

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA COM RELATÓRIO

CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA À PESSOA COM ANSIEDADE

Inês Isabel Baião Cupido

ORIENTAÇÃO

Professora Doutora Lucília Nunes

Beja, maio de 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA COM RELATÓRIO

CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA À PESSOA COM ANSIEDADE

Inês Isabel Baião Cupido

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ORIENTAÇÃO

Professora Doutora Lucília Nunes

Beja, maio de 2025

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta etapa da minha vida constituiu-se como um desafio repleto de aprendizagens e não teria sido possível sem o apoio de pessoas muito especiais, às quais expresso a minha sincera gratidão. Elogio e referencio condignamente algumas das pessoas que me apoiaram, que me motivaram, que ouviram os meus lamentos e desesperos, que me "amaciaram" as quedas e me estimularam a continuar.

À docente orientadora Lucília Nunes, pela paciência, pelo voto de confiança, pelo incentivo e apoio, mesmo quando os dias foram menos bons. Obrigado pela sua disponibilidade, orientação e partilha de saberes.

A todos os docentes que com o seu contributo enriqueceram o percurso efetuado.

Aos meus orientadores dos estágios pela sua receção, disponibilidade, apoio, motivação demonstrada e investimento na minha aprendizagem e desenvolvimento de competências, a minha profunda admiração e gratidão.

A todos os profissionais de saúde dos três contextos de estágio pela receção, apoio e espírito de equipa.

A todos os utentes/clientes das unidades de estágio que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À minha Enfermeira Gestora Manuela Banza, à minha Coordenadora Inmaculada Vilez e a todos os meus colegas de equipa pelo apoio, compreensão e pelo estímulo constante para não desistir.

Aos meus pais pelo apoio, esforço incansável e principalmente por serem os melhores avós do mundo.

Ao meu filho Francisco por ser a força motivadora que me levou a iniciar, continuar e alcançar forças para atingir este objetivo. Agradeço o seu entendimento de que a "mamã está a estudar".

Aos meus amigos (eles sabem quem são) pela presença, paciência, apoio, companheirismo e incentivo para manter o foco na meta.

A todas as pessoas que de um modo direto ou indireto intervieram no meu percurso, tornando-o possível.

A mim própria pela força e resiliência demonstrada na manutenção do foco, mesmo nos dias mais escuros, quando pensava em desistir.

Sou grata a todos.

RESUMO

Este relatório descreve e reflete sobre o processo de desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), com foco particular na ansiedade enquanto problemática de saúde mental. Ao longo de três estágios distintos (internamento em fase aguda, hospital de dia de Oncologia e hospitalização domiciliária), foram aplicadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas suportadas pela Teoria de Ajuda Profissional de Chalifour (2008, 2009). Recorreu-se a técnicas não farmacológicas, nomeadamente a respiração diafragmática, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e a terapia de orientação para a realidade, procurando promover o autocontrolo da ansiedade e potenciar a autonomia dos utentes. A recolha de dados incluiu a observação participante, entrevistas semiestruturadas, exame do estado mental e registos em diário de campo, permitindo, através de uma análise descritiva e reflexiva, aferir o impacto destas intervenções ao nível da redução dos sintomas ansiosos e da melhoria do bem-estar psicossocial. Verificou-se, ainda, que a abordagem relacional e a partilha de responsabilidades entre enfermeiro e utente assumiram um papel preponderante no sucesso do processo terapêutico. Conclui-se que a integração destas estratégias, aliada a uma prática sistemática de supervisão clínica e educação contínua, contribuiu para uma resposta diferenciada e eficaz à ansiedade, reafirmando a importância da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**;** Ansiedade; Relaxamento muscular progressivo; Terapia de orientação para a realidade; Intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa

ABSTRACT

This report describes and reflects on the process of developing competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing, with a particular focus on anxiety as a mental health concern. Throughout three different internship settings (acute inpatient care, oncology day hospital, and home-based hospitalization), psychotherapeutic and psychoeducational interventions were implemented, grounded on Chalifour's (2008, 2009) Professional Help Relationship. Non-pharmacological techniques, namely diaphragmatic breathing, Jacobson's progressive muscle relaxation, and reality orientation therapy, were used to foster anxiety self-regulation and enhance patient autonomy. Data collection included participant observation, semi-structured interviews, mental state examination and field diary records, enabling a descriptive and reflective analysis of the impact of these interventions on reducing anxious symptoms and improving psychosocial well-being. Moreover, the relational approach and the shared responsibility between nurse and patient played a crucial role in the therapeutic success. In conclusion, integrating these strategies, combined with a systematic approach to clinical supervision and continuous education, proves to be effective and distinctive in addressing anxiety, thus reinforcing the relevance of the Mental Health and Psychiatric Nursing Specialist's role.

KEYWORDS: Mental Health and Psychiatric Nursing; Anxiety; Progressive muscle relaxation; Reality orientation therapy; Psychotherapeutic and psychoeducational intervention

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

et al. – os outros

N.º - Número

p. ex. – por exemplo

sic - "*sic erat scriptum*" – assim estava escrito/assim como foi dito

Siglas

AE – Ansiedade-estado

APA – American Psychological Association

AT – Ansiedade-traço

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – Doença por coronavírus SARS-CoV-2 2019

DALY's – *Disability Adjusted Life Years*/anos de vida ajustados pela qualidade

EE – Enfermeiro Especialista

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GBD – *Global Burden of Disease*

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HPA – Hipotálamo-hipófise-adrenal

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNC – Perturbações neurocognitivas

RAP – Modelo de ajuda profissional

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RMP – Relaxamento Muscular Progressivo

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

SU – Serviço de Urgência

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

TRP – Treino de Relaxamento Progressivo

UC – Unidade Curricular

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

USF – Unidade de Saúde Familiar

YLD – *Years Lived with Disability*/anos vividos com incapacidade

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Modelo Global de Intervenção do Treino de Relaxamento Progressivo, Bernstein e Borkovec (1973) 42
Tabela n.º 2 – Estrutura do programa de Intervenção Psicoterapêutica e Psicocoeducativa dirigido à Pessoa com Ansiedade e o processo avaliativo do mesmo. 45

ANEXOS

ANEXO A 82
Escala STAI-Y 82

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A 86
Ficha de Observação do Utente — Sessões de Intervenção com Técnicas de Relaxamento 86
APÊNDICE B 89
Guião da Realização da Técnica Respiratória (Respiração Diafragmática) 89
APÊNDICE C 92
Guião de Relaxamento Muscular Progressivo (Modelo com 16 grupos musculares) 92
APÊNDICE D 97
Guião de Relaxamento Muscular Progressivo (Modelo com 7 grupos musculares) 97
APÊNDICE E 101
Guião de Relaxamento Muscular Progressivo (Modelo com 4 grupos musculares) 101
APÊNDICE F 105
Ficha de Observação do Utente — Sessões com Terapia de Orientação para a Realidade 105
APÊNDICE G 108
Plano de Sessão – Intervenção Psicoeducativa "Como Cuidar da Minha Saúde Mental?" 108
APÊNDICE H 111
Apresentação - Intervenção Psicoeducativa "Como Cuidar da Minha Saúde Mental?" 111
APÊNDICE I 115
Apresentação da Formação aos Enfermeiros da UHD – Intervenções de Enfermagem à Pessoa com ansiedade. Técnicas de respiração e relaxamento e Terapia de Orientação para a Realidade 115
APÊNDICE J 120
Plano de Sessão da Formação aos Enfermeiros da UHD – Intervenções de Enfermagem à Pessoa com ansiedade. Técnicas de respiração e relaxamento e Terapia de Orientação para a Realidade 120
APÊNDICE K 123
Dinâmica de Grupo – Intervenção Psicoeducativa "O Oceano das Emoções e das Experiências". 123
APÊNDICE L 126
Plano de Sessão da Atividade Terapêutica - "O Oceano das Emoções e das Experiências" 126

ÍNDICE

1. Introdução 10
2. Enquadramento Teórico e Fundamentação para a Ação 14
2.1. Conceptualização sobre a Ansiedade 14
2.1.1. Referencial Teórico sobre a Ansiedade 18
2.1.2. Fatores de Risco e Fatores de Proteção para a Ansiedade 19
2.2. Intervenções Especializadas em ESMP 21
2.3. Teoria de Ajuda Profissional de Charles Chalifour 25
2.3.1. Fundamentos e Princípios Gerais 26
2.3.2. A Relação de Ajuda como Processo Estruturado 26
2.3.3. Competências Essenciais do Profissional 28
2.3.4. Integração no Contexto da ESMP 29
3. Contextos de Estágio 30
3.1. Contextualização dos Estágios 30
3.1.1. Serviço de Internamento (Fase Aguda) 30
3.1.2. Serviço de Cuidados Diferenciados (Hospital de Dia de Oncologia –Psico-Oncologia) 31
3.1.3. Unidade de Hospitalização Domiciliária 31
4. Abordagem Metodológica e Objetivos 33
5. Programa de Intervenção Psicoterapêutica e Psicoeducativa Dirigido à Pessoa com Ansiedade 36
5.1. Técnicas Respiratórias de Relaxamento 37
5.1.1. Técnicas Respiratórias (Respiração Diafragmática) 38
5.1.2. Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (RMP) e Treino de Relaxamento Progressivo (TRP) 40
5.1.3. Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) 43
6. Reflexão sobre a Aquisição de Competências 46
6.1. Competências Comuns do EE 46
6.2. Competências Específicas do EEESMP 54
6.3. Competências do Grau de Mestre 63
6.4. Perspetivas de Melhoria e Desafios 66
7. Conclusões 67
8. Referências Bibliográficas 69
Anexos 81
Apêndices 85

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) com relatório, inserida no plano de estudos do VIII Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em ESMP, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre e Castelo Branco, a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora e a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. Este trabalho académico pretende dar resposta ao método de avaliação da UC, que consiste na produção de um relatório de estágio de natureza profissional com posterior prestação de prova pública.

Pretende-se que este documento demonstre, tanto o crescimento académico, como o crescimento pessoal desenvolvido, num período de três semestres com início a 16 de setembro de 2023 e com final previsto para o mês de junho de 2025. Pretendemos elaborar um relatório onde seja descrito o desenvolvimento e o fortalecimento de competências de avaliação diagnóstica, planeamento, prestação e avaliação de cuidados especializados em ESMP a pessoas e famílias nos seus contextos, no âmbito dos diferentes níveis de prevenção. Serão descritas, de forma detalhada e refletidas de forma pormenorizada, todas as atividades desenvolvidas no percurso realizado bem como um programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa a desenvolver. Com a elaboração deste relatório pretende-se a aprovação final e a atribuição do Grau de Mestre, de acordo com o definido no Decreto-lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1.ª série, N.º 157 de 16 de agosto de 2018.

De acordo com a World Health Organization [WHO] (2023), estima-se que 4% da população mundial sofre atualmente de uma perturbação de ansiedade. A prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% no primeiro ano da pandemia de Covid-19, segundo dados divulgados pela WHO. Dados do estudo *Global Burden of Disease* (GBD) revelam que, em 2019, existiam cerca de 301 milhões de casos prevalentes de perturbações de ansiedade, com um aumento de 50% em relação a 1990, representando um dos principais contribuintes para os anos de vida ajustados pela incapacidade (DALYs) (Yang *et al.*, 2021). Mais recentemente, os dados do GBD 2021 confirmam que esta tendência se mantém em ascensão, especialmente entre adolescentes e jovens adultos, com um aumento global de 52% na incidência entre 1990 e 2021, agravado por fatores como a pandemia de Covid-19 e o impacto da vitimização por *bullying* (Bie *et al.*, 2024).

A ansiedade, enquanto resposta natural de antecipação face a uma ameaça real ou percebida, adquire um caráter patológico quando se manifesta de forma persistente, desproporcional e incapacitante,

afetando significativamente o funcionamento do indivíduo. Trata-se, atualmente, de uma das perturbações mentais mais prevalentes em todo o mundo (Penninx *et al.*, 2021), assumindo proporções epidémicas que motivam preocupação global.

Na Europa, a prevalência das perturbações de ansiedade é de 12% em idade adulta. Ao longo da vida das mulheres a prevalência varia entre 16,3% e 23,4%, e, para os homens entre 7,8% a 15,9% (Abbing *et al*, 2008). Segundo Caldas de Almeida (2008), e de acordo com a tendência crescente mundial e europeia, em Portugal, verifica-se uma prevalência de 5,3% de perturbações de ansiedade ligeira, 8% de perturbações de ansiedade moderada e 3,2% de perturbações de ansiedade grave.

Para além da sua elevada prevalência, a ansiedade está frequentemente associada a disfunções neurobiológicas e a comorbilidades psiquiátricas e somáticas, o que agrava a sua carga clínica e social (Penninx *et al.*, 2021). Em Portugal, as perturbações de ansiedade apresentam uma prevalência particularmente elevada, assumindo-se como uma das condições de saúde mental mais frequentes e com maior impacto no funcionamento global dos indivíduos. De acordo com o Boletim de Saúde Mental em Portugal – Um Breve Retrato Epidemiológico (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2021), cerca de 23% da população portuguesa apresenta alguma perturbação do foro mental, sendo as perturbações de ansiedade e a depressão as mais prevalentes. Apenas as perturbações de ansiedade contribuíram, em 2019, para 5,5% dos anos vividos com incapacidade (YLD) e 2,6% dos anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) no país. Estes dados colocam Portugal entre os países da União Europeia com maior carga associada às doenças mentais, evidenciando consequências significativas no bem-estar e na produtividade dos indivíduos afetados. Adicionalmente, um estudo realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Norte de Portugal revelou que 30,5% dos utentes apresentavam níveis elevados de ansiedade, incluindo casos de ansiedade moderada, severa ou extremamente severa (Chyczij *et al.*, 2020).

Pelo descrito anteriormente, a ansiedade assume-se como uma preocupação crescente que tem como emergente o desenvolvimento de respostas capazes de minimizar os estados de ansiedade e o potencial desenvolvimento de patologia do foro mental. No decurso das experiências de estágio, e em articulação com as necessidades identificadas nos contextos clínicos observados, foi escolhida como temática central a ansiedade, pela sua elevada prevalência, impacto funcional significativo e potencial de resposta através de intervenções especializadas de enfermagem.

A ansiedade é um flagelo que exige aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) uma especial atenção e a aquisição de conhecimentos acerca das intervenções a implementar de modo a dar resposta à necessidade de redução da ansiedade e promoção

do seu autocontrolo, de modo a conduzir a uma melhoria nos cuidados prestados, obtendo maiores ganhos em saúde.

No âmbito da ESMP, reconhece-se a ansiedade como um foco privilegiado de intervenção, exigindo respostas diferenciadas que promovam a autorregulação emocional e a reabilitação psicossocial. A prática do EEESMP distingue-se pelo envolvimento terapêutico, pela adoção de modelos teóricos de suporte e pelo desenvolvimento de estratégias psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas que potenciem a gestão dos sintomas e a melhoria do bem-estar (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

O presente relatório resulta do percurso formativo e prático em três contextos de estágio distintos:

1. Serviço de Internamento de pessoas com perturbações psiquiátricas em fase aguda;
2. Serviço de Cuidados Diferenciados (Hospital de Dia de Oncologia – Psico-Oncologia);
3. Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), onde se observam situações de ansiedade em utentes no contexto do seu processo de doença e modalidade de internamento.

Foi nestes contextos que se delineou, de modo progressivo, a implementação de um programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa de ESMP dirigido à pessoa com ansiedade, assente em três eixos principais:

- Técnicas Respiratórias (Respiração Diafragmática);
- Relaxamento Muscular Progressivo (técnica de Jacobson);
- Terapia de Orientação para a Realidade.

Este relatório/estudo descritivo-reflexivo, com abordagem qualitativa, está sustentado na Teoria de Ajuda Profissional de Charles Chalifour (2008, 2009), reconhecendo a pessoa com ansiedade como coparticipante ativo no seu processo de cuidar e enfatizando a relação terapêutica enfermeiro-cliente enquanto elemento-chave de transformação.

Deste modo, tendo em conta o intuito de aprofundar esta temática, definimos os objetivos gerais:

- Apresentar o relatório dos estágios realizados no mestrado como elemento de avaliação da UC, propondo-o a discussão em prova pública;
- Expor as atividades desenvolvidas descrevendo e analisando o percurso realizado durante os estágios, onde foram desenvolvidas competências de EE (Enfermeiro Especialista) e EEESMP com o intuito de obter o grau de Mestre em ESMP.

Definimos como objetivos específicos:

- Descrever a problemática e o enquadramento teórico que baseiam o relatório;

- Descrever a implementação e avaliação de um programa de intervenção psicoterapêutico e de psicoeducação centrado na gestão da ansiedade;
- Relatar reflexivamente o trabalho desenvolvido nos contextos clínicos;
- Descrever o desenvolvimento de competências do EE, de competências específicas do EEESMP e competências de mestre em enfermagem;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência.

A estrutura do relatório inicia-se com a presente introdução na qual se descreve a contextualização do percurso formativo, a fundamentação da escolha temática e os objetivos do documento. A segunda parte é composta por um (2) enquadramento teórico e fundamentação para a ação através da conceptualização sobre a ansiedade, a descrição das intervenções especializadas em ESMP que se caracterizam por um conjunto de práticas clínicas que integram avaliação, planeamento e execução de cuidados de forma sistematizada, sustentada no conhecimento científico e na relação terapêutica e por último, a descrição do quadro referencial teórico que suporta a implementação da ação que atende aos princípios da Teoria de Ajuda Profissional de Jacques Chalifour (2008, 2009).

Posteriormente, serão descritos os (3) contextos de estágios onde foi desenvolvido o (4) percurso referente à prática clínica, com o desenvolvimento do programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa dirigido à pessoa com ansiedade. De seguida, surge uma (5) reflexão sobre a aquisição de competências comuns do EE, as competências do EEESMP e as competências do grau de mestre em enfermagem por via da capacidade de desenvolver, aprofundar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado e a narrativa de uma perspetiva de melhorias e desafios. Seguem-se as (6) conclusões do desenvolvimento do relatório, da prática vivenciada e da reflexão desenvolvida ao longo dos estágios e finalizamos com a apresentação das referências bibliográficas, apêndices e anexos, cuja sequência de apresentação respeita a ordem pelos quais são referidos ao longo do relatório.

A elaboração do presente documento está de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e respeita as regras definidas na norma para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no Instituto Politécnico de Beja, bem como como as normas da American Psychological Association (APA) sétima edição, na realização das referências bibliográficas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO PARA A AÇÃO

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO SOBRE A ANSIEDADE

A psicologia da emoção é um campo de estudo que procura compreender e interpretar as emoções humanas ao longo do tempo. Desde a Antiguidade, vários filósofos e pensadores tentaram decifrar a natureza das emoções e a sua influência no comportamento humano, tendo em consideração fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais bem como a evolução das sociedades e das relações interpessoais (Dias, Cruz & Fonseca, 2008).

As emoções resultam de uma componente inata, fortalecidas pela história evolutiva dos indivíduos. Permitem a compreensão dos fenómenos, a tomada de decisão e a resolução de problemas assumindo um componente essencial do funcionamento adaptativo com vista ao bem-estar físico, psíquico e emocional do indivíduo (Damásio, 2013; Gross, 2002; Gross & Thompson, 2007).

A identificação das emoções e a regulação dos pensamentos que delas decorrem introduz a importância do conceito de regulação emocional. Esta assume-se como a capacidade de reconhecer e compreender emoções individuais e, a partir dessa consciência, gerir a resposta comportamental. A regulação emocional abarca estratégias que surgem de forma consciente ou inconsciente e são utilizadas para aumentar, manter ou diminuir um ou mais elementos da resposta emocional. Estes componentes podem variar entre sentimentos, comportamentos e/ou respostas fisiológicas decorrentes de uma emoção (Gross, 1998).

Segundo Cruvinel e Boruchovit (2010), as estratégias de regulação emocional minimizam o risco de desenvolvimento de comportamentos problemáticos e auxiliam o desenvolvimento saudável e harmonioso dos indivíduos. Contudo, segundo Damásio (2003), o processo de regulação emocional nem sempre é bem-sucedido podendo conduzir o indivíduo a experienciar processos de desregulação emocional que, eventualmente, se traduzem em emoções negativas e de desprazer, aumentando o sofrimento psicológico, na sua interação com o ambiente.

Todos nós ao longo da vida, em diversos contextos e em várias oportunidades já experienciámos a sintomatologia da ansiedade, maioritariamente, associada à vivência de emoções negativas, sintomas

somáticos de tensão e aliados ao medo, que condicionam a capacidade do indivíduo para reagir adequadamente (APA, 2023).

A ansiedade é uma resposta natural que nos estimula a reagir perante uma panóplia de situações do nosso dia a dia, constituindo-se como uma parte integrante do Ser Humano, como mecanismo de defesa, na medida em que ajuda o indivíduo a responder de forma automática e imediata a determinados *inputs*, acelerando os reflexos e o foco numa situação problema (Rebelo & Carvalho, 2014).

A ansiedade pode ser entendida como um estado emocional caracterizado por uma antecipação apreensiva de perigo ou de acontecimentos futuros potencialmente ameaçadores, acompanhada de um conjunto de reações cognitivas, fisiológicas e comportamentais (APA, 2023). De acordo com o *DSM-5-TR* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) trata-se de um fenómeno que é inato e natural ao ser humano, pois permite que o indivíduo esteja em alerta e se prepare para reagir de forma adequada a desafios ou situações que exijam maior atenção. Contudo, a ansiedade torna-se patológica quando a resposta apresentada é desproporcionada em relação ao estímulo desencadeador, prejudicando o funcionamento diário e causando sofrimento significativo (APA, 2023). De uma forma não patológica a ansiedade tem como função principal a proteção do organismo perante o perigo. Aquando da perceção de uma ameaça à integridade física e/ou psicológica o organismo reage com um conjunto de alterações fisiológicas (taquicardia, taquipneia, aumento da tensão muscular), comportamentais e cognitivas por forma a adaptar-se e a preparar-se para a ação (Dias, 2022).

