala Psicoterapêutica do serviço de internamento.

<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os conhecimentos sobre técnica de respiração diafragmática; • Treinar técnica de respiração diafragmática; • Promover o controlo de ansiedade e proporcionar relaxamento; 	
Data da realização: 25/04	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da quarta sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Avaliação da FC e SpO ₂ ; Análise da tarefa; Ensinar sobre técnica de respiração; Treinar técnica de respiração; Reavaliação da FC e SpO ₂ .	30 min	Expositiva Interrogativa	Treino da técnica de respiração diafragmática;	Tarefa Oxímetro Colchão
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.	10 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	Avaliação da FC; Avaliar a atenção da participante; Pedir opinião sobre a sessão realizada;	Oxímetro

				Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	
--	--	--	--	--	--

Plano de sessão – Sessão 5

Sessão 5	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> Avaliar eficácia da intervenção. 	Local: Sala Psicoterapêutica do serviço de internamento.
Data da realização: 26/04	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da quinta sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Avaliação da eficácia da intervenção.	30 min	Expositiva Interrogativa	Aplicação da escala de Zung Aplicação do Resultado NOC – Autocontrolo da Ansiedade “Teste de conhecimentos”	Escalas Teste de conhecimentos
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da intervenção. Reforçar a importância da monitorização dos sintomas de ansiedade e da aplicação de estratégias para redução da mesma.	15 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos. Feedback da participante relativamente à intervenção.	

	Esclarecimento de dúvidas. Término da intervenção.				
--	---	--	--	--	--

Anexo V – Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Este questionário para o qual pedimos a sua colaboração tem como objetivo perceber quais os seus conhecimentos na área da saúde sobre a ansiedade. Este questionário só terá interesse se a tua participação for franca e criteriosa, na forma como respondes às questões. Os dados obtidos são confidenciais.

1. Assina-la com um (X) consoante considera a afirmação verdadeira ou falsa:

	Verdadeiro	Falso
A ansiedade é uma emoção.		
Perante uma situação de ansiedade, devemos parar e respirar fundo.		
Quando estamos ansiosos sentimo-nos inquietos, a tremer e com dores de barriga.		
Estar preparado para as situações pode ajudar a diminuir a ansiedade.		
Praticar exercício físico pode ajudar a controlar a nossa ansiedade.		
Uma estratégia para reduzir a ansiedade é ficar sempre a ruminar no motivo que nos está a deixar ansiosos.		

2. Assinale com um círculo a opção correta.

2.1 A ansiedade é uma emoção que:

- a) Diminui o batimento do coração.
- b) Aumenta o batimento do coração.
- c) Diminui o batimento do coração e aumenta a transpiração das mãos.

2.2 A ansiedade pode fazer:

- a) Com que comeces a sentir falta de ar;
- b) Com que comeces a sentir-te nervoso(a), tenso(a), irritado(a);
- c) Com que comeces a ter dificuldades em dormir;
- d) Todas as anteriores.

2.3 A ansiedade por norma surge:

- a) Quando estou com os meus amigos e a divertir-me.
- b) Quando estou perante uma situação que me deixa desconfortável.
- c) Quando estou a passear o cão.

Anexo VI – Tarefa

Tarefa

Esta tarefa para a qual peço a sua colaboração tem como objetivo identificar situações causadoras de ansiedade bem como perceber de que forma lida com ela. Na primeira coluna deverá identificar as situações que lhe provocaram ansiedade. Na segunda coluna deverá descrever as estratégias que utilizou para reduzir a ansiedade e na terceira coluna identificar se estas foram eficazes, ou não, na redução desta emoção. Deverá preencher esta tabela até à próxima sessão e deverá leva-la consigo. Esta tarefa faz parte do seu processo de tratamento e só se revelará eficaz se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como respondes às questões. Os dados obtidos são confidenciais.

Identifique as situações que causam ansiedade	Identifique as estratégias que utilizou para lidar com a ansiedade	As estratégias utilizadas foram eficazes? (sim ou não)

Anexo VII – Flyer: Estratégias de Redução de Ansiedade

COMO REDUZIR A ANSIEDADE



- 1 Utilizar a técnica do cubo de gelo.
- 2 Abraçar alguém significativo.
- 3 Fazer um planeamento do dia-a-dia.
- 4 Partilhar sentimentos e preocupações.
- 5 Alimentar pensamentos bons.



- 6 Arranjar um hobbie.
- 7 Utilizar a técnica da respiração.

Realizado por:
Enf.º Raquel Mendes
No âmbito do Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica.

Anexo VIII – Planeamento de Sessões: Contexto de Comunidade

Plano de sessão – Sessão 1

Sessão 1	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a relação terapêutica; • Promover expressão de sentimentos; 	Local: Sala de atividades da IPSS
Data da realização: 18/05	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da segunda sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Realização da atividade <u>“Olhar para o fundo do chapéu”</u> .	30 min	Expositiva Interrogativa	<u>“Olhar para o fundo do chapéu”</u> Nesta atividade é fornecido ao participante um chapéu com uma fotografia no fundo. Este, sem referir o nome de quem está na foto terá que identificar aspetos positivos dessa pessoa, etc. Esta atividade será realizada um a um e fora do ângulo de visão dos colegas para que estes não percebam o que está dentro do chapéu.	Chapéu Espelho
Conclusão		5 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos.	