Aquando ultrapassado um certo grau de intensidade e duração, a ansiedade fomenta a fragilidade e a vulnerabilidade individual condicionando a capacidade de gestão da mesma e comprometendo todo o funcionamento individual, familiar, social e profissional. A ansiedade patológica é caraterizada por uma preocupação e ansiedade excessivas ("expetativa apreensiva") acerca de um conjunto de atividades ou eventos que ocorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos seis meses, com impacto social, laboral e ocupacional; existe dificuldade em controlar a preocupação e a estes acrescem pelo menos três sintomas dos seis descritos no DSM-5-TR: inquietação ou sensação de estar com os "nervos à flor da pele", fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (APA, 2023). Segundo Peplau (2004), citada por Townsend (2011), a ansiedade pode ser classificada em quatro níveis: leve, moderada, grave ou pânico, de acordo com a sua intensidade, com o sofrimento e com as limitações que impõe no dia a dia do indivíduo, aumentando a vulnerabilidade à doença.

As causas da ansiedade podem envolver fatores genéticos, ambientais e psicossociais, sendo frequentes em vários grupos etários e, em especial, no sexo feminino (Chand & Marwaha, 2023; Munir & Takov, 2022).

Segundo Chand e Marwaha (2023), é fundamental distinguir entre medo e ansiedade: o medo é uma resposta imediata a um perigo presente ou iminente, desencadeando reações de luta ou fuga. A ansiedade, por seu lado, envolve um estado mais prolongado e orientado para o futuro, no qual predomina a apreensão face a cenários percebidos como ameaçadores, mesmo quando estes não estão objetivamente presentes. Quando esta apreensão se torna excessiva e passa a dominar a perceção do indivíduo, torna-se incapacitante ocorrendo uma sobrestimação sistemática do risco ou da probabilidade de eventos negativos, o que gera um ciclo de preocupação difícil de controlar.

Charles Spielberger (1966) desenvolveu a teoria de ansiedade estado e traço que permite distinguir um estado emocional temporário e transitório de um traço de personalidade tendencialmente estável. Assim, a ansiedade-traço (AT) refere-se a uma caraterística permanente e estável da personalidade, ou seja, o modo habitual do sujeito reagir em diversas situações; está relacionada com as diferenças individuais e a predisposição individual para responder a situações de ansiedade, de uma forma mais ou menos elevada (Spielberger, 1966). A ansiedade-estado (AE) constitui-se como um estado emocional transitório de sentimentos subjetivos de tensão e preocupação resultantes da ação do Sistema Nervoso Autónomo (Spielberger, 1966). Spielberger (1966) defende que os indivíduos com elevada AT são mais frágeis perante situações de tensão e, consequentemente, apresentam maior predisposição para vivenciar reações de ansiedade mais intensas, respondendo a várias situações como ameaçadoras. À AT acrescem as variáveis da AE. É importante compreender a complexidade da relação da AT com a AE, tendo em conta a interação dos traços da personalidade com os fatores situacionais e ambientais.

Telles Correia (2008) citado por Vaz (2021), refere que a AT assume caraterísticas hereditárias, sendo que é possível determinado indivíduo ter maior tendência para desenvolver uma ansiedade patológica do que outro. Existem ainda momentos ao longo da vida que, tendencialmente, podem potenciar o desenvolvimento de patologia nomeadamente devido a: *a)* fatores externos, como por exemplo, o término de uma relação, a morte de um amigo ou familiar e problemas laborais; *b)* fatores biológicos, como sejam a gravidez, o puerpério, a menopausa nas mulheres e a andropausa nos homens e *c)* experiências anteriores, na medida em que moldam a personalidade do indivíduo e ditam a importância com que cada um vive os acontecimentos.

A nível conceptual, os diversos quadros ansiosos incluem perturbações como a ansiedade generalizada, as fobias específicas, a fobia social e a perturbação de pânico (APA, 2023).

As manifestações da ansiedade surgem no âmbito somático, cognitivo, emocional ou comportamental. No âmbito somático podem manifestar-se alterações gastrointestinais como xerostomia, diarreia, flatulência, cólicas, náuseas ou perda de apetite; alterações cardiovasculares como palpitações, sensação de aperto na garganta/asfixia, lipotimia e dor precordial; alterações respiratórias

que se traduzem em dispneia, hiperventilação e suspiros frequentes; e outros como sejam sudorese profusa, vertigens, cefaleias, visão turva e mialgias. No âmbito cognitivo podem surgir dificuldades na concentração, perda de foco, diminuição da capacidade de pensar e aprender, pensamentos de ruína, confusão mental, bloqueio de pensamento, hipervigilância e diminuição da capacidade de solucionar problemas. Ao nível emocional e comportamental pode manifestar-se por cansaço, sensação de perigo persistente, medo do insucesso, pânico, infelicidade, nervosismo, diminuição da confiança, preocupação excessiva constante, medo de perder o controlo, inquietação/agitação, impaciência, irritação, frustração, angústia, desespero, raiva, isolamento social e uma maior labilidade emocional (Rebelo & Carvalho, 2014).

No contexto português, os dados do *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* evidenciam que as perturbações de ansiedade são as mais prevalentes, atingindo aproximadamente 16,5% da população (Fundação para a Nacionalidade e Estudos de Recursos em Doenças Mentais, 2015). Estes números acentuam a importância de uma compreensão alargada do conceito de ansiedade, bem como da necessidade de identificar atempadamente sinais e sintomas, de modo a prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida (Lau & Rapee, 2011).

Para além da dimensão clínica, a ansiedade provoca impacto acentuado ao nível do bem-estar individual e familiar, bem como a nível económico e social expressivos. Em Portugal, tal como noutros contextos, os indivíduos em risco podem apresentar dificuldades em aceder a cuidados especializados, sendo, por isso, crucial que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de ansiedade de forma a assegurar um diagnóstico atempado (Oliveira, Marques & Silva, 2020). Phaneuf (2005) menciona que a intervenção em saúde mental, nomeadamente a de enfermagem, deve apoiar o desenvolvimento de competências de autocontrolo, ajudando o indivíduo a gerir estímulos internos e externos suscetíveis de desencadear ansiedade. A capacidade de reconhecer rapidamente as manifestações emocionais e fisiológicas que anunciam um pico de ansiedade permite uma atuação preventiva, que inclui técnicas de relaxamento, estratégias de resolução de problemas e reorganização cognitiva (Phaneuf, 2005; Oliveira, Marques & Silva, 2020).

Paralelamente à terapêutica farmacológica existem outras técnicas válidas e que conduzem a resultados benéficos para o tratamento da ansiedade como sejam as diversas técnicas de relaxamento, a psicoeducação, a intervenção psicodinâmica no caso de alterações ao nível dos processos mentais inconscientes, a terapia cognitivo-comportamental no âmbito do défice da funcionalidade dos pensamentos, emoções ou comportamentos (Figueira, Sampaio & Afonso, 2014) e a terapia de orientação para a realidade, nomeadamente, nos casos em que o doente apresenta declínio cognitivo e perturbações neurocognitivas (PNC).

De forma a mensurar os níveis de ansiedade podem ser, eventualmente, aplicados instrumentos de avaliação psicométrica, que são instrumentos padronizados e validados cientificamente por forma a mensurar de forma objetiva e quantitativa os níveis de ansiedade dos indivíduos e a frequência dos sintomas dos mesmos. Pode existir a necessidade de adequar a escolha do instrumento de avaliação psicométrica de acordo com as caraterísticas pessoais do indivíduo. Esta avaliação permite aos indivíduos avaliados um maior autoconhecimento das caraterísticas da sua ansiedade e permite ao avaliador a obtenção de uma compreensão clara do estado emocional do indivíduo auxiliando o mesmo a diagnosticar a ansiedade de forma eficaz. Os resultados são frequentemente apresentados em forma de pontuação e auxiliam o prestador de cuidados a decidir sobre as intervenções terapêuticas mais adequadas.

Em síntese, a conceptualização sobre a ansiedade, fundamentada nas referências do *DSM-5-TR* (APA, 2023), abrange uma resposta adaptativa necessária à sobrevivência, mas que pode tornar-se disfuncional quando existe uma hipersensibilidade aos estímulos ameaçadores ou uma perceção exagerada do perigo. No cenário nacional, a taxa elevada de prevalência (16,5%) coloca em evidência a necessidade de uma atenção continuada a este problema (Fundação para a Nacionalidade e Estudos de Recursos em Doenças Mentais, 2015). A diferenciação entre medo e ansiedade, a consideração dos fatores biopsicossociais e a capacitação do indivíduo para lidar com as adversidades constituem fatores essenciais para a compreensão e gestão eficaz das perturbações de ansiedade (Chand & Marwaha, 2023; Munir & Takov, 2022; Phaneuf, 2005; Oliveira, Marques & Silva, 2020).

2.1.1. Referencial Teórico sobre a Ansiedade

A compreensão teórica da ansiedade tem-se apoiado em diversos modelos, mas salienta-se, de forma consistente, a natureza multifatorial desta perturbação, onde elementos biológicos, cognitivos e comportamentais interagem (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2010). Um dos quadros mais influentes no estudo da ansiedade é o Modelo de Tripla Vulnerabilidade, proposto por Barlow (2002), segundo o qual a génese e a manutenção da ansiedade resultam de três dimensões interligadas: (1) vulnerabilidade biológica geral, (2) vulnerabilidade psicológica geral, e (3) vulnerabilidade psicológica específica.

No que respeita à vulnerabilidade biológica geral, considera-se que fatores genéticos e neurobiológicos contribuem para uma resposta hipersensível ao *stress*. Estudos de neuroimagem e de genética molecular evidenciam que alterações no circuito amígdalo-hipocampo, nas vias serotoninérgicas e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) podem predispor a níveis mais elevados de excitação ansiosa (Hettema *et al.*, 2001; Tafet & Feder, 2021). Assim, indivíduos com histórico familiar de

perturbações de ansiedade ou que apresentem determinadas variantes genéticas revelam maior probabilidade de desenvolver manifestações ansiosas perante situações potencialmente ameaçadoras (Smoller, 2016; Ming *et al.*, 2015).

A vulnerabilidade psicológica geral engloba crenças ou esquemas cognitivos globais, por vezes aprendidos na infância, que levam a interpretações catastróficas ou exageradas de acontecimentos neutros ou ambíguos (Clark & Beck, 2010). Nomeadamente em contextos de incerteza, a pessoa pode desenvolver pensamentos automáticos disfuncionais, onde qualquer situação desconhecida é percecionada como potencialmente perigosa, originando um ciclo de preocupação recorrente (Eysenck, 1992). Além disso, esta dimensão reflete a história de aprendizagem do indivíduo – casos de educação muito crítica ou ambientes familiares sobre protetores podem reforçar uma perceção do mundo como sendo hostil ou imprevisível, alimentando a ansiedade (Proskurnia, 2023; Gouze *et al.*, 2017).

Por fim, a vulnerabilidade psicológica específica diz respeito a medos aprendidos ou condicionados, direcionados para determinados estímulos ou contextos. Nesta perspetiva, cada pessoa desenvolve "gatilhos" específicos que podem estar relacionados, por exemplo, com experiências negativas prévias. A associação repetida entre um sinal ambiental e a resposta de medo consolida o comportamento de esquiva ou evitamento, perpetuando o quadro ansioso (Barlow, 2002).

Para além do modelo de Barlow, outro contributo relevante provém das teorias cognitivas de Clark e Beck (2010), que se concentram nos "processos interpretativos enviesados". Estes investigadores argumentam que as pessoas com altos níveis de ansiedade tendem a focar-se em ameaças (viés de atenção) e a interpretar ambiguidades de forma negativa (viés de interpretação), resultando em espirais crescentes de preocupação. O desenvolvimento deste padrão cognitivo reforça a hipermonitorização de sinais corporais e ambientais em que cada alteração fisiológica (p. ex. taquicardia) pode ser erroneamente interpretada como o início de uma crise de ansiedade, amplificando o medo e agravando o quadro clínico (Craske, 2012; Yoris *et al.*, 2015).

2.1.2. Fatores de Risco e Fatores de Proteção para a Ansiedade

A investigação atual sobre os fatores de risco e proteção associados às perturbações de ansiedade coincide com a ideia de que estas condições têm etiologia multifatorial, envolvendo dimensões cognitivas, biológicas, comportamen41hu8tais e psicossociais e que, de forma interrelacionada, aumentam ou reduzem a probabilidade de desenvolvimento de sintomas ansiosos (Zimmermann *et al.*, 2020; Dumitrescu *et al.*, 2021). Por um lado, múltiplas variáveis de ordem pessoal, familiar e ambiental podem funcionar como possíveis fatores de risco; por outro, determinadas estratégias de *coping*, suporte social e

hábitos de vida saudáveis podem exercer um efeito protetor e diminuir o aparecimento de perturbações de ansiedade (Fullana *et al.*, 2019).

No plano das variáveis de risco, três grandes categorias têm recebido particular ênfase. A primeira diz respeito aos fatores familiares e ao ambiente na infância, que incluem a experiência de parentalidade negativa, negligência emocional ou abuso, bem como a existência de perturbações ansiosas ou depressivas nos progenitores. Vários estudos identificam esta herança familiar como crucial para a vulnerabilidade futura, seja através de processos de modelagem ou de predisposição genética (Narmandakh *et al.*, 2021; Zimmermann *et al.*, 2020). Concomitantemente, eventos de vida adversos, como perdas precoces, instabilidade socioeconómica ou exposição repetida a situações de violência, surgem igualmente associados a maior probabilidade de desenvolver ansiedade na adolescência e na vida adulta (Dumitrescu *et al.*, 2021). Uma segunda categoria inclui fatores individuais, como certos traços de personalidade (p. ex elevado neuroticismo ou menor capacidade de autorregulação emocional), que amplificam a reação a stressores do quotidiano, facilitando o estabelecimento de preocupações desadaptativas ou estratégias de evitamento e fuga (Fullana *et al.*, 2019). Também se salienta o papel do sexo feminino enquanto fator de risco, dada a maior prevalência de perturbações de ansiedade em mulheres; esta diferença parece relacionar-se tanto com questões hormonais como com influências psicossociais acumuladas (Dumitrescu *et al.*, 2021; Narmandakh *et al.*, 2021). Por fim, uma terceira vertente engloba fatores ligados ao estilo de vida e comportamentos de saúde, incluindo o consumo de substâncias (tabaco, álcool ou outras drogas) e a baixa prática de exercício físico (Zimmermann *et al.*, 2020). De forma consistente, a utilização abusiva de substâncias tem sido associada a maior risco de perturbações de ansiedade, sobretudo quando ocorre de modo frequente e desde idades precoces (Ohannessian, 2014; Wolitzky-Taylor *et al.*, 2016).

Em contrapartida, há fatores que se comportam como protetores e contribuem para reduzir a probabilidade de desenvolver ansiedade em populações vulneráveis. O suporte social adequado expresso em relacionamentos familiares e de pares que sejam positivos, com comunicação aberta e disponibilidade para a partilha de dificuldades surge como um dos principais minimizadores do *stress*, diminuindo tanto o risco de sintomatologia ansiosa como a probabilidade de cronificação (Zimmermann *et al.*, 2020). Para além do referido, a existência de estratégias de *coping* ativas e bem definidas, capazes de lidar com adversidades de forma adaptativa (p. ex., planeamento ou resolução de problemas, em vez de evitamento ou ruminação), mostraram ter um efeito benéfico na contenção de sintomas ansiosos (Dumitrescu *et al.*, 2021). Outros estudos apontam ainda que a prática de exercício físico regular pode conferir maior resistência emocional e promover uma resposta fisiológica mais equilibrada ao *stress*, com destaque para

exercícios de intensidade moderada que contribuam para a redução a longo prazo dos níveis de tensão (Zimmermann *et al.*, 2020).

Narmandakh *et al.* (2021) enfatizam ainda que, apesar do volume crescente de evidência acerca de fatores psicossociais (p. ex, frustração temperamental, baixa capacidade de controlo emocional, experiência de problemas familiares), os dados relativos a fatores biológicos específicos, como níveis de cortisol ou parâmetros cardiovasculares, são menos conclusivos no que respeita à sua capacidade de prever o desenvolvimento de perturbações ansiosas. Em geral, estes marcadores fisiológicos não parecem, por si só, constituir preditores fortes, sugerindo a necessidade de mais estudos para compreender em que medida se integram na complexa rede de fatores envolvidos na etiologia das perturbações de ansiedade (Fullana *et al.*, 2019; Narmandakh *et al.*, 2021).

Em suma, a literatura sobre o tema revela uma forte interdependência entre fatores de risco e o contexto de suporte social ou de estratégias pessoais de regulação (Zimmermann *et al.*, 2020). Assim, os programas de prevenção que visem promover comportamentos protetores, como o reforço do apoio relacional, atividade física regular, aquisição de conhecimentos acerca de técnicas não farmacológicas e desenvolvimento de estratégias de *coping* parecem possuir potencial para diminuir o aparecimento ou a gravidade das perturbações de ansiedade em populações vulneráveis (Dumitrescu *et al.*, 2021; Fullana *et al.*, 2019).

2.2. Intervenções Especializadas em ESMP

As intervenções especializadas em ESMP distinguem-se pela sua especificidade clínica, pelo recurso a metodologias terapêuticas diferenciadas e pela capacidade de estabelecer uma relação de ajuda profícua com a pessoa, família ou comunidade.

O EEESMP desempenha um papel central na prestação de cuidados que vão muito além da simples monitorização de sintomas, exigindo competências relacionais, ética, técnicas e de gestão da informação. De acordo com as reflexões de Rodrigues e Custódio (2021), a atuação da enfermagem tem vindo a deslocar-se de práticas asilares e estigmatizantes para intervenções comunitárias e humanizadas, em consonância com a mudança de paradigma nos cuidados psiquiátricos e a importância do acolhimento e do envolvimento familiar. Tal mudança requer que o EEESMP desenvolva não só um domínio clínico forte, mas também competências de comunicação terapêutica, escuta sensível e autoconhecimento, como defendem Tavares *et al.* (2016), ao alegarem que a prática em saúde mental implica pensar o "sujeito" na sua individualidade, promovendo a autonomia e a inclusão social. Candelas *et al.* (2016) evidenciam que, historicamente, já se reconhecia a necessidade de o enfermeiro estabelecer uma relação de proximidade

com o doente, recorrendo a cuidados que abarcam intervenções como vigiar, registar alterações de comportamento, administrar terapias (farmacológicas ou não) e ajudar na manutenção de hábitos de higiene e alimentação, sempre com vista à reintegração e promoção do bem-estar psicossocial. Deste modo, o EEESMP ao conjugar competências técnicas e relacionais, assume-se como um agente terapêutico de crucial importância para a humanização do cuidado, a formação de vínculos e a garantia de um ambiente promotor de reabilitação e qualidade de vida para a pessoa com sofrimento psíquico.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018), o EEESMP desenvolve competências que abrangem todo o ciclo vital, promovendo a saúde mental, prevenindo a doença mental e intervindo no tratamento e na reabilitação psicossocial. Nesse sentido, importa salientar as principais áreas de ação que definem as intervenções especializadas no âmbito da intervenção à pessoa com ansiedade, nomeadamente:

1. **Avaliação e planeamento de cuidados em saúde mental**
    - O EEESMP realiza uma recolha de dados aprofundada sobre a história de saúde mental do indivíduo, identificando fatores predisponentes, capacidades internas e recursos externos que influenciam as suas respostas à ansiedade, intervindo com o intuito de atingir o seu bem-estar (OE, 2018);
    - Esta avaliação pormenorizada permite observar e identificar a sintomatologia de ansiedade, a eventual alteração de comportamento da pessoa e de gerir potenciais riscos (ideação suicida…) e estabelecer objetivos centrados nas reais necessidades da pessoa, promovendo a eficácia das intervenções (Teixeira, 2023).

2. **Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais**
    - O Regulamento n.º 515/2018 sublinha a competência do EEESMP em desenvolver intervenções psicoterapêuticas, quer de forma individual, quer em contexto familiar ou grupal. Esta prática implica a utilização intencional de técnicas psicoterapêuticas e psicoeducativas, adaptadas ao perfil e vivências da pessoa com vista à gestão da ansiedade (Sampaio *et al.*, 2023);
    - As intervenções socio terapêuticas e psicossociais focam-se na melhoria das dinâmicas relacionais, na integração social e no desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com o sofrimento psíquico associado à ansiedade e diminuir o risco do desenvolvimento de perturbações de ansiedade (OE, 2018);

- A psicoeducação, por sua vez, visa capacitar a pessoa e a família a identificar e a gerir sinais e sintomatologia de ansiedade de modo mais autónomo, incentivando a adesão às abordagens terapêuticas, reforçando competências de autocuidado que conduzem à manutenção da prática das técnicas não farmacológicas (Brazão, 2020; Madeiras, 2020).

3. **Relação terapêutica e mobilização de si como instrumento terapêutico**
    - A relação de ajuda, caracterizada pela empatia, escuta ativa, total disponibilidade e confiança mútua, constitui um elemento fulcral do cuidado especializado em ESMP permitindo acesso a informação privilegiada acerca das vivências da ansiedade do indivíduo e favorecendo o desenvolvimento de um plano de cuidados mais aprimorado logo, mais eficaz. Conforme descrito no Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP mobiliza o autoconhecimento e a consciência de si para intervir de forma ética e sensível às vulnerabilidades de cada pessoa (OE, 2018);
    - Esta postura relacional é primordial para fomentar a adesão do indivíduo ao tratamento, auxiliando-o a encontrar novos sentidos para as suas dificuldades e a fortalecer a motivação para a mudança (Coelho *et al.*, 2020).

4. **Promoção do autocontrolo dos sintomas e da autonomia**
    - Em situações como a ansiedade, o EEESMP recorre a intervenções estruturadas, tais como a respiração diafragmática, o relaxamento muscular progressivo, a técnica de orientação para a realidade e outras técnicas não farmacológicas que têm como intuito atenuar a sintomatologia (Almeida *et al.,* 2020; Hopper *et al.,* 2019);
    - A intervenção psicoterapêutica do EEESMP engloba o estabelecimento de metas conjuntas e a avaliação contínua dos resultados, reforçando a capacidade do indivíduo para identificar os seus *triggers*, aumentando a capacidade para gerir os sintomas da ansiedade e participar ativamente no seu processo terapêutico com vista à melhoria da sua funcionalidade e bem-estar (Madeiras, 2020).

5. **Gestão de caso e continuidade de cuidados**
    - Outra vertente relevante das intervenções do EEESMP envolve a coordenação de cuidados em diferentes contextos (internamento, ambulatório e comunidade), assegurando a continuidade assistencial no âmbito dos cuidados à pessoa com ansiedade com vista à prevenção da perturbação mental (OE, 2018);

- Este acompanhamento inclui a implementação de programas comunitários, nomeadamente programas de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa com vista à gestão e autocontrolo da ansiedade, dirigidas à pessoa e à família e ações de suporte, tendo como finalidade a integração social e a prevenção de recaídas (Teixeira, 2023).

6. **Reabilitação psicossocial**
    - O EEESMP concebe e concretiza programas de reabilitação psicossocial, que abrangem a promoção de competências pessoais, sociais e ocupacionais, fomentando a autonomia e a funcionalidade da pessoa (OE, 2018);
    - Tais intervenções possibilitam a continuidade da adesão aos tratamentos propostos, reestruturando rotinas, o retorno à vida profissional ou escolar e a redução do estigma, contribuindo para melhorias em saúde mental e qualidade de vida (Madeiras, 2020).

O EEESMP desenvolve técnicas de relaxamento através das técnicas respiratórias e relaxamento muscular progressivo e concomitantemente estabelece uma relação de ajuda promotora da confiança de modo a obter os melhores resultados na intervenção nos sinais e sintomas, identificação de *triggers* e situações potenciadoras de ansiedade, capacitando a pessoa a obter ferramentas que lhe permitam interromper o ciclo ansioso. O EEESMP contribui para o *empowerment* do doente e família de modo que reconheçam o seu estado de ansiedade (*insight*), os seus sintomas e as suas causas e, em conjunto, encontrarem estratégias de autocontrolo, apoiadas em abordagens não farmacológicas, de modo a intervir na sua minimização.

Como EEESMP é essencial definir um plano de cuidados individualizado, através da aplicação das etapas do processo de enfermagem e avaliando o comportamento do doente de modo a definir e a classificar o diagnóstico da ansiedade como foco da intervenção de enfermagem.

Aquando da identificação da presença de ansiedade em cada um dos doentes e família, devem ser tidas em conta as caraterísticas próprias de cada um, entendendo-os com uma visão holística e sempre que os mesmos demonstrem sintomatologia. Para além da observação do comportamento do doente considerando a sintomatologia manifestada pelo mesmo é também importante a monitorização de sinais vitais e eventuais perturbações advindas dos mesmos e aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica que permitam a caraterização do grau de ansiedade. A intervenção precoce orienta e previne a evolução da ansiedade para eventuais perturbações da mesma. A identificação e entendimento do EEESMP dos fenómenos associados à sintomatologia da ansiedade é também uma premissa para uma

intervenção mais eficiente e eficaz, com maiores ganhos em saúde e promoção da saúde mental e bem-estar do doente.

Em súmula, as intervenções especializadas em ESMP caracterizam-se por um conjunto de práticas clínicas que integram avaliação, planeamento e execução de cuidados de forma sistematizada, sustentada no conhecimento científico e na relação terapêutica. Estas intervenções contemplam desde a deteção rápida e atempada de alterações físicas, emocionais ou comportamentais associadas à ansiedade até à implementação de estratégias de tratamento e reabilitação, enfatizando sempre a promoção da autonomia e do *empowerment* da pessoa cuidada (OE, 2018; Sampaio *et al.*, 2023). A ação do EEESMP torna-se, assim, vital no desenvolvimento de respostas diferenciadas e eficazes no controlo e autogestão da ansiedade, prevenindo patologias e promovendo a saúde mental, beneficiando não somente a pessoa, mas também a sua família e comunidade.

2.3. Teoria de Ajuda Profissional de Charles Chalifour

Jacques Chalifour (2008) desenvolveu um modelo teórico de relação de ajuda no âmbito dos cuidados de enfermagem, que considera a pessoa/cliente no centro da intervenção profissional. O modelo de Relação de Ajuda Profissional (RAP) está embasado no pensamento existencial-humanista, perspetivando a compreensão integral da pessoa como ser de relação, em relação com o ambiente e a importância da relação terapêutica com o profissional/interveniente. Este modelo destaca a importância de uma abordagem holística e personalizada, reconhecendo a complexidade, individualidade e as idiossincrasias de cada pessoa (Chalifour, 2008).

A Teoria de Ajuda Profissional proposta por Chalifour (2009) coloca a relação entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada no centro da intervenção terapêutica, entendendo-a como um processo metódico e sistematizado que tem como propósito promover mudanças positivas na vida de quem procura ajuda. Esta proposta vai além da mera partilha de informações ou execução de procedimentos, realçando a construção de um vínculo que facilite a compreensão do outro e a mobilização dos seus próprios recursos internos para lidar com dificuldades ou desafios.

Através do processo terapêutico de ajuda profissional e da valorização do papel do *eu* (enfermeiro) na relação enfermeiro-cliente, são munidos meios para que o doente/cliente tenha uma maior consciência de si e maior conhecimento dos seus problemas, das suas escolhas, das suas necessidades e dos seus recursos internos para gerir determinadas emoções, sentimentos e/ou situações.

Segundo o RAP, o EEESMP deve promover o doente a utilizar e a desenvolver os seus recursos internos e potencialidades de modo a satisfazer as suas necessidades, através de uma relação de ajuda e "(…) aliança terapêutica (…)" Chalifour (2008: 2).

2.3.1. Fundamentos e Princípios Gerais

De acordo com Chalifour (2009), a ajuda profissional estrutura-se no reconhecimento de que a pessoa a ser cuidada detém já, em si, uma capacidade de crescimento e de resolução de problemas. O enfermeiro atua como facilitador, isto é, alguém que cria as condições favoráveis para que a pessoa encontre, desenvolva ou fortaleça tais capacidades. Assim, o processo não se baseia em "dar conselhos" ou direcionar a pessoa, mas sim em acompanhar, escutar e clarificar o que esta traz, encorajando-a na busca de caminhos mais saudáveis.

Para que a ajuda seja efetiva, Chalifour (2009) identifica alguns pressupostos-chave:

1. Respeito pela singularidade de cada pessoa: implica reconhecer a história e a vivência única que cada indivíduo transporta, evitando rótulos e julgamentos precipitados;
2. Não diretividade: embora o enfermeiro possa ter um corpo de conhecimentos e estratégias específicas, não deve impor soluções. Em vez disso, ajuda a pessoa a clarificar sentimentos e pensamentos, para que ela própria chegue a novos entendimentos sobre a sua situação;
3. Relação de confiança: sem confiança, é pouco provável que a pessoa se sinta confortável para partilhar os seus receios, sofrimentos ou aspirações. Esta confiança constrói-se mediante a autenticidade, a empatia e a ausência de julgamentos (Mendes, 2006; Sampaio, 2017).

2.3.2. A Relação de Ajuda como Processo Estruturado

No âmbito dos cuidados de ESMP o trabalho relacional com a pessoa cuidada compreende-se como fulcral no processo de cuidar. Deste modo, torna-se essencial definir o que é a relação. No contexto clínico, a relação terapêutica implica uma relação interpessoal, cristalina e honesta entre o enfermeiro e o doente. O enfermeiro deve possuir determinados conhecimentos e habilidades por forma a desenvolver uma relação interpessoal com o propósito de satisfazer as necessidades do doente (Chalifour, 2008). Phaneuf (2005) e Lazure (1994) defendem igualmente que a relação entre o enfermeiro e o doente é crucial no processo de cuidar; implica uma disponibilidade e recetividade de ambos; baseia-se na escuta ativa, no respeito, na empatia e na aceitação incondicional do outro, sem julgamentos ou juízos de valor e constitui-se como um suporte emocional e psicológico.

É importante que o EEESMP reflita sobre a sua intervenção, o papel do outro, a relação com o doente, o ambiente e o contexto em que se desenvolve.

> "A relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade." (Chalifour, 2008: 33)

A relação de ajuda assume-se, em si mesma, como uma intervenção de enfermagem que requer planeamento, estruturação e objetivos bem definidos. A construção dessa relação exige do EEESMP habilidades emocionais, conhecimento técnico e um olhar humanizado de modo a garantir um cuidado integral ao doente. O papel do EEESMP não é o de prover as estratégias e soluções para a resolução da situação-problema do doente, mas sim intervir para que seja possível ao mesmo compreender melhor a sua situação, compreender-se melhor a si próprio bem como aos seus recursos internos e potencialidades, de modo a ser capaz de gerir de forma saudável uma necessidade/problema (Chalifour, 2008).

A teoria de Chalifour enfatiza que a relação de ajuda profissional deve obedecer a uma estrutura e a uma intencionalidade específica, distinguindo-a de interações ocasionais ou informais (Coelho *et al.*, 2020). Chalifour (2008) descreve três fases principais:

1. **Fase de Orientação**
    - É o momento de estabelecer o contrato terapêutico ou de ajuda. Clarificam-se objetivos, o papel de cada interveniente, bem como os limites e a duração provável das sessões ou encontros;
    - O profissional procura criar um clima positivo, acolhendo a pessoa e reafirmando a legitimidade dos seus sentimentos e necessidades, para que esta se sinta segura em expor as suas dificuldades.

2. **Fase de Trabalho (ou Emergência de Identidades)**
    - Neste período, o foco centra-se na exploração do problema e na procura de estratégias que sejam significativas para a pessoa. O profissional recorre à escuta ativa, à reformulação e a outras técnicas de comunicação terapêutica de modo a fomentar o *insight* e a autorreflexão (Sampaio, 2017);

- A empatia, entendida como a capacidade de compreender o mundo interno da pessoa sem juízos, permite que esta se sinta validada e, ao mesmo tempo, estimulada a reconhecer o que pode mudar no seu comportamento ou nas suas crenças;
- Podem despontar novas perspetivas ou sentimentos. O enfermeiro, de forma sistematizada, ajuda a pessoa a estruturar estes elementos e a encontrar recursos internos ou externos que facilitem mudanças adaptativas.

3. **Fase de Conclusão**

- É o período em que se reavaliam as conquistas e as aprendizagens obtidas, solidificando o processo de mudança ou de crescimento pessoal;
- O profissional deve incrementar a autonomia, destacando a capacidade que a pessoa demonstrou para lidar com desafios, mesmo após o término formal da relação de ajuda (Chalifour, 2008);
- Assegura-se, igualmente, uma transição adequada para outros serviços ou apoios, caso necessário, garantindo a continuidade de cuidados (Coelho *et al.*, 2020).

2.3.3. Competências Essenciais do Profissional

Para que a ajuda profissional ocorra de forma bem-sucedida, Chalifour (2008) identifica ainda as seguintes atitudes e competências como fulcrais:

- **Empatia**: ir ao encontro dos sentimentos e das experiências da pessoa, "lendo" o que é dito (linguagem verbal) mas também o que não é dito (linguagem não verbal). A empatia exige escuta profunda e a capacidade de estar presente no "aqui e agora" no "mundo do outro" (Sampaio, 2017);
- **Aceitação Incondicional**: reconhecer o valor e a dignidade da pessoa, independentemente dos comportamentos ou crenças que apresente (Mendes, 2006). Evitam-se rótulos, críticas ou interpretações moralistas, promovendo-se antes um ambiente de respeito e liberdade para a expressão autêntica (Coelho *et al.*, 2020);
- **Autenticidade ou Congruência**: o profissional deve apresentar-se de forma genuína, sem adotar máscaras profissionais excessivas. É importante que as mensagens verbais e não verbais sejam coerentes, evitando confundir a pessoa (Mendes, 2006);

- **Reformulação e Clarificação**: Chalifour (2008) enfatiza o papel de técnicas como a reformulação, em que o profissional devolve à pessoa uma síntese daquilo que entendeu, permitindo-lhe reorganizar ideias, sentimentos e perceções (Sampaio, 2017).

2.3.4. INTEGRAÇÃO NO CONTEXTO DA ESMP

Na esfera da ESMP, a teoria de Chalifour (2008, 2019) adapta-se plenamente às necessidades de intervenção com pessoas que vivem situações de sofrimento psíquico, ansiedade, depressão ou outras perturbações. A relação de ajuda surge, desta forma, como um instrumento terapêutico. Segundo Mendes (2006) e Coelho *et al.* (2020), o enfermeiro recorre à relação para promover a melhoria do bem-estar emocional da pessoa, através de uma presença empática e de uma comunicação terapêutica eficaz. Surge igualmente como uma estratégia intencional e planeada, e cada encontro não é fruto do acaso, mas sim um passo prévio para melhorar o autoconhecimento, a capacidade de *coping* e o desenvolvimento pessoal (Chalifour, 2008). Por fim, surge como um veículo de autonomia na medida em que o enfermeiro confia nas potencialidades internas da pessoa e a convida a refletir e a participar ativamente no processo, sentindo-se mais preparada e assumindo maior controlo na gestão da sua saúde mental (Mendes, 2006).

A Teoria de Ajuda Profissional de Charles Chalifour concebe a relação de ajuda como um processo deliberado, baseado numa comunicação terapêutica de qualidade e na consciência do profissional sobre si próprio e sobre o outro. No âmbito da ESMP, esta teoria reveste-se de particular relevância, pois permite enquadrar a intervenção no respeito pela individualidade de quem cuida e na promoção de autonomia e responsabilidade pessoais. Deste modo, a ajuda deixa de ser considerada apenas como um ato de "dar soluções" para constituir-se, sobretudo, como um espaço seguro de partilha e descoberta, onde a pessoa é convidada a encontrar, dentro de si, os recursos e as respostas que melhor se adequam à sua realidade. A operacionalização desta teoria implica, por parte do profissional, um desenvolvimento contínuo de competências emocionais, comunicacionais e reflexivas, de modo a manter e a nutrir uma relação autêntica e transformadora com aqueles que procuram cuidados (Chalifour, 2008; Coelho *et al.*, 2020; Sampaio, 2017).

3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A formação em ESMP requer a vivência de experiências práticas que possibilitem um contato direto e reflexivo em diferentes contextos de prestação de cuidados. Os estágios assumiram um papel estruturante na formação académica e profissional, permitindo-nos integrar, de forma concreta e progressiva, os conhecimentos teóricos com as realidades práticas dos contextos clínicos. Macedo (2003) e Pascoal & Souza (2021), referem que os estágios funcionam como um laboratório de experiências reais, em que o estudante é desafiado a lidar com situações imprevistas, a aplicar o julgamento clínico e a tomar decisões informadas num ambiente complexo e multidisciplinar. Através da interação com diferentes doentes, equipas de saúde e realidades institucionais, o estudante aprende a gerir sentimentos, a refletir sobre a sua prática e a reconhecer os valores éticos que suportam o cuidado. Consideramos os estágios como fulcrais na preparação para a vida profissional no âmbito da área de especialização de ESMP (Macedo, 2003; Pascoal & Souza, 2021).

Neste mestrado, foi planificada a realização de três estágios com abordagens complementares, refletindo a diversidade de cenários permitindo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em diferentes contextos. A escolha de cada local de estágio assentou na procura de respostas específicas às questões da ansiedade e adaptação psicossocial, possibilitando o desenvolvimento progressivo das competências próprias do EEESMP (OE, 2018).

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS

3.1.1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO (FASE AGUDA)

No primeiro estágio, desenvolvido num Serviço de Internamento onde se encontram internadas pessoas em fase aguda da doença psiquiátrica, privilegiou-se o contato com quadros de descompensação grave. Neste serviço encontram-se internados utentes com perturbações de ansiedade, depressão major, episódios psicóticos ou outras condições psiquiátricas que requerem internamento de curta duração para estabilização clínica. A nossa observação e a participação ativa no planeamento dos cuidados demonstraram a importância de uma avaliação diagnóstica acurada, baseada em entrevistas clínicas e no exame do estado mental, com aplicação de técnicas de comunicação terapêutica (escuta ativa, empatia, verbalização da aceitação, respeito pelo silêncio, clarificação, reformulação e utilização do humor…) com

vista a identificar diagnósticos de enfermagem e propor intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas apropriadas.

O ambiente hospitalar permitiu, assim, desenvolver competências como a gestão de crise, gestão de conflitos, a implementação de técnicas de comunicação terapêutica, a condução de entrevistas semiestruturadas e estruturadas e a aplicação de medidas de segurança em situações de agitação, agressividade ou ideação suicida. Este contexto possibilitou ainda a prática de intervenções de enfermagem centradas na contenção emocional e na mediação de conflitos, sempre com uma abordagem multidisciplinar, promovendo uma compreensão global do utente.

3.1.2. Serviço de Cuidados Diferenciados (Hospital de Dia de Oncologia – Psico-Oncologia)

O segundo estágio decorreu num serviço de prestação de cuidados diferenciados e complexos, mais concretamente num Hospital de Dia de Oncologia, no âmbito da Psico-Oncologia. Este contexto revelou-se decisivo para compreender o impacto do diagnóstico e tratamento oncológico nos níveis de ansiedade. Para a grande maioria das pessoas com as quais contatámos, o cancro representa uma ameaça real à vida, provocando medos, inseguranças e alterações emocionais acentuadas, sendo recorrentes sintomas ansiosos, pânicos pontuais ou quadros depressivos associados.

O trabalho desenvolveu-se junto de uma equipa multidisciplinar, onde o EEESMP assume um papel crucial no apoio emocional e educacional. A metodologia utilizada envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas, de forma a compreender a perceção do utente sobre a doença, o seu nível de ansiedade e os recursos de *coping* disponíveis. Ao mesmo tempo, praticaram-se intervenções psicoeducativas, de forma individual, para incentivar a adesão ao regime terapêutico, explicar efeitos secundários dos tratamentos e potenciar um sentimento de controlo, evitando o aprofundamento de estados de ansiedade incapacitantes. A observação participante e a realização de registos sistemáticos foram essenciais para avaliar a eficácia das estratégias implementadas, assim como para aprimorar as competências relacionais, comunicacionais e de suporte emocional.

3.1.3. Unidade de Hospitalização Domiciliária

Por fim, o último estágio teve lugar numa UHD, permitindo o contato próximo com utentes com doenças crónicas agudizadas ou episódios de doença aguda com quadros de ansiedade frequentemente ligados à sobrecarga familiar, à dificuldade em gerir sintomas físicos persistentes, à "estranheza" da

modalidade de internamento e às limitações funcionais do dia a dia. Nesta vertente, a metodologia centrou-se na análise sistemática dos contextos familiares, avaliando o ambiente social, as redes de apoio e as rotinas. O facto de os cuidados serem prestados no domicílio proporcionou uma análise mais atenta sobre a forma como a ansiedade se manifesta nas atividades quotidianas, com particular incidência nas transições entre níveis de cuidados (transição entre o internamento hospitalar e o internamento domiciliário).

Nesta modalidade de prestação de cuidados, o EEESMP desenvolveu intervenções que se destinaram a fortalecer as dinâmicas familiares, otimizar a autogestão dos sintomas ansiosos e reforçar estratégias de *coping* em situações de sobrecarga. Para tal, foram utilizadas técnicas de comunicação terapêutica e exercícios de relaxamento assim como a prática de orientação na realidade, quando existia tendência à desorganização mental. A colaboração com equipas de cuidados primários e de reabilitação, bem como o envolvimento de cuidadores informais, realçou a dimensão comunitária e preventiva da ansiedade, favorecendo a promoção da qualidade de vida e a prevenção de recaídas que poderiam conduzir a novos internamentos.

4. ABORDAGEM METODOLÓGICA E OBJETIVOS

A estratégia metodológica adotada assenta numa abordagem de cariz qualitativo e descritivo-reflexivo, direcionada para a compreensão aprofundada das experiências de ansiedade e técnicas de relaxamento nos diferentes contextos clínicos. Nesse sentido, recorreu-se à observação participante em cada um dos cenários de estágio, registando de forma sistemática diversos parâmetros como sejam a sintomatologia, os comportamentos, os sentimentos, as emoções expressadas, a "leitura dos silêncios" inerentes às vivências de ansiedade.

A observação participante, enquanto método de investigação qualitativa, permitiu-nos aceder a uma perspetiva natural, profunda e integrativa do fenómeno em estudo, através da sua inserção direta nos contextos analisados. Assente na imersão prolongada na realidade dos contextos de estágio, possibilitou-nos observar e participar simultaneamente nas atividades, o que favoreceu a compreensão dos significados atribuídos pelos indivíduos às suas ações e experiências. Assumimos uma postura sensível, atenta e disciplinada, bem como o registo de dados objetivos e subjetivos de forma reflexiva. Foram privilegiadas a flexibilidade, a introspeção e a adaptação contínua, tendo sido extremamente desafiante a autoanálise constante dos nossos sentimentos e emoções, do nosso discurso e a gestão de comportamentos, movimentos corporais e expressões faciais.

Simultaneamente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas tanto a utentes como a cuidadores informais, permitindo, por um lado, explorar as perceções de quem experienciou episódios de ansiedade e, por outro, recolher informações acerca das dinâmicas familiares e das estratégias de suporte na promoção de saúde mental. Para complementar esta recolha de dados, foram realizadas diversas anotações em "diário de campo" que funcionou como instrumento de registo e de reflexão crítica assente nas determinantes do ciclo de reflexão e aprendizagem de Gibbs, sobre o papel do EEESMP.

O Ciclo de Reflexão de Gibbs, proposto por Graham Gibbs (1988), constitui um modelo sistematizado de reflexão que permite ao estudante ou profissional analisar criticamente as suas experiências, extraindo delas aprendizagens que potenciam um crescimento contínuo. A decisão da utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs prende-se com o facto de operacionalizar o pensamento subjacente à tomada de decisão, partilhando e analisando com os enfermeiros orientadores as reflexões acerca das experiências vivenciadas. Foram desenvolvidas reflexões conjuntas que potenciaram a progressiva aquisição de competências de EE, de EEESMP e de grau de mestre, que se pretendem desenvolver ao longo dos estágios.

O ciclo de Gibbs fornece uma abordagem sistemática e constitui-se como um modelo reflexivo, oferecendo uma estrutura de natureza cíclica para análise de experiências, concentrando-se na aprendizagem de situações passadas e na melhoria de ação futuras.