	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.				
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	Avaliar a atenção da participante; Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	

Plano de sessão – Sessão 2

Sessão 2	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade: <ul style="list-style-type: none"> ○ O que é a ansiedade? ○ Sinais e sintomas; ○ Fatores concorrentes para a ansiedade; 	Local: Sala Psicoterapêutica do serviço de internamento.
Data da realização: 24/05	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da segunda sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Ensinar sobre:	30 min	Expositiva	Realizar ensinamentos sobre:	

	<p>- Ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é a ansiedade? • Sinais e sintomas; • Fatores concorrentes para a ansiedade 		Interrogativa	<p>- O que são as emoções;</p> <p>- Porque são importantes;</p> <p>- O que é a ansiedade;</p> <p>- Manifestação de ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais físicos; • Sinais emocionais; • Sinais cognitivos; • Sinais comportamentais: <p>- Fatores concorrentes;</p>	
Conclusão	<p>Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.</p>	5 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos.	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	<p>Avaliação do comportamento não verbal das participantes;</p> <p>Pedir opinião sobre a sessão realizada;</p> <p>Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.</p>	

Plano de sessão – Sessão 3

Sessão 3	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a ansiedade; • Reduzir o stress; • Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade; • Estimular a capacidade de concentração. • Melhorar o humor; • Promover o bem-estar. 	Local: Sala de atividades da IPSS
Data da realização: 25/05	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da terceira sessão;	5 min	Expositiva	Acolhimento; Avaliação dos parâmetros vitais: FC e SpO ₂ .	
Desenvolvimento	Avaliação dos parâmetros vitais: FC e SpO ₂ ; Instrução da técnica de respiração diafragmática; Reavaliação dos parâmetros vitais: FC e SpO ₂ ;	30 min	Expositiva Demonstrativa	Instrução e treino da técnica de respiração diafragmática.	Oxímetro Tabela de registo Colchões Música (sons do mar)
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos.	

Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	Avaliação do comportamento não verbal das participantes; Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	
------------------	---------------------	-------	---------------	---	--

Plano de sessão – Sessão 4

Sessão 4	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Promover expressão de sentimentos; • Promover a coesão do grupo; • Identificar situações precipitadoras de ansiedade; • Identificar estratégias de redução de ansiedade. 	Local: Sala de atividades da IPSS
Data da realização: 31/05	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da quarta sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Realização da atividade "A ansiedade e como reduzi-la"	30 min	Expositiva Interrogativa	"A ansiedade e como reduzi-la"	Situação ansiogénica; Papel;

				Esta atividade consistiu em: dividir as participantes em 3 grupos e dar a cada um uma situação ansiogénica. Em grupo, devem identificar estratégias de redução de ansiedade. No final deverá ser feita uma apresentação aos restantes grupos sobre as estratégias selecionadas.	Canteas.
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da sessão. Esclarecimento de dúvidas. Agendar próxima sessão. Término da sessão.	5 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos	
Avaliação	Avaliação da sessão	5 min	Interrogativa	Avaliação do comportamento não verbal das participantes; Pedir opinião sobre a sessão realizada; Questionar sobre a importância da sessão para o seu dia-a-dia.	

Plano de sessão – Sessão 5

Sessão 5	
Objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação da eficácia da intervenção. 	Local: Sala de atividades da IPSS
Data da realização: 31/05	Duração: 45 minutos

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Atividade	Materiais/Recursos
Introdução	Realizar resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da quinta sessão.	5 min	Expositiva	Acolhimento	
Desenvolvimento	Avaliação da eficácia da intervenção.	25 min	Expositiva Interrogativa	Aplicação da escala de autoavaliação de zung. Aplicação do questionário de avaliação da intervenção.	Escala de autoavaliação de zung; Questionário de avaliação da intervenção.
Conclusão	Resumo dos aspetos mais importantes da intervenção. Reforçar a importância da monitorização dos sintomas de ansiedade e da aplicação de estratégias para redução da mesma. Esclarecimento de dúvidas. Término da intervenção.	10 min	Expositiva	Espaço partilhado para expressão de sentimentos. Feedback das participantes relativamente à intervenção.	

Anexo IX – Questionário de Avaliação da Intervenção

Questionário

Este questionário para o qual peço a sua colaboração tem como objetivo conhecer a sua opinião relativamente às sessões em que participou. Este questionário só terá interesse se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como responde às questões. Os dados obtidos são confidenciais.

Pergunta	Sim	Não
Sente que a participação na intervenção teve impacto na sua saúde mental?		
Sente que as estratégias de relaxamento que foram fornecidas podem contribuir para a diminuição da sua ansiedade?		
Acredita que as estratégias de redução da ansiedade fornecidas podem ser aplicáveis facilmente perante uma situação de ansiedade?		
Já utilizou alguma das estratégias fornecidas?		
Na sua opinião, os conteúdos abordados são pertinentes para a sua atividade profissional e pessoal?		
Sente que estas sessões melhoraram a relação com os seus pares?		
Gostaria de voltar a participar em intervenções sobre a temática da saúde mental?		