De forma sucinta, o ciclo compreende seis etapas em que, cada uma delas, ajuda a refletir sobre determinada experiência de aprendizagem específica:

1. Descrição – Identifica-se o que ocorreu, de forma objetiva, explicitando o contexto, o cenário, as pessoas envolvidas e os factos principais. Esta fase determina as bases para uma reflexão abrangente e clara da situação (O que aconteceu? Quando e onde ocorreu? Quem estava presente? O que é que você e as outras pessoas fizeram? Qual foi o resultado da situação? Por que razão estava lá? O que queria que acontecesse?);
2. Pensamentos e Sentimentos – Exploram-se as reações emocionais e pensamentos, tanto positivos como negativos, que surgiram perante a experiência. (O que estava a sentir durante a situação? O que estava a sentir antes e depois da situação? O que acha que as pessoas estavam a sentir em relação à situação? Qual foi o impacto das suas emoções, valores e crenças? Como se sente em relação à experiência agora? Como acha que os outros se sentem em relação à experiência agora?);
3. Avaliação – Aponta-se o que correu bem e o que correu menos bem, de forma honesta, refletindo sobre as consequências e implicações. Esta fase incentiva a autoavaliação e uma revisão objetiva do desempenho. (O que foi bom e mau na experiência? O que correu bem? O que não correu tão bem? O que poderia ter corrido melhor? Em que é que você e outras pessoas contribuíram para a situação?);
4. Análise – Relacionam-se os factos e sentimentos com conceitos ou teorias, procurando explicar o porquê dos resultados obtidos e retirar um sentido/significado da situação. Nesta fase torna-se importante a fundamentação científica (Porque é que as coisas correram bem? Porque não correu bem? Que sentido posso dar à situação? Que conhecimento científico me pode ajudar a compreender a situação?);
5. Conclusão – Apresentam-se as lições retiradas e *insights* sobre o que aconteceu e as mudanças que poderiam ter sido introduzidas para melhorar a prática. Resume-se a aprendizagem e destaca-se as mudanças nas ações que podem melhorar os resultados no futuro (O que aprendi com esta situação? Como é que esta poderia ter sido uma experiência mais positiva para todos os envolvidos? Que competências preciso desenvolver para lidar melhor com uma situação destas? O que mais poderia ter sido feito?);
6. Plano de Ação – Definem-se ações e estratégias concretas para aplicar em situações futuras, de modo a interiorizar as aprendizagens e aperfeiçoar a performance. (Se tivesse de fazer a mesma

coisa novamente, o que faria de diferente? Como desenvolverei as competências necessárias? Como posso ter a certeza de que poderei agir de forma diferente numa próxima vez?) (Ramos *et al.*, 2017; Cuofano, 2024).

No âmbito deste relatório, o Ciclo de Gibbs foi adotado para desenvolver uma reflexão estruturada e abrangente e analisar as vivências nos diferentes contextos de estágio, identificar pontos fortes e áreas de melhoria na prática clínica e, por fim, suportar a aquisição de competências do EEESMP. Permitiu-nos uma maior facilidade em compreender, de forma aprofundada, os nossos pensamentos, emoções e ações, de modo a desenvolver ações futuras mais aprimoradas e tomadas de consciência mais informadas, assertivas e eficazes. Deste modo, assegurou-se uma reflexão metódica, baseada nos referenciais teóricos e na prática, promovendo a integração de saberes e a construção de uma postura reflexiva e crítica, imperativa para o desenvolvimento profissional contínuo.

No que respeita aos objetivos principais, foram definidos os seguintes:

1. Identificar necessidades de saúde mental associadas à ansiedade em cada contexto de estágio;
2. Desenvolver um programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa dirigido à gestão da ansiedade (técnicas de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e terapia de orientação para a realidade);
3. Avaliar o impacto das intervenções ao nível da redução da ansiedade e promoção de autocontrolo, bem como refletir sobre a aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP.

5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA DIRIGIDO À PESSOA COM ANSIEDADE

Com base na revisão da literatura e nos referenciais teóricos de Chalifour (2008, 2009), delineou-se um plano estruturado de ações, técnicas e estratégias de cuidados psicológicos e educativos com o intuito de reduzir a sintomatologia, fortalecer o conhecimento, aplicar e capacitar para a realização de técnicas de relaxamento, desenvolvendo um programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa à pessoa com ansiedade composto por 10 sessões (ajustáveis conforme o contexto e a disponibilidade do utente), que conjuga estratégias de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo de Jacobson e sua adaptação e paralelamente, em determinadas situações, 10 sessões de terapia de orientação para a realidade.

Para avaliar a evolução dos níveis de ansiedade ao longo do programa de intervenção com aplicação de técnicas respiratórias e de relaxamento muscular progressivo, optou-se pela aplicação da STAI (*State-Trait Anxiety Inventory)* Forma Y – (STAI-Y) (Anexo A), desenvolvida por Charles D. Spielberger (1983). Trata-se de um instrumento amplamente validado em diversos contextos, incluindo a população portuguesa, pelos estudos de adaptação e validação realizados por Danilo R. Silva e Rui Campos (1998), que evidenciaram coeficientes de fidedignidade (alfa de Cronbach) elevados, na ordem dos 0,88 a 0,91, e boa validade discriminante. A STAI-Y encontra-se dividida em duas subescalas: a Ansiedade-Estado (Y-1), composta por 20 itens que avaliam sentimentos transitórios de apreensão ou tensão sentidos no momento presente, e a Ansiedade-Traço (Y-2), igualmente constituída por 20 itens que quantificam a tendência mais estável e geral do indivíduo para reagir com ansiedade em múltiplas situações. Deve apenas ser aplicada a doentes com idade superior a 18 anos. Constitui-se por uma escala do tipo Lickert associada a cada item. Cada item pontua-se numa escala de 1 a 4, existindo itens invertidos cujo sentido de cotação deve ser revertido para o cálculo final. Assim, para cada subescala, a pontuação total pode variar entre 20 e 80 pontos, sendo que valores mais elevados traduzem níveis mais pronunciados de ansiedade. A interpretação da escala rege-se pelos seguintes parâmetros: de 20-39 é uma baixa ansiedade; de 40-59 é uma ansiedade moderada e, de 60-80 é uma ansiedade elevada.

A aplicação da escala *per si* é insuficiente para a avaliação global do grau de ansiedade do doente uma vez que é importante que seja dada especial primazia aos dados colhidos através da observação do

estado do doente, das suas manifestações verbais do doente, do preenchimento de uma ficha de observação do doente (Apêndice A), das entrevistas, do exame do estado de saúde mental e ao longo do desenvolvimento da relação terapêutica enfermeiro-doente. No presente programa, a STAI-Y é administrada na sessão inicial e repetida na sessão final, permitindo comparar os níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço antes e depois das intervenções de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo. A utilização deste instrumento psicométrico pode eventualmente ser substituído por outro instrumento, caso o doente não entenda a escala ou não tenha condições para responder com claro entendimento cognitivo da mesma.

Em paralelo, nos dois momentos referidos, é preenchida uma ficha de observação e são avaliados os sinais vitais dos indivíduos nomeadamente a tensão arterial, a frequência cardíaca, a saturação periférica de oxigénio e a temperatura e registados em documento próprio.

Torna-se importante referir que não foi possível desenvolver o programa de intervenção, devido às especificidades do serviço nomeadamente a alta rotatividade do internamento dos doentes e o tempo necessário para a aplicação do programa nas visitas domiciliárias. A natureza da UHD não nos permitiu obter condições práticas que permitissem que o programa pudesse ser aplicado na medida em que foi delineado.

5.1. Técnicas Respiratórias de Relaxamento

As técnicas respiratórias de relaxamento são práticas simples, eficazes e acessíveis que promovem a redução da tensão muscular e proporcionam um reequilíbrio emocional. O indivíduo perceciona a descontração muscular pela redução da tensão nos feixes musculares. O relaxamento promove a regulação do tónus muscular conduzindo o Sistema Nervoso Autónomo (SNA) à produção de endorfina, que provoca uma sensação de bem-estar e prazer, bom humor, motivação e felicidade. Proporciona ainda uma elevação da autoestima e reduz sintomas de depressão, ansiosos e dor (Seeley, 2011).

O ato de relaxar induz nos indivíduos a tomada de consciência do momento presente, do "aqui" e do "agora", o foco e atenção ao próprio corpo e a capacidade de diminuição de resistências psicológicas pelo "apagamento" das defesas do inconsciente (Lipp, 1997).

Segundo Lambert (1995) e (Hopper *et al.*, 2019), os efeitos do relaxamento são:

- Ativa o sistema nervoso parassimpático, responsável pelo relaxamento do corpo;
- Melhora a circulação e a função cerebral;
- Aumenta a eficácia do retorno venoso;
- Reduz a frequência respiratória, pressão arterial e frequência cardíaca;

- Melhora a capacidade respiratória, aumenta os níveis de oxigênio em todo o corpo e consequentemente aumenta a saturação periférica de oxigênio;
- Diminui os níveis de cortisol no corpo, reduzindo o *stress*;
- Melhora a estabilidade muscular, principalmente da região abdominal;
- Reduz a tensão muscular;
- Reduz a dependência psicológica do álcool, tabaco ou outras drogas;
- Retarda o envelhecimento;
- Reequilibra as emoções.

5.1.1. TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS (RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA)

As situações que geram ansiedade tornam a nossa respiração diferente, mais rápida e mais curta. Quando sentimos medo, por vezes, a nossa respiração paralisa. Deste modo percebemos que as nossas emoções têm um impacto importante na forma como respiramos. Mas será que o contrário funciona? A respiração pode transformar as nossas emoções? (Okuro & Nardi, 2020).

O treino de algumas técnicas respiratórias pode modificar o padrão de comportamento (Hopper *et al.*, 2019).

Uma respiração rápida e irregular induz sensações de euforia, inquietação ou ansiedade. O ritmo respiratório pode determinar o que se sente. (Okuro & Nardi, 2020). Neste relatório identificamos e relatamos o impacto que a respiração tem no autocontrolo da ansiedade uma vez que a respiração é um instrumento que permite um controlo de reações automáticas como a inquietação, o *stress* e a ansiedade em vários graus, na medida em que uma respiração lenta e regular induz o relaxamento e proporciona um estado de calma.

A respiração profunda pelo diafragma envia informação ao Sistema Nervoso Parassimpático que é responsável por acalmar e relaxar o corpo. A respiração abdominal, diafragmática ou respiração profunda envolve o uso do diafragma permitindo expandir os pulmões e ativar nervos parassimpáticos, que agem sobre o sistema cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal e sistema nervoso. Neste tipo de respiração é preciso inspirar profundamente, permitindo que o diafragma se contraia e se mova para baixo, criando mais espaço para os pulmões se expandirem totalmente. Isso permitirá que inspire ar mais oxigenado, levando a um padrão de respiração mais eficiente (Neto, 2011).

São vários os estudos que apontam benefícios substanciais da técnica de respiração diafragmática em pessoas com ansiedade, tanto a nível psicológico como fisiológico. Chen *et al.* (2017), demonstraram que um programa de treino em respiração diafragmática teve efeitos positivos significativos na redução

dos níveis de ansiedade, avaliados através do *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Além disso, foram observadas melhorias fisiológicas como a diminuição da frequência respiratória, da frequência cardíaca e da condutividade da pele, bem como um aumento da temperatura periférica, indicadores compatíveis com a ativação parassimpática e estados de relaxamento.

De forma semelhante, Maleki *et al.* (2022), num estudo clínico com indivíduos diagnosticados com perturbação de ansiedade generalizada, verificaram que a adição de exercícios respiratórios ao tratamento convencional farmacológico e psicoterapêutico contribuiu para a melhoria de vários indicadores respiratórios (como o rácio do volume expiratório forçado no primeiro segundo em relação à capacidade vital forçada) e tendência de melhoria dos níveis de ansiedade ao longo de dois meses. Embora nem todos os resultados tenham sido significativos, os autores ressaltam que um maior tempo de prática e um acompanhamento mais prolongado podem potenciar significativamente os benefícios observados, sugerindo um efeito cumulativo da técnica.

Numa perspetiva mais abrangente, a revisão narrativa de Hamasaki (2020) explorou os efeitos da respiração diafragmática em diferentes estados de saúde e sistemas fisiológicos. O autor salientou o papel desta técnica na modulação do sistema nervoso autónomo, com implicações no controlo do *stress*, da ansiedade, da tensão arterial e da função digestiva. Ainda que reconheça limitações metodológicas em parte dos estudos incluídos, Hamasaki (2020) considera que a respiração diafragmática se apresenta como uma intervenção segura, de baixo custo e de fácil implementação, com potencial para complementar os cuidados em saúde mental, principalmente em casos de ansiedade.

No ambiente da consulta de enfermagem ou sessão estruturada do EEESMP pertencente ao programa de intervenção à pessoa com ansiedade o EEESMP explica e demonstra a técnica, o doente desenvolve-a sob a sua orientação (Apêndice B) e, gradualmente, envolve o doente na prática repetida, no seu quotidiano, para favorecer a aprendizagem. É recomendada a prática regular (2 a 3 vezes por dia, 5-10 minutos) para consolidar resultados (Fernandes & Moreira, 2024). A avaliação da eficácia da intervenção faz-se, no início e no final através da aplicação da Escala STAI -Y, pela observação do estado do doente e avaliação pelas manifestações verbais do utente; do preenchimento de uma ficha de Observação (Apêndice A) e pela avaliação dos sinais vitais (TA, FC, oximetria periférica e a temperatura).

Em conjunto, estas evidências apontam para a eficácia da respiração diafragmática enquanto estratégia complementar de gestão da ansiedade, com benefícios tanto subjetivos como objetiváveis, demonstrando a sua utilidade clínica e o seu valor como intervenção autónoma ou integrada em programas de ESMP.

5.1.2. Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (RMP) e Treino de Relaxamento Progressivo (TRP)

O RMP de Jacobson consiste numa técnica de relaxamento que aposta na contração e subsequente descontração sistemática de vários grupos musculares, acompanhada pela tomada de consciência das sensações de tensão e alívio que surgem ao longo do processo. Tal abordagem tem por base a premissa de que a redução da tensão física induz, uma diminuição dos sintomas psicológicos associados à ansiedade, e simultaneamente promove um estado de relaxamento global (Jacobson, 1938; Torales *et al.*, 2020).

Vários estudos têm vindo a demonstrar a eficácia deste método na redução de ansiedade em diferentes grupos populacionais, tais como adultos em geral (Khir *et al.*, 2024), grávidas (Zendehdel *et al.*, 2022), doentes oncológicos (Wang *et al.*, 2024) e idosos (Tapeh *et al.*, 2024). Por exemplo, num ensaio clínico com mulheres grávidas durante a pandemia de Covid-19, a prática do RMP mostrou-se útil na diminuição dos níveis de ansiedade (Zendehdel *et al.*, 2022). Outro estudo centrado em utentes oncológicos demonstrou também melhorias significativas nos níveis de fadiga, ansiedade e depressão após a aplicação desta técnica (Wang *et al.*, 2024). Em contextos geriátricos, a aplicação do RMP resultou numa redução assinalável de sintomas ansiosos e num aumento da sensação de bem-estar e felicidade (Tapeh *et al.*, 2024).

O RMP de Jacobson surgiu na década de 30 e consiste numa técnica de relaxamento que aposta na contração e subsequente descontração sistemática de vários grupos musculares (48 grupos musculares), acompanhada pela tomada de consciência das sensações de tensão e alívio que surgem ao longo do processo. Tal abordagem tem por base a premissa de que a redução da tensão física induz, uma diminuição dos sintomas psicológicos associados à ansiedade, e simultaneamente promove um estado de relaxamento global (Jacobson, 1938; Torales *et al.*, 2020).

Vários estudos têm vindo a demonstrar a eficácia deste método na redução de ansiedade em diferentes grupos populacionais, tais como adultos em geral (Khir *et al.*, 2024), grávidas (Zendehdel *et al.*, 2022), doentes oncológicos (Wang *et al.*, 2024) e idosos (Tapeh *et al.*, 2024). Por exemplo, num ensaio clínico com mulheres grávidas durante a pandemia de COVID-19, a prática do RMP mostrou-se útil na diminuição dos níveis de ansiedade (Zendehdel *et al.*, 2022). Outro estudo centrado em utentes oncológicos demonstrou também melhorias significativas nos níveis de fadiga, ansiedade e depressão após a aplicação desta técnica (Wang *et al.*, 2024). Em contextos geriátricos, a aplicação do RMP resultou numa redução assinalável de sintomas ansiosos e num aumento da sensação de bem-estar e felicidade (Tapeh *et al.*, 2024).

Com as modificações do programa original de Jacobson feitas por Wolpe (1958) e Bernstein e Borkovec (1973), surgiu o Treino de Relaxamento Progressivo (TRP), uma versão adaptada aos tempos modernos, mais prático e flexível, que se constitui como uma ferramenta clínica padrão amplamente utilizada por profissionais de saúde, especialmente aqueles cuja pesquisa e/ou prática envolve abordagens de tratamento comportamentais e cognitivo-comportamentais para quadros relacionados ao *stress* e à ansiedade. Na TRP trabalham-se 16 grupos musculares sendo que se produz reações musculares maiores e preferencialmente são necessárias seis sessões para um controlo total da técnica por parte do indivíduo. O tempo associado a cada conjunto de músculos trabalhados varia, sendo que, *a)* o tempo médio do trabalho de 16 grupos musculares é de 20-30 min; b) o tempo médio do trabalho de 7 grupos musculares é de 15-20 min e *c)* o tempo médio do trabalho de 4 grupos musculares é de 5-10 min (Hazzlet-Stevens & Bernstein, 2022).

No presente programa o TRP seria aplicado em 10 sessões de 50 minutos, integrando a técnica da respiração diafragmática, em função das necessidades e possibilidades do contexto. Cada sessão iniciar-se-ia com uma breve explicação sobre a técnica, incluindo a finalidade do exercício, a sequência de grupos musculares a contrair e relaxar, e os cuidados a ter (como manter uma postura cómoda e respeitar sinais de dor ou desconforto). Depois da fase de orientação, passar-se-ia à execução prática, na qual o enfermeiro convidava os utentes a fecharem os olhos e a concentrarem-se primeiro em cada grupo muscular (mãos, braços, rosto, ombros, tronco, pernas e pés), contraindo por cerca de 5 a 7 segundos e relaxando durante cerca de 10 a 20 segundos (Mushtaq, 2018). Após cada contração, salientava-se a importância de sentir conscientemente a diferença entre o estado de tensão e a sensação de alívio que ocorria no relaxamento (Conrad & Roth, 2007).

O EEESMP desenvolve o TRP no programa de intervenção baseando-se num um "guião" de intervenção. Numa primeira fase será desenvolvida a técnica a 16 grupos musculares (Apêndice C); numa segunda fase a 7 grupos musculares (Apêndice D) e, na terceira fase, a 4 grupos musculares (Apêndice E) (Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D., 1973).

<table>
<tr><th>1ª Fase
16 grupos musculares</th><th>2ª fase
7 grupos musculares</th><th>3ª fase
4 grupos musculares</th></tr>
<tr><td>Mão e antebraço direitos</td><td rowspan="2">Mão e antebraço direitos + Braço direito (Mão e braço direito)</td><td rowspan="4">Mão e antebraço direitos + Braço direito + Mão e antebraço esquerdo + Braço esquerdo (Mãos e Braços)</td></tr>
<tr><td>Braço direito</td></tr>
<tr><td>Mão e antebraço esquerdos</td><td rowspan="2">Mão e antebraço esquerdos + Braço esquerdo (Mão e braço esquerdo)</td></tr>
<tr><td>Braço esquerdos</td></tr>
<tr><td>Testa (frente) e parte superior da face</td><td></td><td>Testa e parte superior da face + Parte central da face +</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Parte central da face (topo das bochechas e nariz)</td><td rowspan="2">Testa e parte superior da face + Parte central da face + Parte inferior da face (Rosto)</td><td rowspan="2">Parte inferior da face + Pescoço (Rosto e Pescoço)</td></tr>
<tr><td>Parte inferior da face (parte inferior das bochechas e maxilares)</td></tr>
<tr><td>Pescoço</td><td>Pescoço</td></tr>
<tr><td>Tórax, ombros e parte superior das costas</td><td rowspan="2">Tórax, ombros, parte superior das costas e região abdominal</td><td rowspan="2">Tórax, ombros, costas e região abdominal</td></tr>
<tr><td>Região abdominal ou estômago</td></tr>
<tr><td>Coxa direita</td><td rowspan="3">Coxa direita + Barriga da perna direita + Pé direito (Perna e pé direito)</td><td rowspan="6">Coxa direita + Barriga da perna direita + Pé direito + Coxa esquerda + Barriga da perna esquerda + Pé esquerdo (Pés e pernas)</td></tr>
<tr><td>Barriga da perna direita</td></tr>
<tr><td>Pé direito</td></tr>
<tr><td>Coxa esquerda</td><td rowspan="3">Coxa esquerda + Barriga da perna esquerda + Pé esquerdo (Perna e pé esquerdo)</td></tr>
<tr><td>Barriga da perna esquerda</td></tr>
<tr><td>Pé esquerdo</td></tr>
</table>

Tabela n.º 1 – Modelo Global de Intervenção do Treino de Relaxamento Progressivo, Bernstein e Borkovec (1973)

O papel do EEESMP no ensino e na aplicação da técnica passaria, portanto, por criar um ambiente propício ao relaxamento, reduzindo estímulos perturbadores como ruídos intensos ou interrupções frequentes. Em termos práticos, recomendar-se-ia que o utente se sente ou deite numa posição confortável, com roupas leves e pouco apertadas, para que consiga focar-se na respiração e nos músculos visados sem distrações (Sampaio *et al.*, 2023). Durante as sessões, o EEESMP mantém uma voz calma e pausada, dando instruções claras, pedindo para contrair determinado grupo muscular, manter essa contração por alguns segundos e, de seguida, libertar gradualmente, permanecendo atento ao contraste entre tensão e relaxamento. Esta condução poderá ser adaptada à capacidade de concentração de cada pessoa (Mushtaq, 2018). A avaliação do impacto da técnica de relaxamento progressivo é efetuada através da observação do estado do doente e das suas manifestações verbais, do preenchimento de uma ficha de observação (Apêndice A), da aplicação da Escala STAI – Y e da avaliação dos sinais vitais (TA, FC, oximetria periférica e a temperatura).

Para além da aplicação em ambiente clínico é essencial que o utente seja orientado a praticar a técnica em casa, de forma consistente, para consolidar resultados (Torales *et al.*, 2020). De forma geral, sugere-se a realização de duas sessões diárias (versões adaptadas de 7 ou 4 grupos musculares) (Bernstein, & Borkovec, 1973). É igualmente relevante que o EEESMP avalie eventuais contraindicações ou fatores de exclusão, como défices cognitivos graves ou estados de agitação psicomotora, pois podem inviabilizar ou dificultar a prática adequada desta técnica (Sampaio *et al.*, 2023).

Em termos gerais, a literatura indica que o RMP de Jacobson e o TRP de Bernstein & Borkovec (1973) se constitui um recurso não farmacológico simples e de baixo custo, com benefícios importantes na gestão da ansiedade. A intervenção do EEESMP enquanto facilitador do processo implica a seleção

do *setting*, a explicação das etapas, o acompanhamento de cada passo, a garantia de um feedback contínuo, potencializando a adesão do utente e otimizando os resultados obtidos ao longo do tempo (Torales *et al.*, 2020; Khir *et al.*, 2024; Sampaio *et al.*, 2023).

5.1.3. Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)

A Terapia de orientação para a realidade (TOR) inspirada em conceitos e práticas descritos por Glasser (1965) e desenvolvida posteriormente por outros autores como Tickle *et al.*, 2018), pretende promover, junto de pessoas com ansiedade ou outras dificuldades psicossociais, um alinhamento consistente com o "aqui e agora". Em linhas gerais, a metodologia baseia-se na reorientação temporal, espacial e pessoal, recorrendo a estratégias de clarificação de objetivos e valores, incentivando a pessoa a assumir comportamentos mais ajustados à realidade circundante. Embora, historicamente, a orientação para a realidade tenha sido muito aplicada em contextos de demência ou perturbações cognitivas (Camargo *et al.*, 2015; De Luca *et al.*, 2024), vem-se demonstrando igualmente útil na gestão de sintomas de ansiedade (Zeng *et al.*, 2025), pois proporciona ao indivíduo um foco na dimensão presente e uma compreensão mais nítida das circunstâncias que o rodeiam.

Na perspetiva de Glasser (1965), a "terapia da realidade" está ancorada na responsabilização do indivíduo pelas suas escolhas, levando-o a reconhecer em que medida certos comportamentos ou atitudes podem estar a afastá-lo do cumprimento das suas verdadeiras necessidades. Ainda que a proposta original de Glasser se centre em dimensões como o amor e o sentido de utilidade pessoal, a adoção de técnicas de orientação para a realidade (*reality orientation therapy)* tem sido expandida e adaptada. De forma mais específica, Tickle *et al.* (2018) descrevem a realidade orientada como um procedimento sistemático de recordação e esclarecimento. O indivíduo é incentivado a identificar onde está, quem é, qual a data ou hora corrente e quais os acontecimentos relevantes do seu dia a dia. Num sentido alargado, esta prática apoia o fortalecimento de uma perceção consistente do mundo envolvente, reduzindo a confusão e, consequentemente, a ansiedade (Tickle *et al.*, 2018), tanto do doente como dos seus familiares.

No contexto do último estágio, esta abordagem foi utilizada de forma individual em algumas situações com idosos com declínio cognitivo em que, concomitantemente, se explicava à família as estratégias a adotar e as suas vantagens. Os utentes e famílias apresentavam níveis de ansiedade associados à experiência da modalidade de internamento domiciliário e a incertezas face ao futuro e a alterações abruptas na sua saúde e vida pessoal. Foi gratificante percecionarmos a repercussão positiva, quer física, quer psíquica devido a esta modalidade de internamento uma vez que permite ao utente manter-se no

conforto do seu lar, no seu contexto habitual, junto dos seus familiares e amigos, e evitando potenciais complicações associadas ao internamento convencional em hospital.

Em termos práticos, planearam-se 10 sessões de terapia de orientação para a realidade. A duração das sessões é de 30-45 min, (1 a 2 x semana), sendo adaptável às caraterísticas e necessidades do utente.

As sessões iniciariam com uma breve recapitulação de dados situacionais: a data e o local, bem como a identificação de cada utente e família, promovendo uma ligação consciente com o ambiente. A partir daí, propor-se-ia um exercício estruturado de "reconhecimento de preocupações atuais", no qual cada utente partilhava algo concreto que estivesse a causar-lhe ansiedade. Numa segunda fase, procurar-se-ia clarificar em que medida essas preocupações estavam ou não em consonância com factos e possibilidades reais, evitando projeções catastróficas ou vagas. Procurar-se-ia igualmente, direcionar a atenção para ações imediatas, realistas e responsáveis (Glasser, 1965) que cada um poderia utilizar de forma a atenuar a sensação de descontrolo e ansiedade.

Seria promovida a orientação para a realidade com doentes que padecem de défices neurocognitivos (p. ex. estágios iniciais de demência), uma vez que se mostrou eficaz na atenuação de sintomas ansiosos, pois insiste na verificação de factos e na responsabilização pessoal. Ao invés de se limitar a oferecer conforto ou distração, a terapia de orientação para a realidade confronta o indivíduo com a necessidade de manter um equilíbrio honesto com o que efetivamente está a acontecer. Tal enfoque no presente e nos dados concretos contraria a tendência para interpretações catastrofistas e alimentadas pela ansiedade, semelhante ao que a literatura aponta para a utilidade desta técnica em diversos quadros (Camargo *et al.*, 2015; Zeng *et al.*, 2025).

No programa em questão a avaliação da eficácia da técnica é efetuada pela observação do estado do doente, pelas manifestações verbais do doente e familiares, preenchimento de uma ficha de observação (Apêndice F) e a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou o Teste do Relógio no início da terapia e no final da mesma. Deve reavaliar-se 4 a 6 semanas com o uso das mesmas técnicas e evolução comportamental.

Em síntese, a aplicação de Terapia de Orientação para a Realidade utilizada no programa compreenderia três grandes momentos: *a)* clarificação inicial do contexto e dos objetivos e aplicação de ficha de observação *b)* partilha estruturada de receios e respetiva análise face aos factos (incentivo a validar a exatidão dos pensamentos e a refletir sobre possíveis ações responsáveis), e *c)* atribuição de tarefas concretas para reorientação no quotidiano (como anotações, diários, *post-it* ou questionários de verificação de factos).

Em conjunto, procurar-se-ia reforçar a perceção de segurança e a capacidade de lidar com situações ansiogénicas, alinhando as propostas de Glasser (1965) sobre responsabilidade e aproximação

à realidade com as práticas descritas em estudos recentes de *reality orientation*, que destacam a relevância de manter a pessoa conscientemente enraizada no "aqui e agora".

De forma a resumir e sistematizar a informação relativa à aplicação das técnicas descritas desenvolvemos uma tabela que pretende demonstrar a estrutura do programa de Intervenção Psicoterapêutica e Psicocoeducativa dirigido à Pessoa com Ansiedade e o processo avaliativo do mesmo.

Técnicas	Nº de Sessões	Carateristicas	Avaliação
Técnicas Respiratórias (Respiração Diafragmática)	3 sessões de 45 minutos	▪ Subsequentemente integração no plano das sessões de RMP; ▪ No âmbito domiciliário deve ser mantida a prática regular, 2 a 3 vezes por dia, 5-10 min (Fernandes & Moreira, 2024).	▪ Aplicação da Escala STAI Y; ▪ Manifestações verbais do utente; ▪ Ficha de Observação; ▪ Observação do estado do utente; ▪ Avaliação dos sinais vitais (TA, FC, oximetria periférica e a temperatura).
Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (RMP)/Treino de Relaxamento Progressivo (TRP) (Modelo com 16, 7 e 4 grupos musculares)	▪ 6 sessões de 50 minutos - prática: 16 grupos musculares - 20/30 min; 7 grupos musculares - 10-15 min e 4 grupos musculares – 5-10 min; ▪ Adapta-se às necessidades do utente e prepara-o para a realização no domicílio. (Hazzlet-Stevens & Bernstein, 2022)	▪ Inclui a respiração diafragmática na fase inicial das sessões; ▪ Sugere-se o uso da técnica no domicilio 2 vezes por dia (7 ou 4 grupos musculares) – (Bernstein & Borkovec, 1973). Adaptável mediante as caraterísticas e necessidades pessoais do utente.	▪ Aplicação da Escala STAI -Y; ▪ Manifestações verbais do utente; ▪ Ficha de Observação; ▪ Observação do estado do utente; ▪ Avaliação dos sinais vitais (TA, FC, oximetria periférica e a temperatura).
Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) – (Contexto domiciliário ou Serviços de Internamento)	6 sessões de 30-45 min, (1 a 2 x semana) Adaptável às caraterísticas e necessidades do utente.	Psicoeducação dirigida à família/cuidadores no sentido de potenciar o uso da terapia diariamente.	▪ Manifestações verbais do utente e família/cuidadores; ▪ Antes do início: MEEM ou Teste do Relógio + Ficha de observação. Reavalia-se a 4 a 6 semanas com o uso das mesmas técnicas de avaliação e evolução comportamental.

Tabela n.º 2 – Estrutura do programa de Intervenção Psicoterapêutica e Psicocoeducativa dirigido à Pessoa com Ansiedade e o processo avaliativo do mesmo.

6. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE

Os progressos observados na área de enfermagem quanto ao uso de estratégias que favorecem o desenvolvimento científico e a exigência técnica e científica nos cuidados prestados pelos enfermeiros conduziram a uma maior necessidade de diferenciação e especialização (OE, 2019). O EE possui formação e competências diferenciadas em relação ao enfermeiro de cuidados gerais, na medida em que *"(…) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção."* (OE, 2019: 4745).

De acordo com a OE (2019: 4745) entende-se por competências comuns *"as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória."*

Estas competências estão expressas no Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019), no qual estão contemplados quatro domínios de competências: *a)* Responsabilidade Profissional Ética e Legal (Domínio A); *b)* Melhoria Contínua da Qualidade (Domínio B); *c)* Gestão dos Cuidados (Domínio C) e *d)* Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Domínio D) (OE, 2019).

No que concerne ao **Domínio A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** fazem parte as competências **A1** e **A2** cada uma delas com os seus descritivos, mas que serão analisadas de uma forma interligada:

"A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" (OE, 2019: 4746);

"A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais." (OE, 2019: 4746);

Este domínio assenta no princípio de que o enfermeiro presta cuidados respeitando a dignidade e a autonomia do outro, respeitando o seu juízo, a sua forma de pensar e *"ver o mundo",* estabelecendo limites que provêm do quadro deontológico (Nunes, 2016). A enfermagem está intimamente ligada à promoção e à salvaguarda dos Direitos do Homem.

A nossa prestação de cuidados, enquanto futuros EE, foi desenvolvida com base nos princípios descritos pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO). A UNESCO tem por base os princípios "que norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais" (UNESCO, 2006:2). A prestação de cuidados de enfermagem tem como suporte e base fulcral "a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (AR, 2015).

Foi desenvolvida uma prática profissional ética e legal, enquanto futuros EE, atuando de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No decorrer dos estágios clínicos, aquando do contato direto com os doentes dos três contextos da prática, percecionámos que a confrontação com vivências difíceis e exigentes é um constante desafio. Foi consistentemente demonstrado um exercício seguro, profissional e baseado em fundamentos éticos e deontológicos, desenvolvendo uma reflexão constante acerca das preferências, vontades e necessidades dos doentes. Demonstrámos uma prática clínica tendo por base o respeito pelos direitos humanos e assente no Código Deontológico dos Enfermeiros.

Foram assegurados determinados pressupostos na prestação de cuidados, tais como o conhecimento da pessoa, da sua história de vida, a identificação dos factos, o questionamento constante com vista a uma melhor, mais eficiente e eficaz prestação de cuidados e melhoria da qualidade de vida das pessoas, defendendo e salvaguardando os direitos humanos, garantindo o respeito, a segurança, a privacidade e a dignidade do doente.

As UC de Enfermagem de Saúde Mental I e II e Ética e Deontologia de Enfermagem permitiram que fosse adquirido conhecimento mais abrangente nestas áreas, através da análise e debate de estatutos, regulamentos, decretos-lei e o aprofundar de questões éticas e deontológicas decorrentes da prestação de cuidados em determinado ambiente.

Neste âmbito foi desenvolvido um ensaio académico no âmbito da ética e deontologia acerca do tratamento involuntário na área da ESMP que nos permitiu adquirir conhecimentos que nos prepararam para uma atuação mais fundamentada e com alicerces na Lei de Saúde Mental (LSM), Lei n.º 35/2023 de 21 de julho.

O enfermeiro confronta-se com problemas complexos em diversos contextos clínicos e em relação ao doente na sua pessoalidade e na sua integridade humana, o que implica um desenvolvimento de um agir ético.

O desenvolvimento desta competência ganhou robustez, na nossa prática de cuidados, em diversas situações de maior complexidade ética e legal pelo provento de consciência de uma forma mais organizada, decorrente da frequência do percurso escolar do mestrado. No decorrer dos estágios desenvolvemos esta competência preconizando uma análise aprofundada dos problemas e das necessidades do doente e família que permita tomadas de decisão, reflexão das implicações e responsabilidades éticas, bioéticas e de direito. Deste modo, a primeira responsabilidade do EE é assegurar a dignidade da pessoa, a proteção dos seus direitos e a qualidade e a segurança dos cuidados.

Durante os estágios existiram diversas situações em que nos deparámos com problemas complexos e *stressores* que impulsionaram a tomada de decisão, sustentada nos conhecimentos, experiência profissional, deontologia profissional e na partilha reflexiva com os enfermeiros orientadores e com os restantes elementos das equipas dos diferentes contextos. Foram desenvolvidas estratégias de intervenção e respeito pelos direitos fundamentais e pelas idiossincrasias dos doentes, nomeadamente no âmbito de internamentos involuntários no contexto de um serviço de internamento de doentes em fase aguda. Face às caraterísticas destes doentes surgiram várias situações decorrentes de patologia psiquiátrica agudizada de heteroagressividade, que conduziram à contenção química e física dos mesmos podendo permanecer contidos durante 2 a 3 dias no contexto de internamento involuntário, ao abrigo da Lei de Saúde Mental (LSM), Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, previsto no Capítulo IV nos artigos n.º 14 e seguintes. Neste contexto tão particular de cuidados, a relação estabelecida com os utentes determinou francamente o resultado do processo terapêutico.

Torna-se importante a partilha de uma interação com um doente vindo do Serviço de Urgência (SU) que se apresentava contido, acompanhado por agentes da autoridade, e que, pelo risco para os profissionais e para si próprio, foi mantida a contenção química e mecânica. Foi desenvolvida interação com o mesmo durante vários momentos, construindo uma relação de confiança, em que, foi manifestado profundo respeito pela individualidade do mesmo. Aquando das interações foram colocadas várias músicas do seu interesse e este partilhou diversas vivências decorridas face ao seu processo de doença, relações familiares, situação de trabalho e sentimentos de angústia face ao momento atual. Foi instituído um clima de confiança e empatia, incentivando a partilha de receios, sentimentos e expetativas e aquando da melhoria do seu estado, uns dias depois, o utente referiu *"Obrigado por ter estado lá para mim quando tanto precisava que alguém falasse comigo. The touch of Michael Jackson was perfect!"* (sic).

De modo a validar as tomadas de decisão, em várias situações experienciadas, avaliámos o processo (unidade de competência 1.3), partilhando constantemente informação com a equipa de modo a promover a reflexão e a proposta de novas formas de intervenção.

O desenvolvimento de uma sessão de psicoeducação, planeada em Plano de Sessão (Apêndice G) promotora de maior literacia em saúde mental acerca da temática da gestão do regime terapêutico (Apêndice H) desempenhou um papel importante no que concerne à questão do estigma, desmistificando a doença mental e o regime terapêutico por forma a manter uma adesão mais eficaz ao regime terapêutico.

No que concerne ao **Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade** fazem parte as competências **B1, B2** e **B3,** cada uma delas com os seus descritivos e unidades de competência, sendo analisadas de forma interligada:

"B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (OE, 2019: 4747);

"B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" (OE, 2019: 4747);

"B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro" (OE, 2019: 4747).

A realização deste relatório acresceu-nos uma grande responsabilidade na exigência pré-existente em garantir a qualidade dos cuidados aos doentes nos diferentes contextos clínicos enquanto promotores de iniciativas estratégicas relacionadas com a governança clínica e o desenvolvimento de cuidados especializados, visando aperfeiçoar continuamente as práticas realizadas. Por forma a sustentarmos cientificamente a nossa intervenção foi efetuada uma revisão integrativa da literatura aprofundada no âmbito do desenvolvimento de trabalhos académicos desenvolvidos na várias UC's, do desenvolvimento do projeto de estágio e da construção do presente relatório, de modo a sustentar os cuidados prestados ao longo dos estágios, bem como na nossa prática profissional, de modo a evoluir, melhorar e adaptar a nossa prática perante os resultados obtidos.

A qualidade dos cuidados de saúde entende-se como um padrão que implica uma melhor eficácia, maior eficiência, maior acessibilidade, aceitabilidade e maiores competências dos prestadores de cuidados. (Ferreira, 1991). A qualidade dos cuidados de enfermagem íntegra o bem-estar e o autocuidado dos doentes, a prevenção de complicações e a estruturação dos serviços de enfermagem para um melhor atendimento. O EE é um elemento-chave para incrementar a qualidade dos cuidados de enfermagem uma vez que possui conhecimentos e competências acrescidas, assume um papel importante na avaliação das expetativas e interesses dos doentes face aos cuidados de saúde prestados e assume um papel

privilegiado para a dinamização de projetos que visem a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem em particular (Abrantes, 2012).

Hesbeen (2001), argumenta que a qualidade dos serviços prestados está intimamente ligada à dedicação dos profissionais e da existência de um ambiente de liberdade propício ao desenvolvimento de uma abordagem individualizada. Esta competência encontra-se diretamente relacionada com a qualidade de cuidados de enfermagem, que devem abranger aspetos científicos, técnicos e relacionais para cuidar da pessoa de forma holística. A realização de estudos de caso no contexto das UC´s e no primeiro estágio permitiu-nos desenvolver uma prestação de cuidados suportada pela evidência científica e a sua discussão com a equipa permitiu aprimorar a reflexão acerca dos cuidados prestados e da relação terapêutica desenvolvida com o doente. O EE compreende o valor crucial que a qualidade assume nos cuidados de enfermagem, procurando a fundamentação da prática através da evidencia científica e partilhando a sua importância com os colegas de equipa. Neste âmbito e pretendendo capacitar os enfermeiros generalistas da UHD para a aplicação na prática dos pressupostos da teoria de orientação para a realidade, junto dos utentes e famílias com níveis aumentados de ansiedade pela presença de distúrbios neurocognitivos, foi desenvolvida uma formação (Apêndice I), devidamente planeada em plano de sessão (Apêndice J).

Respeitámos os padrões de qualidade das unidades hospitalares e serviços, normas regulamentares institucionais e instruções de trabalho.

Através da intervenção psicoeducativa no âmbito da promoção do regime terapêutico promovemos alterações de entendimento e novas perspetivas para a aceitação da doença psiquiátrica, melhor gestão da mesma e melhoria do bem-estar dos doentes. Após o estabelecimento de uma relação próxima, de empatia e de confiança com uma utente internada com patologia bipolar em fase maníaca, que a pouco e pouco foi adquirindo maior *insight* face à sua situação de doença e aderiu ao regime medicamentoso progressivamente referindo *"A enfermeira tinha razão… tou a tomar os comprimidos e a pouco e pouco estou a melhorar e ganhar consciência do que andei a fazer."* (sic) Quando abordada a questão da alta a utente referiu que iria tomar os medicamentos desta vez porque compreendeu que estes ajudam à *"(…) regulação química da cabeça. Tantos anos e nunca tinha percebido que isto era como tomar medicação para a diabetes. Há alguma coisa física atrás desta loucura."* (sic).

Uma das intervenções mais explorada com o utente alvo de estudo de caso no primeiro estágio foi a promoção da adesão ao regime medicamentoso, uma vez que o utente tinha uma história longa de ansiedade severa, perturbação depressiva com abandono de terapêutica e sucessivas tentativas de suicídio graves subsequentes.

Na sequência das intervenções psicoeducativas de forma individual e do *feedback* mostrado pelos utentes e em concordância com a enfermeira orientadora vim a desenvolver uma sessão de

psicoeducação, em dia previsto para tal, com um grupo de utentes (face aos critérios de inclusão) que permitiram manter a continuidade das dinâmicas implementadas no serviço.

Durante o decorrer do estágio foi sempre dada particular primazia à promoção de um ambiente terapêutico de modo a conduzir à construção da relação terapêutica que assume, ao enfermeiro, um caminho de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, o qual exploraremos aquando da análise das competências específicas do EEESMP.

A minha experiência profissional foi enriquecida com os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, como EE, sendo que considero que desenvolvi, de forma mais aprimorada e atenta, a garantia da manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, assegurando que o utente deve ser o centro de intervenção e a relação o instrumento principal, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados (OE, 2015). A promoção do envolvimento da família como parceiros nos cuidados implica a estimulação de competências promotoras de saúde dos doentes, respeitando as suas caraterísticas pessoais.

Foi sempre tido em conta o respeito pelo consentimento informado dos doentes e família e a confidencialidade em todas as situações.

Ao longo dos estágios sempre foram notórios o investimento pessoal e a proatividade para a nossa intervenção e eficácia da mesma.

No que concerne ao **Domínio C – Gestão dos Cuidados** fazem parte as competências **C1 e C2,** cada uma delas com os seus descritivos e unidades de competência, sendo analisadas de forma interligada:

"C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" (OE, 2019: 4748);

"C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (OE, 2019: 4748).

Consideramos que a aquisição das competências incluídas neste domínio advém da obtenção de conhecimentos específicos decorrentes das UC de Ética e Deontologia de Enfermagem, Investigação em Enfermagem, Enfermagem e Formação, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II, e, posteriormente a realização dos estágios.

Assumimos uma postura positiva, favorável, de respeito, assertividade, grande disponibilidade e empenho no processo de aprendizagem o que me permitiu rapidamente sentir-nos inseridos nos contextos de cuidados, nas equipas de enfermagem e nas equipas multidisciplinares, desenvolvendo relações de parceria multidisciplinar e colaborando nas decisões da equipa de saúde nos processos dos

cuidados, gerindo recursos de forma adequada e flexível às situações e contexto, com o objetivo de manter a qualidade dos cuidados. Assistimos a várias reuniões de serviço em que se encontravam presentes vários profissionais. Interagimos com os diversos profissionais em diversas situações, respeitando sempre os limites impostos pela área de competência de cada um desenvolvendo uma relação de complementaridade (OE, 2015).

Mantendo sempre o foco na avaliação da ansiedade dos doentes, foi efetuado de forma constante uma revisão da literatura acerca da temática por forma a adquirir maior conhecimento científico que nos permitiu apurar tomadas de decisão, explorar a importância da relação de ajuda promovendo a capacidade de adaptar a abordagem terapêutica perante os doentes em diferentes momentos.

Procurámos sempre adotar métodos de organização de trabalho adaptados ao contexto e equipas e ao tipo de cuidados necessários, utilizando os recursos de forma consciente, responsável e eficiente, visando sempre a qualidade do atendimento.

De acordo com a OE (2019: 4748*)*, "O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados."

Gerir recursos humanos assume-se como uma tarefa complexa. Os enfermeiros orientadores assumiram diferentes papeis na área da coordenação e foi possível observar diferentes tipos de liderança e supervisão. Na complexidade de diversas situações observadas foi comum percecionarmos o respeito e a valorização constante da equipa, num espírito de entreajuda, tanto na equipa de enfermagem quanto na multidisciplinar, demonstrando a importância dos diferentes papéis de hierarquia na equipa.

Gerir os cuidados prestados implica também a delegação de tarefas que promovam o bem-estar e a segurança dos doentes. Durante os estágios surgiram diversas situações em que necessitámos de delegar tarefas aos profissionais que dele dependam, não deixando de assumir as responsabilidades da delegação (OE, 2015). As condições ótimas do funcionamento da equipa assentam na confiança, trabalho de equipa e cooperação entre os colaboradores onde o objetivo comum é o bem-estar e a segurança do doente. Durante os contextos de estágio foi possível observar diversas atitudes de liderança e supervisão pelos enfermeiros orientadores no âmbito da equipa multidisciplinar.

Ao longo de todo o percurso dos estágios foi um desafio diário gerir os cuidados aos doentes, principalmente no primeiro estágio uma vez que era a primeira vez que me encontrava em contexto de prestação de cuidados na área da ESMP. Contudo a implementação de estratégias promotoras do relaxamento eficazes e avaliadas de forma positiva pelos doentes permitiram aumentar a segurança e a autoestima perante os cuidados prestados. O envolvimento profundo na relação profissional com os elementos da equipa permitiu-nos desenvolver uma comunicação mais eficaz, com proatividade e

responsabilidade, informando e incluindo a equipa nas atividades desenvolvidas no âmbito do mestrado. Deste modo, foi ainda possível ganhar a confiança dos elementos que permitiu a atribuição de tarefas pelos mesmos, promovendo a nossa autonomia na prestação de cuidados.

No que concerne ao **Domínio D – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** fazem parte as competências **D1 e D2,** cada uma delas com os seus descritivos e unidades de competência, que serão analisadas de forma interligada:

'D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade." (OE, 2019: 4749);
"D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica." (OE, 2019: 4749).

A primeira competência descrita neste domínio encontra-se com a primeira competência do EEESMP, que será explorada de forma sucinta mais à frente.

A componente teórica do mestrado trouxe um contributo enorme para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente através da Unidade Curricular de Ética e Deontologia Profissional, Desenvolvimento Pessoal na Saúde Mental e através das várias intervenções acerca da relação terapêutica enfermeiro-doente e relação de ajuda nas diversas UC's.

O EE deve autoconhecer-se e autoanalisar-se por forma a poder encontrar-se consigo próprio para se encontrar com o outro. Durante a implementação de intervenções de enfermagem com os vários doentes deparei-me muitas vezes com uma voz dentro de mim que me questionava, me analisava e me despertava para a forma como me "mostrava" ao doente. A assertividade sempre foi uma das minhas caraterísticas enquanto pessoa e enfermeira e esta, foi promotora do desenvolvimento de uma relação profissional de parceria com o doente e que tendencionalmente me afastava de uma posição de superioridade perante o utente o que me permitia ser vista como uma referência de uma profissional de confiança. Várias vezes os doentes me procuraram, nos diversos contextos de estágio, referindo que precisavam ser ouvidos no intuito de minimizar a ansiedade, referindo que lhes transmitia confiança e tranquilidade. Consequentemente este processo, inicialmente de uma forma inconsciente, e a pouco e pouco se tornou cada vez mais consciente, trouxe-me uma maior autoestima, sentimentos de bem-estar-comigo própria por poder ser um *"veículo do cuidar"* para os doentes. Partilhei informação com os enfermeiros orientadores acerca de determinados aspetos a ter em conta durante o processo terapêutico do doente. A relação com os doentes foi o principal impulsionador da reflexão pessoal. A *"entrega"* ao outro, foi uma aprendizagem bastante desenvolvida, e que me permitiu sentir uma curva de crescimento e mudança, a nível pessoal e profissional.

Nos diversos contextos fui impelida a trabalhar toda a dimensão relacional, quer seja pelo gosto pessoal na temática, que ser seja pela importância que a relação enfermeiro-doente assume, principalmente nos cuidados de ESMP. Desenvolvi cuidados de maior habilidade relacional, pelo que foi, também uma área de conhecimento muito explorada por mim, em revisão literária. A procura de conhecimento baseado na evidência foi uma constante na base de toda a minha prática e explorei as bases adquiridas através das aulas lecionadas pelo Professor Manuel Lopes e pela Professora Orientadora. Explorei o conhecimento transmitido por eles de modo a assimilar dentro de mim a consciência da essência da relação enfermeiro-doente. Durante os estágios recorri diversas vezes à leitura do livro de Manuel Lopes *"A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica"*, de Phaneuf (*"Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação"*) e Chalifour (*"A intervenção terapêutica, Volume 1 e 2, Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda"*). Neste sentido, acredito que as relações que estabeleci com os doentes contribuíram para a promoção e proteção da sua saúde mental bem como para o meu crescimento pessoal e profissional, resultante do caminho de reflexão acerca de mim mesma e do outro, essenciais para o desenvolvimento de relações de parceria.

Todo o desenvolvimento do nosso trabalho serviu para sermos facilitadores de novas aprendizagens no nosso contexto de trabalho na medida em que alguns dos conhecimentos adquiridos foram partilhados com a equipa de enfermagem em determinadas situações/vivências com o intuito de melhorar a prestação de cuidados. Um dos papeis do EE, segundo o Regulamento nº 140/2019, envolve a promoção da aprendizagem e desenvolvimento das habilidades dos enfermeiros, bem como avaliar os resultados de toda a formação e garantir a sua integração na prática de cuidados. Deve ainda identificar necessidades, lacunas no conhecimento e oportunidades de investigação para contribuir na produção de conhecimento, melhoramento dos cuidados prestados e o alcance da excelência dos cuidados de enfermagem.

6.2. Competências Específicas do EEESMP

A ESMP como área especializada dentro da profissão de enfermagem, evidencia uma prática mais complexa e uma maior abrangência de conhecimentos. Reflete uma maior autonomia, suportando a sua intervenção na evidência científica e nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, implementando cuidados com um elevado nível de qualidade (OE, 2018).

De acordo com a OE (OE, 2015: 17034), "a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais

durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital." Entende-se por competências específicas "as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo da intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas." (OE, 2019: 4745).

O Regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República, 2.ª Série, N.º 151 de 7 de agosto de 2018, pressupõe quatro competências específicas do EEESMP (**F1, F2, F3, F4**) que têm vindo a ser obtidas ao longo da reflexão dos conhecimentos adquiridos durante o percurso do mestrado e foram mobilizadas e implementadas aquando da realização dos estágios. Serão analisadas cada uma delas tendo em conta o descritivo, as unidades de competência e os seus critérios de avaliação.

"F1 – Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" (OE, 2018: 21428).

Esta competência engloba os conhecimentos adquiridos através do desenvolvimento pessoal, da autorreflexão, da capacidade de estabelecer uma comunicação empática com o doente, limitando a relação ao contexto profissional e ao controlo dos fenómenos de transferência e contratransferência. Constitui-se como um desafio permanente no exercício profissional em ESMP uma vez que é crucial a procura contínua de autoconhecimento e a nossa reflexão pessoal acerca de nós mesmos. Constitui-se como um processo continuamente inacabado uma vez que, todos os dias, nos estágios e na nossa prática profissional, vivenciamos situações que têm impacto em nós e que, até por vezes, nos incomodam e causam estranheza e por isso, é importante que sejam esclarecidas, refletidas e entendidas com o intuito de conduzirem a novas aprendizagens e maior capacidade de adaptação por forma a prestar cuidados de enfermagem com mais qualidade à pessoa, doente, família e comunidade.

Chalifour (2008) considera que a base de todas as intervenções se encontra na forma como a pessoa expressa as suas qualidades pessoais e profissionais na medida em que transformamos as nossas habilidades e caraterísticas pessoais humanas em ferramentas essenciais para a construção de uma relação de ajuda baseada na genuinidade e confiança.

A história de vida repleta de experiências diversificadas e as competências adquiridas no curso de licenciatura e ao longo dos anos de experiência enquanto enfermeira conduziram, invariavelmente, a um crescimento pessoal e concomitantemente a um crescimento da capacidade e eficiência no estabelecimento de uma relação de confiança, terapêutica, com o doente durante a prestação de cuidados.

O enfermeiro nesta relação deve "(…) possuir uma vivência interior rica, grande disponibilidade e empatia. Necessita ainda de estar atento a tudo quanto, vindo do outro, se pode tornar significativo" (Pio Abreu, 2015: 23). A prestação de cuidados de enfermagem implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado (Hesbeen, 2001).

"Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode descontrair-se e oferecer serenidade, calor e compreensão aqueles de quem cuida." (Heesben, 2001: 71)

A capacidade de autorreflexão e de autoconhecimento vieram a ser desenvolvidas, em determinados momentos e perante situações complexas do cuidado ao doente psiquiátrico em contexto de internamento, ao doente oncológico no contexto de hospital de dia e ao doente em contexto de internamento domiciliário, através da sustentação de um equilíbrio pessoal e profissional. Tendo como premissa a autoscopia constante, a análise do *eu*, a aceitação das caraterísticas pessoais e a consciencialização dos sentimentos, crenças, princípios, valores, comportamentos, capacidades, vulnerabilidades próprias e limitações, adquirimos uma maior capacidade de desenvolver uma relação mais consciente e assertiva, primando pela promoção da melhoria contínua da condição do doente. Phaneuf (2005), refere que o facto de os enfermeiros reconhecerem as suas emoções e sentimentos conduz, consequentemente, a que estejam mais predispostos a reconhecer e aceitar as emoções e sentimentos do outro, demonstrando uma maior empatia e compreensão.

Torna-se importante esclarecer que o estabelecimento da relação terapêutica aconteceu em momentos formais, como as entrevistas terapêuticas de enfermagem de avaliação inicial e seguintes, como em momentos informais, desenvolvidos ao longos das várias intervenções com os doentes e família. Da reflexão de todos estes momentos foi surgindo um construto de identificação de fatores promotores e dificultadores do estabelecimento da relação, resultante da autoscopia, com vista ao impacto positivo na relação com o doente e família. O foco constante na intencionalidade das nossas intervenções e a atenção à responsabilidade do impacto da mobilização de nós mesmos no doente conduziram à perceção da nossa intervenção de um modo mais aprimorado e profundo, livre de julgamentos ou convicções pessoais. As relações que estabelecemos basearam-se na compreensão empática, respeito e confiança e na mobilização de aptidões relacionais, comunicacionais nas entrevistas psiquiátricas, nas práticas de técnicas de relaxamento, na orientação dos doentes para a realidade e minimização da ansiedade, na observação dos comportamentos dos doentes e no desenvolvimento de uma maior sensibilidade humana.

A análise reflexiva da forma como me senti na prestação de cuidados nos estágios, quer seja no âmbito de gestão de emoções e sentimentos, resistência de limites e impasses terapêuticos, medos ou receios, contribuíram para uma maior consciência de mim para mim sendo um contributo enorme e

potenciador de crescimento, permitindo uma maior eficácia no "uso de mim" na relação enfermeiro-doente.

Em todos os estágios foram mantidas as relações no contexto terapêutico e dentro dos limites da relação de ajuda profissional, acautelando transferências ou contratransferências inadequadas que poderiam pôr em causa a prestação de cuidados. Os momentos reflexivos da nossa prática com os enfermeiros orientadores foram cruciais para melhor gerir algumas situações e capacitar-nos para uma melhor prestação de cuidados em situações seguintes.

A componente teórica do mestrado trouxe um contributo enorme para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente através da Unidade Curricular de Ética e Deontologia Profissional e Desenvolvimento Pessoal na Saúde Mental e através das várias intervenções acerca da relação enfermeiro-doente e relação de ajuda nas diversas UC's. As aprendizagens orientaram para uma solidificação de conhecimentos, fomentando um sentido crítico e um processo de autorreflexão. Para Phaneuf (2001:177) "a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos". A realização de várias pesquisas no âmbito dos diversos trabalhos académicos desenvolvidos e das entrevistas psiquiátricas realizadas conduziram ao desenvolvimento do autoconhecimento, da consciencialização e de progresso para uma melhor comunicação e criação de um processo de enfermagem mais eficiente.

Os cuidados de enfermagem têm por base o estabelecimento de uma relação de encontro entre dois indivíduos, o enfermeiro e o doente. O *"saber pessoal"* implica que o enfermeiro tenha uma maior consciência de si, enquanto pessoa; que seja detentor de um autoconhecimento elevado e que consiga expressar a sua individualidade de forma autêntica, com compromisso, para que a relação terapêutica seja eficaz (Lopes, 2006).

Em concordância com o referido anteriormente foram delineados planos de cuidados individualizados, direcionando o cuidado de enfermagem para as reais necessidades e idiossincrasias dos doentes por forma a garantir a redução da ansiedade, o bem-estar maior e a recuperação dos mesmos.

Consideramos que adquirimos esta competência uma vez que realizámos diversos momentos de introspeção e reflexão acerca das nossas atitudes, habilidades, emoções e sentimentos decorrentes da interação com os doentes e famílias. Consolidámos o nosso autoconhecimento e atingimos uma maior consciência de nós próprios, contribuindo para relações terapêuticas mais eficazes, eficientes e com maiores ganhos em saúde para os doentes.

"F2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental" (OE, 2018: 21428).

Esta competência vai ao encontro ao artigo n.º 4 do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (DR, 1996: 2960) que refere que "a enfermagem é a profissão que (…) tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível."

A Enfermagem tem como aliada a pessoa, família, grupo ou comunidade nos cuidados prestados ao longo de todas as fases da vida da mesma, abarcando diversas fases do crescimento humano nas mais diversificadas formas singulares e plurais. A prestação de cuidados de ESMP abrange todo o ciclo vital da pessoa e seu desenvolvimento tendo sido de extrema importância a aquisição e desenvolvimento de instrumentos e estratégias que permitiram uma avaliação detalhada, acurada e sistemática das necessidades dos doentes com o intuito da otimização da saúde mental e psiquiátrica dos mesmos. Nos três contextos de estágio foi essencial conhecer os contextos familiar/social/cultural da pessoa alvo dos cuidados através de uma "recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental." (OE, 2018: 21428).

A aquisição desta competência foi ancorada na metodologia do processo de enfermagem e nos contributos da teoria da relação de ajuda profissional de Chalifour. A implementação do processo de enfermagem enquanto metodologia científica de trabalho é subjacente à utilização de uma serie de estratégias organizadas que permitem alcançar os objetivos definidos para cada etapa do processo que são: Avaliação Inicial, Diagnóstico, Planeamento, Execução e Avaliação.

É na primeira fase do processo, na Avaliação Inicial, que se pretende obter o maior número de dados e informações de modo a efetuar uma avaliação e definição de diagnósticos das necessidades dos doentes. Neste âmbito recorremos a várias fontes com objetivo de obter o máximo de informação. As fontes utilizadas foram a consulta dos registos médicos no diário clínico, de todos os registos de enfermagem no processo dos doentes, e a abordagem à família uma vez que "normalmente o doente está acompanhado por um familiar, mas também porque quase nunca não está sozinho a lidar com a doença" (Lopes, 2006: 158). Obtemos ainda informação através do método de observação dos doentes a vários níveis, nomeadamente a nível comportamental e na interação com a equipa de enfermagem. No caso do hospital de dia de oncologia foi crucial observar o comportamento dos doentes na socialização com os

seus pares na medida em que conseguimos antecipar algumas necessidades dos mesmos, validando-as sempre aquando do contato com o mesmo.

Segundo (Lopes, 2006: 154) "A entrevista normalmente corresponde ao primeiro encontro entre a enfermeira e o doente e o respetivo familiar." A entrevista psiquiátrica, assume-se como o método primordial para a colheita de dados clínicos e elemento-chave para uma adequada avaliação pelo que foi um elemento que treinámos e aperfeiçoámos de modo a adquirir competências particulares ao nível da entrevista, da avaliação do estado de saúde mental do doente e do estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica. Chalifour (2009: 59) afirma que a "a entrevista é um tipo particular de comunicação humana que visa essencialmente ajudar o outro a ajudar-se a si-mesmo."

A entrevista é fundamental para o EEESMP uma vez que é através dela que se atinge "a excelência relacional, estando presente em todos os momentos do contacto onde o enfermeiro se mobiliza enquanto instrumento terapêutico." (OE, 2021: 31)

A entrevista é uma interação comunicativa entre o enfermeiro e o doente, grupo ou família através do qual o enfermeiro organiza um processo de observação e de recolha de informação através de questões específicas que levam à obtenção de dados acerca dos detalhes do problema de saúde da pessoa e caraterizar o contexto familiar e comunitário em que se insere (Sequeira & Sampaio, 2020).

Chalifour (2009) considera que a relação de ajuda deve estar na base da entrevista psiquiátrica de modo que esta seja o mais eficiente possível e seja veículo para uma maior e melhor colheita de dados.

Foi através do decorrer das entrevistas psiquiátricas que robustecemos o desenvolvimento da relação de confiança, desde o primeiro momento, criando um clima propício à evolução de um vínculo afetivo que permita ao doente a livre expressão de emoções, sentimentos, medos e receios, para que o tratamento venha a ter sucesso (Sequeira e Sampaio, 2020). Desenvolvemos a habilidade de recolha de informação especializada através das entrevistas psiquiátricas e o exame do estado mental, após a exploração, reflexão, discussão e treino da execução da escuta ativa durante o decorrer dos estágios.

O estabelecimento de uma orientação para a recolha de dados deve ter como premissa a fluidez do discurso, com uma entrevista semiestruturada, uma vez que esta assume uma estruturação mais ou menos flexível na sequência e na forma de elaborar questões, permitindo ao doente ter um papel ativo. Foram ainda utilizadas entrevistas estruturadas, nomeadamente no Hospital de dia de Oncologia, no âmbito do processo de doença oncológica e tratamentos efetuados e a efetuar uma vez que as perguntas fechadas norteiam a conversa para os temas que se pretende abordar. As perguntas abertas permitem ao utente ter um diálogo mais natural e dinâmico (Zuardi & Loureiro, 1996).

Durante as intervenções com os doentes e família mantivemos como premissa a fluidez do discurso através de entrevistas semiestruturadas, uma vez que estas assumem uma estruturação mais ou

menos flexível na sequência e na forma de elaborar questões, e permitiu aos doentes ter um papel ativo. Introduzimos, também, perguntas fechadas de modo a nortear os temas que pretendia abordar de uma forma mais objetiva.

Avaliando o nosso desempenho e a nossa evolução ao longo dos estágios consideramos que atingimos com sucesso esta competência uma vez que nos capacitámos para a elaboração de diagnósticos e elaboração de planos de cuidados orientados para a singularidade das pessoas e famílias cuidadas.

"F3 – Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto" (OE, 2018: 21428)

Consideramos que esta competência está interligada à segunda competência.

Ao desenvolvermos e aprofundarmos habilidades, atitudes, saberes e aptidões que ao serem mobilizadas no planeamento de intervenções de enfermagem de forma estruturada, diferenciada e centrada na pessoa, dando assim, resposta aos diagnósticos de enfermagem em saúde mental, identificados na competência anterior e ao implementá-las na prática, tendo em conta o ambiente e o contexto promovemos ganhos na saúde mental da pessoa e na sua qualidade de vida.

Hodiernamente é indiscutível a valorização que o processo de enfermagem adquiriu no desenvolvimento da profissão. A resposta às necessidades específicas de cada uma das pessoas implica uma abordagem ordenada e sistemática através de metodologia científica, com vista à resolução de problemas levantados, junto com o doente, com recurso ao processo de enfermagem (Ribeiro *et al*, 2018). O processo de enfermagem apresenta-se com um modelo metodológico para o desenvolvimento sistemático da prática de enfermagem, de modo a organizar as condições necessárias à realização do cuidado e documentação do exercício da prática. (Garcia & de Nóbrega, 2009)

A aplicação do processo de enfermagem tem como vantagens facilitar a documentação dos dados, assegurar o levantamento de problemas e a elaboração de intervenções de enfermagem através do uso de uma linguagem comum que facilite a comunicação com a equipa prestadora de cuidados e para com o doente (Aquino, 2004). O processo de enfermagem apresenta etapas ou fases dinâmicas e interligadas como sejam a avaliação inicial, o diagnóstico através da identificação de problemas, o planeamento que implica o estabelecimento de objetivos e identificação das intervenções a desenvolver, a implementação de ações de enfermagem delineadas na fase de planeamento e a avaliação dos resultados, verificando se os objetivos propostos foram alcançados (Ribeiro *et al*, 2018).

O modelo assistencial da gestão de caso apresenta-se, também, como um aspeto importante nesta competência (unidade de competência F 3.5) tendo por base que a figura do gestor de caso estabelece

prioridades e executa cuidados de forma sistematizada "(…) no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde" (OE, 2018: 21429).

A realização de estudos de caso no decorrer da UC ADIT I e II, ESMP II, concomitantemente com conhecimentos adquiridos na UC de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitiu mobilizar novos conhecimentos para a realização de um estudo de caso no primeiro estágio por forma a preparar-me para a aplicação do processo de enfermagem no contexto dos cuidados em estágio.

O uso de uma linguagem classificada constitui-se como um elemento crucial no processo de enfermagem, assumindo o destaque da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), por forma a aplicar um padrão internacional que simplifique e uniformize a recolha e análise dos dados de enfermagem e que homogeneíze a linguagem e a comunicação entre os enfermeiros. Utilizámos, também, em todos os estágios a plataforma informática SClínico para efetuar os registos de enfermagem por forma a uniformizar a linguagem e os registos.

Neste âmbito consideramos que esta competência foi adquirida uma vez que obtivemos novos conhecimentos, desenvolvemos conhecimentos previamente adquiridos, desenvolvemos capacidades, aptidões, saberes, competências comunicativas e relacionais que potenciaram uma melhor prestação de cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo vital integrada na família, grupo e comunidade.

"F4 – 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" (OE, 2018: 21430).

A última competência do EEESMP abrange as três competências anteriormente abordadas, sendo apenas possível adquiri-la se as anteriores tiverem sido alcançadas com sucesso. Esta competência requer que o EEESMP consiga executar intervenções no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa, família e/ou comunidade através de um processo de cuidados individualizado e adequado.

O desenvolvimento desta competência foi progressivamente atingido ao longo dos estágios na medida em que foram utilizadas estratégias e mobilizadas técnicas que foram amadurecendo e melhorando, de modo a serem cada vez mais eficientes quando sujeitas à avaliação de resultados na prática, baseadas em conhecimento científico. O EEESMP mobiliza o conhecimento teórico e utiliza-se a si próprio como veículo de cuidados, mobilizando-se como instrumento terapêutico, monitorizando as emoções e os comportamentos adotados na interação com o doente.

Segundo o descritivo desta competência "a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a 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, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais" (OE, 2018: 21430).

O EEESMP desenvolve intervenções psicoterapêuticas nas quais são primordiais o uso da escuta ativa e da empatia, com o intuito de desenvolver uma relação de confiança e parceria com o utente e família. Considero que a comunicação é o instrumento de intervenção que suporta todas as relações enfermeiro-doente e que as torna únicas e por isso capazes de ser mais eficientes na promoção do bem-estar do doente.

Foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas e de psicoeducação individuais e em grupo, práticas de comunicação verbal e não-verbal e estratégias relacionais na relação com a pessoa e família ao longo dos estágios. Um dos focos da nossa atenção prendeu-se com estar para o outro de forma empática, executar a escuta ativa e mobilizar conhecimento na área da literacia em saúde mental, nomeadamente acerca da ansiedade, terapêutica e técnicas redutoras da mesma, capacitando o doente a compreender e entender as suas necessidades.

Como já referido, no contexto do primeiro estágio realizámos intervenções psicoeducativas e socioterapêuticas, nomeadamente, através da realização de uma sessão no contexto da gestão do regime terapêutico, delineado em plano de sessão (Apêndice G), como instrumento redutor de ansiedade, aos doentes internados (Apêndice H); a realização de uma dinâmica de grupo (Apêndice K) planificada em plano de sessão (Apêndice L) e a participação ativa em vários passeios terapêuticos. A transmissão de conhecimento e a sensação de franca parceria cativou-me para este tipo de atividades que incutia identificação e clarificação de sintomas das doenças, medicamentos, alimentação, sono e exercício físico. Os utentes afirmavam que o facto de terem maior conhecimento os ajudava a lidar melhor com algumas situações, nomeadamente a melhorar e a ficarem autónomos na adesão ao regime medicamentoso, no fundo uma maior autonomia e funcionalidade através de uma melhor gestão do regime terapêutico. Consideramos que, neste âmbito promovemos a saúde mental e a adoção de comportamentos promotores de saúde mental.

Foi promovida o início da prática da respiração diafragmática como estratégia de regulação emocional com os utentes do Hospital de Dia de Oncologia aquando da realização dos tratamentos, garantindo, sem exceção, a privacidade do utente. Infelizmente as caraterísticas do Serviço de UHD, dada a alta rotatividade de doentes não permitiram aplicar o programa de intervenção psicoterapêutico e psicoeducação proposto. Contudo, neste contexto foi aplicada várias vezes a terapia de orientação para otimizar a capacidade de adaptação dos utentes e família, designadamente em utentes com perturbações

cognitivas e quadros ansiosos. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP deverá "conceber e desenvolver programas de reabilitação psicossocial (...) e implementar intervenções psicossociais" que facilitem a inserção social e familiar (OE, 2018: 21430). Neste seguimento, as intervenções de psicoeducação, realizadas individualmente promoveram, por um lado, o esclarecimento sobre sintomas de ansiedade, abordagens terapêuticas e estratégias de autocontrolo; por outro lado, incentivaram a participação ativa do próprio utente e dos cuidadores, melhorando a importância de partilhar experiências e responsabilidades no processo de reabilitação e gestão da doença mental.

Sintetizando, a prática em diferentes contextos permitiu reconhecer a amplitude de intervenção do EEESMP, assim como a imprescindibilidade de articular este conjunto de competências específicas com as competências comuns do EE. A consciência de si e a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica autêntica mostraram-se determinantes para criar um ambiente de confiança; o envolvimento do utente no seu contexto familiar e comunitário foi essencial à promoção, prevenção e recuperação em saúde mental; a construção de diagnósticos e planos de cuidados individualizados sustentou-se num processo reflexivo e sistematizado; e, finalmente, a implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais reforçou a natureza diferenciada do cuidado especializado em saúde mental. Assim, tal como define o Regulamento n.º 515/2018, a convergência de todos estes saberes e práticas culmina numa atuação profissional capaz de promover a autonomia, a funcionalidade e a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo para a melhoria efetiva da sua qualidade de vida.

6.3. Competências do Grau de Mestre

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, no artigo 9.º, alínea 5, "os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral." (p.103).

A aquisição do grau de mestre em ESMP abre lugar à aquisição de aprendizagem e competências científicas, técnicas, culturais e humanas enquanto EEESMP. Permite o desenvolvimento do pensamento, da inovação, da investigação, da resolução de problemas de enfermagem, de conhecimentos teóricos, históricos e epistemológicos, bem como a aquisição de competências embasadas na investigação clínica e conceptual em enfermagem, para a construção progressiva da disciplina de enfermagem e para uma eficiente prestação de cuidados ao utente com patologia do foro mental e psiquiátrico, melhorando os processos de gestão e qualidade em saúde.

Durante o percurso desenvolvido é esperada a aquisição das competências especificadas no Decreto-lei n.º 65/2018 publicado no Diário da República, 1.ª série, N.º 157 de 16 de agosto de 2018 onde estão elencadas as competências com vista à obtenção do grau de Mestre. É esperado que o profissional com o grau de mestre comprove:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
    i. Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
    ii. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capa
c) +cidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
d) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
e) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
f) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto--orientado ou autónomo.

A concretização das competências de mestre, tal como definidas no Decreto-lei n.º 65/2018 emerge do percurso formativo e prático documentado ao longo do presente relatório, evidenciando, em primeiro lugar, um progresso significativo na aquisição de conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área da ESMP. As diversas leituras, a extensa análise de artigos científicos e referenciais teóricos (como a Teoria de Ajuda Profissional de Chalifour) demonstraram a construção de bases sólidas permitindo a exploração crítica de conceitos mais avançados relacionados com a ansiedade e as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas. Este domínio aprofundado de saberes serviu, por sua vez, de alicerce para uma aplicação prática, expressa nas estratégias de intervenção implementadas nos contextos clínicos de estágio, onde a resolução de problemas em ambientes complexos, muitas vezes multidisciplinares, se tornou um exercício constante.

A capacidade de integração de conhecimentos e de gestão da complexidade manifestou-se claramente ao serem articulados, de forma coerente, aspetos teóricos, evidências empíricas e observações clínicas. A necessidade de adaptar as intervenções ao perfil individual dos utentes – integrando fatores biológicos, psicológicos e sociais – ilustrou a aptidão para lidar com informação por vezes incompleta ou limitada, o que exigiu a formulação de decisões ponderadas. Esta competência refletiu ainda a dimensão ética inerente à prática em saúde mental, em que o respeito pela dignidade e a salvaguarda dos direitos humanos se conjugam com a necessidade de assegurar eficácia clínica e segurança.

O processo de comunicação, por outro lado, ganhou relevo tanto na relação com equipas multidisciplinares, através de discussões de casos e reuniões de serviço, como na partilha de conhecimentos e resultados com os próprios utentes e as suas famílias. Tornou-se notório que a clareza na explicação de conceitos, a adaptação da linguagem aos diferentes interlocutores e a utilização de dinâmicas grupais, por exemplo na abordagem psicoeducativa, constituíram provas da competência de comunicar conclusões e fundamentos a públicos especialistas e não especialistas.

A experiência global foi igualmente permeada por um processo de autoaprendizagem contínua e reflexiva, concretizado na adoção do ciclo de Gibbs como modelo de reflexão. Este exercício sistemático de analisar o que ocorreu em cada intervenção e ponderar alternativas para melhorar a prática futura melhorou a autonomia enquanto profissional em formação, além de ter fomentado o desenvolvimento de estratégias de estudo e atualização permanentes. Também se tornou francamente evidente a importância da partilha de experiências com os orientadores e colegas de equipa uma vez que foram momentos propícios ao desenvolvimento de capacidades de autorregulação, nutrindo, assim, a vertente de aprendizagem ao longo da vida.

Neste sentido, as competências específicas do grau de mestre adquiriram forma no diálogo crítico entre a teoria e a prática, no aprofundamento de abordagens novas para a redução da ansiedade e na capacidade de conceber, executar e avaliar programas de intervenção. Ao demonstrar autonomia na aplicação dos referenciais científicos e na resolução de problemas, conjugada com um discurso consistente e fundamentado perante diferentes interlocutores, fica patente a forma como as exigências de um segundo ciclo de estudos foram atingidas, cumprindo os requisitos do no Decreto-lei n.º 65/2018 e projetando uma atuação profissional capaz de contribuir para o progresso na área da saúde mental.

6.4. Perspetivas de Melhoria e Desafios

Ao refletir sobre a implementação das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas delineadas, surgem diversas perspetivas de melhoria e desafios que, embora já identificados na literatura (p. ex., Chalifour, 2009: 59; Sampaio *et al.*, 2023), ganham destaque à luz da prática desenvolvida em diferentes contextos de estágio. A primeira questão prende-se com a adesão às técnicas de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo ou terapia de orientação para a realidade. A motivação do utente pode oscilar de forma marcada, sobretudo em fases de maior descompensação ou quando o nível de *insight* é alterado pela intensidade do quadro de doença aguda e sintomas ansiosos ou depressivos. Em tais situações, torna-se essencial adaptar a metodologia, promovendo uma relação terapêutica segura e investindo em estratégias de envolvimento ativo, tal como descrito por Glasser (1965) relativamente à realidade terapêutica.

Outro elemento crítico prende-se com o envolvimento familiar. A inclusão do cuidador informal revela-se um fator decisivo para a consolidação das estratégias de gestão de ansiedade, pois potencia o reforço contínuo de técnicas como a respiração ou o relaxamento muscular progressivo no domicílio. Todavia, esta participação requer uma clarificação de papéis, definição de limites e apoio constante à família, designadamente nos momentos de maior sobrecarga emocional.

Por outro lado, a continuidade de cuidados após a alta assume-se como um desafio central. Se, durante o internamento é possível monitorizar o uso regular das técnicas, uma vez concluído esse período, urge garantir que a pessoa mantém acesso a suporte na comunidade. Iniciativas como grupos de apoio ou acompanhamento em consulta de enfermagem de saúde mental podem apoiar os progressos obtidos, em conformidade com as propostas de coordenação e gestão de caso presentes no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018: 21429).

Por fim, destaca-se a avaliação de impacto, nomeadamente a necessidade de recorrer a escalas e métodos de avaliação consistentes. Escalas de autorresposta, como a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), proposta por Zigmond e Snaith (1983), permitem medir a evolução do estado ansioso e depressivo, facultando indicadores específicos sobre a eficácia e o contributo específico de cada técnica aplicada.

A triangulação de dados obtidos em entrevistas, registos de observação e escalas de avaliação quantitativa possibilita uma análise mais consistente dos resultados, promovendo a melhoria contínua e adaptabilidade das intervenções à singularidade de cada pessoa, família e comunidade.

7. CONCLUSÕES

A elaboração deste relatório representou um percurso reflexivo e integrado na prática da ESMP, particularmente na compreensão e intervenção perante a ansiedade enquanto foco de cuidados. Ao longo dos três estágios descritos, foram explorados diferentes cenários o que permitiu apurar como as várias expressões da ansiedade influenciam o bem-estar psicológico, a dinâmica familiar e a adesão aos tratamentos. Num quadro metodológico assente em observação participante, entrevistas semiestruturadas, exames do estado de saúde mental e registos em diário de campo, evidenciou-se a importância de uma relação terapêutica intencional e orientada pelos referenciais teóricos de Chalifour, conferindo-se, assim, sentido e direção ao processo de ajuda profissional.

Hodiernamente, a ansiedade, nas suas múltiplas expressões, constitui um dos principais desafios à saúde mental das populações. A atuação do EEESMP, alicerçada em abordagens psicoterapêuticas e psicoeducativas, revela-se determinante para a prevenção, gestão e reabilitação da pessoa que experiencia ansiedade.

As técnicas de respiração diafragmática, de relaxamento muscular progressivo e a terapia de orientação para a realidade mostraram-se eficazes na capacitação das pessoas para gerir a ansiedade nos momentos de crise, fomentando a autonomia na autoaplicação de tais recursos fora do contexto hospitalar. Foi utilizada a respiração diafragmática como estratégia de regulação emocional, o RMP de Jacobson e o TRM para reduzir a tensão psicofísica associada à ansiedade e a terapia de orientação para a realidade para otimizar a capacidade de adaptação, designadamente em utentes com perturbações cognitivas e quadro ansioso.

A colaboração ativa das equipas multidisciplinares e o envolvimento dos cuidadores informais, quando possível, sustentaram a continuidade dos ganhos e reforçaram a motivação para a prática regular das estratégias ensinadas. Esta abordagem psicoterapêutica e psicoeducativa promoveu uma redução de sintomas ansiosos e potenciou, igualmente, a criação de vínculos de confiança, favorecendo a partilha de medos, dúvidas e expetativas dos utentes, fundamentais para uma intervenção bem-sucedida.

Ao longo deste percurso, desenvolveram-se as competências do EE, do EEESMP, aliadas às competências do grau de mestre em ESMP. A dimensão reflexiva, suportada em modelos como o ciclo de Gibbs, e a análise crítica dos resultados obtidos permitiram afinar os planos de intervenção e, sobretudo, reconhecer a importância de uma prática baseada na evidência científica. Por outro lado, a experiência vivenciada nas três realidades clínicas fortaleceu a convicção de que o ato de cuidar vai muito além da dimensão técnica, exigindo uma postura empática, respeitadora da individualidade de cada pessoa

e promotora de autonomia na gestão dos sintomas de ansiedade. Recomenda-se, por fim, a manutenção de programas estruturados de intervenção, a avaliação sistemática do seu impacto – por exemplo, através de escalas como a STAI-Y – e o investimento continuado na supervisão clínica e na formação especializada, de modo a garantir a melhoria progressiva das práticas de cuidados e a responder, com cada vez mais eficácia, aos desafios que a ansiedade representa no contexto da saúde mental.

Recomenda-se a aplicação deste programa em diferentes contextos de prática clínica e a avaliação sistemática do impacto das estratégias apresentadas, por forma a estabelecer a sua eficácia e introduzir eventuais melhorias. É igualmente essencial que os EEESMP invistam na educação contínua, supervisão clínica e investigação, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com ansiedade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, D. (2012). A qualidade dos serviços de saúde análise comparativa de diferentes. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Gestão de Unidades de Saúde. perceções. doi: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3038/1/Qualidade%20dos%20Servi%c3%a7os%20de%20Sa%c3%bade.pdf.

Abbing A, Ponstein A, van Hooren S, de Sonneville L, Swaab H, Baars E (2008) – The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non randomised controlled trials. Plos One 13(12) doi: https://doi.org/10.1371/journal. pone.0208716

Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. Revista Portuguesa de Saúde Pública, *28*(2), 127-131. doi: https://run.unl.pt/handle/10362/98901.

Almeida, H. F. O., Tejo, S. C. G. C., Almeida, I. F. M. S., Façanha, J. D. N., & Lopes, R. C. C. (2020). "Relaxa a Mente" – Programa de relaxamento muscular progressivo de Jacobson em pessoas com ansiedade moderada [Relatório técnico]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. doi: http://hdl.handle.net/10400.26/34030.

American Psychological Association [APA] (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The oficial guide to APA style (7th ed). American Psychological Association.

American Psychiatric Association. [APA) (2023). *DSM-5-TR:* Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5.ª ed., texto revisto; Climepsi Editores, Ed.). Climepsi Editores.

Assembleia da República [AR] (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro 2015. Diário da República, Série I, n.º 181/2015, pp. 8059-8105. doi: Lei n.º 156/2015 DR (diariodarepublica.pt).

Assembleia da República [AR] (2023). Lei da Saúde Mental. Lei n.º 35/2023 de 21 de julho. Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21 (pp 2-23)

Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2.ª ed.). Guilford Press.

Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). Progressive relaxation training: A manual for the helping professions. Research Press.

Bie, F., Yan, X., Xing, J., Wang, L., Xu, Y., Wang, G., Wang, Q., Guo, J., Qiao, J., & Rao, Z. (2024). Rising global burden of anxiety disorders among adolescents and young adults: trends, risk

factors, and the impact of socioeconomic disparities and COVID-19 from 1990 to 2021. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1–14. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1489427.

Brazão, I. A. (2020). A psicoeducação no controle da ansiedade na mulher com cancro da mama: Proposta de intervenções especializadas em enfermagem [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Instituto Politécnico de Portalegre.

Caldas de Almeida, José (2008) – A Saúde Mental dos Portugueses. N.º 82, maio. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Camargo, C. H. F., Justus, F. F., & Retzlaff, G. (2015). The Effectiveness of Reality Orientation in the Treatment of Alzheimer's Disease. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 30(5), 527–532. doi: https://doi.org/10.1177/1533317514568004.

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (Volume 1). Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção (Volume 2). Loures: Lusodidacta.

Chand, S. P., & Marwaha, R. (2023). *Anxiety*. In StatPearls. StatPearls Publishing. doi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/.

Chand, S. P., Marwaha, R., & Bender, R. M. (2023). Anxiety (Nursing). In StatPearls. StatPearls Publishing. doi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574410/.

Chen, Y.-F., Huang, X.-Y., Chien, C.-H., & Cheng, J.-F. (2017). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. Perspectives in Psychiatric Care, 53(4), 329–336. doi: https://doi.org/10.1111/ppc.12184.

Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L., & Alexandre, J. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, *V Série* (2), 1–6. doi: https://doi.org/10.12707/RIV19094.

Candelas, A., Esteves, A., & Sá, L. (2016). Cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria no início do século XX. *Revista Servir, 59*(1), 47–54.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press.

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 23(64), 1–10. doi: https://doi.org/10.19131/rpesm.0274.

Coelho, J., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). Relação de ajuda: Manual de operacionalização da intervenção de enfermagem (F. Sampaio, Rev.). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. doi: https://aspesm.com/pdf/ManualRelacaoAjudaProfissional.pdf.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2015. Ordem dos Enfermeiros, Portugal: Lisboa.

Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? Journal of Anxiety Disorders, 21(3), 243–264. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001

Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety, 29*(9), 748–753. doi: https://doi.org/10.1002/da.21992.

Cruvinel, Miriam & Borichovitch, Evely (2010) – Regulação emocional: A construção de um instrumento e resultados iniciais. Psicologia em Estudo, julho/setembro, Vol.15 N.º 3: 537-545. doi: https://www.scielo.br/j/pe/a/Zh8xHRFWC56KWNNqbry5bvp/?format=pdf;

Cuofano, Gennaro (2024). O que é o Ciclo Reflexivo de Gibbs? O ciclo reflexivo de Gibbs em poucas palavras. FourWeekMBA. doi: https://fourweekmba.com/pt/ciclo-reflexivo-gibbs/

de Luca, R., Calderone, A., Gangemi, A., Rifici, C., Bonanno, M., Maggio, M. G., Cappadona, I., Veneziani, I., Ielo, A., Corallo, F., Quartarone, A., Cardile, D., & Calabrò, R. S. (2024). Is Virtual Reality Orientation Therapy Useful to Optimize Cognitive and Behavioral Functioning Following Severe Acquired Brain Injury? An Exploratory Study. Brain Sciences, *14*(5), 1-14. doi: https://doi.org/10.3390/brainsci14050410.

Damásio, António (2003). Ao Encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir. Publicações Europa-América.

Damásio, António (2013). O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. 13.ª Edição. Mem Martins: *Publicações Europa América*;

Diário da República [DR], (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 1ª série, n.º 205 de 4 de setembro de 1996. doi: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1823A0007&ficha=1&nid=1823&nversao=&pagina=1&so_miolo=&tabela=leis

Dias, Cláudia.; Cruz, José Fernando Cruz & Fonseca, António Manuel (2008) – Emoções: Passado, presente e futuro. Revista Psicologia, *22* (2): 11–31. https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i2.344;

Dias, C. (05 de 02 de 2022). Aprender a Relaxar. Obtido de Gapsi. Gabinete de Apoio Psicopedagógico. doi: https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Aprender_a_relaxar.pdf.

Dumitrescu, N., Turliuc, Ş., Eva, L., Iliescu, D. M., Ostea, C. F., Moroşan, G. C., Vatavu, R., Zanfirescu, R. L., & Sava, A. (2021). Risk factors for the development of anxiety disorders. Revista Română de Anatomie Funcţională şi Clinică, Macro- şi Microscopică şi de Antropologie, 20(4), 246-256. doi: https://revanatomie.ro/pdf/2021_4_2.pdf

Eysenck, M. W. (1992). Anxiety: The cognitive perspective. Lawrence Erlbaum Associates.

Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014) – Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel. Edições técnicas, Lda.

Fernandes, B. R. R., & Moreira, M. B. (2024). Estratégias baseadas na respiração diafragmática para redução da ansiedade. Instituto Walden4.

Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 33*, 93–112. doi: https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/33/Pedro%20Lopes%20Ferreira%20-%20Definir%20e%20Medir%20a%20Qualidade%20de%20Cuidados%20de%20Saude.pdf

Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Fernández de la Cruz, L., Chamorro, J., Pérez-Vigil, A., Ioannidis, J. P. A., Solanes, A., Guardiola, M., Almodóvar, C., Miranda-Olivos, R., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Fatjó-Vilas, M., & Radua, J. (2019). Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Psychological Medicine, 50(8), 1300–1315. doi: https://doi.org/10.1017/S0033291719001247

Fundação para a Nacionalidade e Estudos de Recursos em Doenças Mentais. (2015). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1.º Relatório. doi: https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.

Garcia, Telma Ribeiro & de Nóbrega, Maria Miriam Lima (2009). Relato de Experiência. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery. Rev enfermagem Jan-Mar. 13 (1): pp 188-193.

Ghorbannejad, S., MehdizadehTourzani, Z., Kabir, K., & MansourehYazdkhasti. (2022). The effectiveness of Jacobson's progressive muscle relaxation technique on maternal, fetal and neonatal outcomes in women with non-severe preeclampsia: a randomized clinical trial. *Heliyon*, *8*(6), 1–8. doi: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09709.

Glasser, W. (1965). Reality therapy: A new approach to psychiatry (Foreword by O. H. Mowrer). Harper & Row. (E-book edition: HarperCollins eBooks).

Gibbs, G. (1988). Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods. Oxford: Further Education Unit.

Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B., & Lavigne, J. v. (2017). Parenting and Anxiety: Bi-directional Relations in Young Children. Journal of Abnormal Child Psychology, 45(6), 1169–1180. doi: https://doi.org/10.1007/s10802-016-0223-z

Gross, James, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology, Vol.2, N.º 3: 271-299. Education Publishing Foundation. doi: https://emotion.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/1353/2021/11/Gross-1998-The-Emerging-Field-of-Emotion-Regulation-An-Integrative-Review.pdf

Gross, James J. (2002) – Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology, 39: 281–291. Cambridge University Press. Society for Psychophysiological Research. doi: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1017/S0048577201393198.

Gross, James J., & Thompson, Ross A. (2007) – *Emotion Regulation: Conceptual Foundations.* In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 3–24). Janeiro. The Guilford Press. doi: https://www.researchgate.net/publication/285501515_Handbook_of_emotion_regulation;

Hamasaki, H. (2020). Effects of Diaphragmatic Breathing on Health: A Narrative Review. Medicines, 7(10), 1–19. doi: https://doi.org/10.3390/medicines7100065

Hazzlet-Stevens, Holly & Bernstein, Douglas A. (2022). Progressive Relaxation Training. A guide for professionals, students and researchers. Santa Barbara: Praeger.

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. American Journal of Psychiatry, 158(10), 1568–1578. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568

Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R., & Singleton, J. K. (2019). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: a quantitative systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 17(9), 1855-1876. doi: https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003848.

Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation (2nd ed.). Univ. Chicago Press.

Jasper, M. (2013). Beginning Reflective Practice. Cheltenham: Cengage Learning.

Khir, Muhammad, S., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S., Mohd Sukor, M. S., & Nordin, N. (2024). Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. Psychology Research and Behavior Management, 17, 345-365. doi: https://doi.org/10.2147/PRBM.S437277.

Lau, E. X., & Rapee, R. M. (2011). Prevention of Anxiety Disorders. Current Psychiatry Reports, 13(4), 258–266. doi: https://doi.org/10.1007/s11920-011-0199-x.

Lambert, Eduardo (1995). Relaxterapia – A cura pela respiração. Editora Siciliano.

Lazure, Héléne (1994) Viver a Relação de Ajuda. Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.

Lipp, Marilda (1997). Relaxamento Para Todos. Controle O Seu Stress. Papirus Editora.

Lopes, Manuel José (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Macedo, A. P. (2003). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar *In* Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação (pp. 1–14). Associação Portuguesa de Sociologia. Disponível em http://aps.pt

Madeiras, A. M. C. V. (2020). Cuidar com arte: Intervenções psicoterapêuticas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no controlo da ansiedade [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Portalegre. doi: http://hdl.handle.net/10400.26/34030

Maleki, A., Ravanbakhsh, M., Saadat, M., Bargard, M. S., & Latifi, S. M. (2022). Effect of breathing exercises on respiratory indices and anxiety level in individuals with generalized anxiety disorder: a randomized double-blind clinical trial. Journal of Physical Therapy Science, 34(4), 2021–2128. doi: https://doi.org/10.1589/jpts.34.247.

Manes, Sabina (2011) – 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais. Lisboa:Paulus Editora;

Melo, M. M., Mendes, E., & Oliveira, C. (2022). A entrevista semi-estruturada no contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 18, pp 12-22.

Mendes, J. M. G. (2006). A relação de ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, (12), 36–42. Mendes, J. M. G. (2006). A relação de ajuda: Um

instrumento no processo de cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, (12), pp 36-42.

Ming, Q., Zhang, Y., Yi, J., Wang, X., Zhu, X., & Yao, S. (2015). Serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) L allele interacts with stress to increase anxiety symptoms in Chinese adolescents: a multiwave longitudinal study. *BMC Psychiatry, 15*(1), 297–319. doi: https://doi.org/10.1186/s12888-015-0639-y.

Mónico, L. S., Alferes, V. R., Castro, P. A., & Parreira, P. M. (2017). *A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa.* In Atas do Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ 2017), Investigação Qualitativa em Ciências Sociais (Vol. 3, pp. 724–731). Ludomedia. doi: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1261

Munir, S., & Takov, V. (2022). *Generalized Anxiety Disorder*. In StatPearls. StatPearls Publishing. doi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559035/.

Mushtaq, Bushra. (2018). Jacobson Muscle Relaxatation Technique (Jpmr) (20 Min). JOJ Nursing & Health Care, 8(1), 1-4. doi: https://doi.org/10.19080/JOJNHC.2017.08.555726.

Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. European Child & Adolescent Psychiatry, 30(12), 1969–1982. doi: https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3.

Neto, Armando Ribeiro das Neves (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. N.º 56 (3). pp 158-168;

Nunes, Lucília (2016). Os Limites do Agir Ético no dia-a-dia do Enfermeiro. Ética em Enfermagem. Revista Servir. 59(2), 7-17. doi: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf.

Nunes, Lucília. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2ª edição). Portugal: Loures, Lusodidacta.

Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza. (2021). A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico e social (Boletim #7). https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAde-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf.

Ohannessian, C. M. (2014). Anxiety and Substance Use during Adolescence. Substance Abuse, 35(4), 418–425. doi: https://doi.org/10.1080/08897077.2014.953663

Okuro, Renata & Nardi, António E. (2020). Cartilha de práticas respiratórias para o manejo do estresse e da ansiedade. Universidade Federal do Rio de Janeiro. doi: https://www.researchgate.net/publication/341741909_CARTILHA_DE_PRATICAS_RESPIRATORIAS_PARA_O_MANEJO_DO_ESTRESSE_E_DA_ANSIEDADE

Oliveira, K. M. A. de, Marques, T. C., & Silva, C. D. A. da. (2020). Cuidados de enfermagem frente ao transtorno de ansiedade. Revista das Ciências da Saúde e Ciências Aplicadas do Oeste Baiano - Higia, 5(1), 397–412. https://scispace.com/pdf/cuidados-de-enfermagem-frente-ao-transtorno-de-ansiedade-3u3w3yyyzu.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 151, de 7 de agosto de 2018, pp 21427-21430.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pascoal, M. M., & Souza, V. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 7(6), 536–552. doi: https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408.

Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, *397*(10277), 914-927. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7.

Peplau, H. E. (2004). Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. Springer Publishing Co Inc.

Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados. (N. Salgueiro, & R. P. Salgueiro, Trads.) Coimbra: Quarteto.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação: Princípios e comportamentos úteis na intervenção de ajuda (4.ª ed.).

Proskurnia, A. (2023). Overprotection as a Factor of Anxiety in Adolescents. Revista de Cercetare Si Interventie Sociala, 81, 194–210. doi: https://doi.org/10.33788/rcis.81.12

Ramos, Ana; Ramos, Lino; Marques, Fernanda Gomes da Costa T. & Leal, Fernanda Paula (2017). Parar-Refletir-Aprender: o contributo do Ciclo de Gibbs para a aprendizagem dos estudantes no CLE. CnaPPES. 4.º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior. Portugal: Setúbal, 13 e 14 de julho de 2017. pp 202-203.

Rebelo, S. & Carvalho, J.C. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. Rev Presencia 10(20). Consultado a 22 de maio 2020. Disponível em http://www.index-f.com/presencia/n20/p10060.php

Ribeiro, Olga Maria Pimenta Lopes; Martins, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; Tronchin, Daisy Maria Rizato; Forte, Elaine Cristina Novatsky (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. Revista Gaúcha de Enfermagem 39: e2017 0174. doi: https://doi.org/10.1590/1983 1447.2018.2017-0174.

Rodrigues, L. F., & Custódio, A. P. de S. T. (2021). O atual papel da enfermagem na saúde mental. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 4(8), 264–272. doi: https://doi.org/10.5281/zenodo.4637824

Sá, Patrícia & Paixão, Fátima (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. Revista Portuguesa de Educação, 2013, 26 (1), pp. 87-114. doi: https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/2985#:~:text=Para%20tal%2C%20ap%C3%B3s%20uma%20curta%20introdu%C3%A7%C3%A3o%2C%20o%20presente,converg%C3%AAncias%20encontradas%20nos%20entendimentos%20avan%C3%A7ados%20pelos%20autores%20analisados.

Sampaio, F. M. C. (2017). Comunicação, relação terapêutica e relação de ajuda [Comunicação apresentada no Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem 2017, Mira, Portugal]. Centre for Health Technology and Services Research. doi: https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23547.72484.

Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem (1.ª ed. digital). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/.

Sapeta, Paula (2013). Desenvolvimento de competências: saberes teóricos e os saberes práticos. Opinião. Instituto Politécnico de Castelo Branco.

doi: https://www.researchgate.net/publication/311104560_Desenvolvimento_de_competencias_os_saberes_teoricos_e_os_saberes_praticos.

Seeley, Rod R; Tate, Philip & Stephens, Trent D. (2011). Anatomia & Fisiologia (8ª Edição). Lusociência.

Sequeira, Carlos & Sampaio, Francisco (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Silva, Danilo Rodrigues & Campos, Rui C. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – forma Y (STAI – Y) – de Spielberger, para a população portuguesa. Revista Portuguesa de Psicologia. 33. Jan. doi: https://sites.google.com/site/revistaportuguesadepsicologia/numeros-publicados/vol-33-1998/resumo-33-71.

Smoller, J. W. (2016). The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology, 41*(1), 297–319. doi: https://doi.org/10.1038/npp.2015.266

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2025). Perturbação Mental em Números. Acedido em 25/03/2025. Disponível em https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/

Spielberger, C. D. (1966) – Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior. New York: Academic press.

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Tafet, G. E., & Feder, D. J. (2021). Potential Interactions Between Environmental and Psychoneurobiological Factors in the Interface Between Stress and Depression: A Road Map to Resilience. In Psychiatry and Neuroscience Update (pp. 385–395). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-61721-9_28

Tapeh, Z. A., Darvishpour, A., Besharati, F., & Gholami- Chaboki, B. (2024). Effect of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation on Anxiety and Happiness of Older Adults in the Nursing Home. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 29(1), 78-84. doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_183_22.

Tavares, C., Gama, L., Souza, M., Paiva, L., Silveira, P., & Mattos, M. (2016). Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Mental Enfatizadas no Ensino de Graduação em Enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 4, 25-32. doi: https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe4/nspe4a04.pdf

Teixeira, A. S. da S. (2023). A pessoa com potencial para melhorar o autocontrolo da ansiedade: A ação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Tickle, J. W., D'Amato, R. C., Carboni, J. A., & Decker, S. L. (2018). Reality Orientation. In Encyclopedia of Clinical Neuropsychology (pp. 1–3). Springer International Publishing. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_1482-3.

Torales, J., O'Higgins, M., Barrios, I., González, I., & Almirón, M. (2020). An overview of Jacobson's progressive muscle relaxation in managing anxiety. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 29(3), 17–23. doi: https://doi.org/10.24205/03276716.2020.748.

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. (6ª Ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Wang, Y., Yang, L., Lin, G., Huang, B., Sheng, X., Wang, L., Chen, L., Qiu, X., Wu, X., & Lin, R. (2024). The efficacy of progressive muscle relaxation training on cancer-related fatigue and quality of life in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. International Journal of Nursing Studies, 152, 104694. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104694.

World Health Organization [WHO] (2023). Anxiety Disorders. Acedido em 25/3/2025. Disponível em doi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=In%202019%2C%20301%20million%20people%20in%20the%20world,people%20in%20need%20%2827.6%25%29%20receive%20any%20treatment%20%282%29.

Wolitzky-Taylor, K., McBeth, J., Guillot, C. R., Stone, M. D., Kirkpatrick, M. G., Zvolensky, M. J., Buckner, J. D., & Leventhal, A. M. (2016). Transdiagnostic processes linking anxiety symptoms and substance use problems among adolescents. *Journal of Addictive Diseases, 35(*4), 266–277. doi: https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1207969.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford Univer. Press.

Vaz, Raquel Ferreira Lopes de (2021). Ansiedade na pessoa com doença mental: proposta de intervenção especializada centrada no corpo. Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Relatório de estágio. Lisboa. doi: https://comum.rcaap.pt/bitstreams/32817766-caed-4cae-949d-56e1e214858b/download.

Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30(36), 1-11. doi: https://doi.org/10.1017/S2045796021000275.

Yoris, A., Esteves, S., Couto, B., Melloni, M., Kichic, R., Cetkovich, M., Favaloro, R., Moser, J., Manes, F., Ibanez, A., & Sedeño, L. (2015). The roles of interoceptive sensitivity and metacognitive interoception in panic. Behavioral and Brain Functions, 11(1), 14. doi: https://doi.org/10.1186/s12993-015-0058-8

Zendehdel, M., Elyasi, F., Jahanfar, S., & Emami-Sahebi, A. (2022). Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on anxiety caused by Covid-19 in pregnant women: A randomized clinical trial. Neuropsychopharmacology Reports, 42(2), 158–165. doi: https://doi.org/10.1002/npr2.12241.

Zeng, W., Xu, J., Yu, J., & Chu, X. (2025). Effectiveness of virtual reality therapy in the treatment of anxiety disorders in adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Psychiatry, 16, 1–15. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1553290.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67(6), 361–370. doi: https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. Psychiatry Research, 285, 112705. doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705

Zuardi, António Waldo & Loureiro, Sónia Regina (1996). Semiologia Psiquiátrica. Medicina, Ribeirão Preto, 29 jan/mar, pp 44-53.

Anexos

ANEXO A

Escala STAI-Y

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-1)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, ***neste preciso momento***. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos ***neste momento***.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-2)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

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

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.…….....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio.....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver….....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Sou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afasta-los do pensamento.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.....	1	2	3	4

APÊNDICES

APÊNDICE A

FICHA DE OBSERVAÇÃO DO UTENTE — SESSÕES DE INTERVENÇÃO COM TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

FICHA DE OBSERVAÇÃO DO UTENTE — SESSÕES DE INTERVENÇÃO COM TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

CONTEXTO: Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Pessoa com Ansiedade (intervenção no contexto de internamento, comunidade e ambulatório)

INTERVENÇÕES APLICADAS: Respiração Abdominal e Relaxamento Muscular Progressivo

Identificação do Utente (Codificação Anónima):

Idade:	
Género:	
Diagnóstico Clínico:	
Sessão Nº:	
Data:	
Hora de Início:	
Hora de Fim:	

Observação no Início da Sessão

Estado emocional percebido (p. ex. ansioso, calmo, irritado, tenso)	
Escala subjetiva de ansiedade (0-10)	
Expressão facial (p. ex. franzir de testa, olhar fixo, olhar vago)	
Respiração (p. ex. superficial, acelerada, pausada)	
Postura corporal (p.e. contraída, relaxada, agitada)	
Comportamentos não verbais (p.ex. tremores, agitação motora, morder lábios)	
Discurso espontâneo (temas recorrentes, preocupação, ruminância)	

Observação no Fim da Sessão

Alterações percebidas no estado emocional	
Escala subjetiva de ansiedade (0-10)	
Respiração (mais profunda, ritmada, sem alterações)	
Postura corporal (relaxada, tensa, alterações visíveis)	
Comportamentos não verbais (redução de agitação, tranquilidade)	
Discurso espontâneo (mais calmo, centrado, disperso)	
Feedback verbal sobre a sessão (opcional)	

Observações Adicionais do Enfermeiro/a (se aplicável):

O Enfermeiro,

_____

APÊNDICE B

GUIÃO DA REALIZAÇÃO DA TÉCNICA RESPIRATÓRIA (RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA)

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA À PESSOA COM ANSIEDADE

Guião para a realização da Técnica da Respiração Diafragmática

Adaptado para ser guiado por um EEESMP ou usado como prática individual.

Duração aproximada: 5 a 10 minutos;

Posição recomendada: Coloque-se o mais confortável possível, sendo que a técnica pode ser desenvolvida com o indivíduo sentado ou deitado. Em casos de necessidade de aplicação aquando de um pico de maior intensidade durante o quotidiano, pode ser desenvolvida em pé de modo a tornar-se mais fácil de aplicar em qualquer contexto.

Sugestão: Feche os olhos e respire fundo algumas vezes para relaxar o corpo e a mente. Liberte-se de qualquer tipo de tensão e deixe os ombros, a cabeça e o pescoço relaxados. Faça este exercício num ambiente silencioso, calmo e sem distrações. Respirar apenas pelo nariz (inspiração) e, se possível, expiração suave pela boca. Respire profundamente algumas vezes antes de começar.

Aumente gradualmente a duração à medida que você se sentir mais confortável com a prática. Ouça o seu corpo e a sua respiração.

Recomenda-se a prática regular (2 a 3 vezes por dia, 5-10 minutos) para consolidar resultados (Fernandes & Moreira, 2024).

Introdução

"Vamos iniciar um exercício de respiração diafragmática. Esta técnica ajuda a acalmar o corpo e a mente. A respiração deve vir do abdómen, e não do peito.

Feche os olhos.... Respire fundo...

Inspire lentamente pelo nariz...

Expire suavemente pela boca...

Sinta o corpo a começar a desacelerar..."

Desenvolvimento

- Dirija a atenção para a sua respiração;
- Pouse uma mão sobre o seu peito;

- Pouse a outra mão levemente sobre o abdómen. Dirija a atenção para essa área;
- Comece o exercício com uma expiração… uma expiração que ocorra naturalmente. Repare no movimento descendente da área por debaixo da sua mão. Deixe que o ar entre nos pulmões, notando a dilatação que ocorre sob a sua mão. Agora, à medida que o ar sai, repare nessa área a afundar novamente.;
- **Inspirar:** Lentamente inspire pelo nariz. Ao inspirar, tome consciência da expansão/dilatação/subida do seu abdómen levando a que a sua mão se mova para a frente;
- Enquanto isso, tente manter a mão posicionada sobre o peito o mais imóvel possível. O peito permanece imóvel;
- Inspire profunda e lentamente, pelo nariz e expire pela boca;
- Faça uma contagem mental, até 3, controlando o tempo da inspiração. Segure a inspiração por 3 segundos;
- **Expirar:** Solte o ar pela boca de forma suave, também, também contando mentalmente, por 3 segundos como se estivesse a soprar para uma vela. Procure fazer uma expiração mais longa do que a inspiração;
- Quando expira, repare como se afunda o seu abdómen e sinta a sua mão a baixar/afundar;
- Continue, durante 3 a 5 minutos, a respiração diafragmática, lembrando que ao entrar, o ar expande o abdómen e, ao sair, baixa o abdómen;
- Ouça a sua respiração sem alterar o padrão normal. Imagine as suas tensões a serem expiradas… imagine que todas as vezes que inspira, está a inspirar calma e leveza. Inspire calma e leveza. Expire tensão e sinta o relaxamento a percorrer todo o seu corpo.

Referências Bibliográficas

- Hazzlet-Stevens, Holly & Bernstein, Douglas A. (2022). Progressive Relaxation Training. A guide for professionals, students and researchers. Santa Barbara: Praeger.
- Manes, Sabina (2011) – 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais. Lisboa: Paulus Editora.
- Okuro, Renata; NARDI, António E (2020). Cartilha de práticas respiratórias para o manejo do estresse e da ansiedade. Universidade Federal do Rio de Janeiro doi:10.13140/RG.2.2.32103.68003.

APÊNDICE C

GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO (MODELO COM 16 GRUPOS MUSCULARES)

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA À PESSOA COM ANSIEDADE

Guião de Relaxamento Muscular Progressivo

(Modelo com 16 grupos musculares)

Baseado no método de **Jacobson**, adaptado para ser guiado por um EEESMP ou usado como prática individual.

Pode ser lido em voz alta de forma pausada, com intervalos entre as instruções para permitir a execução.

Duração aproximada: 20-30 minutos;

Posição recomendada: Deitado, sentado ou recostado, com os olhos fechados;

Instruções gerais:

- Cada grupo muscular será tensionado por **5 a 7 segundos**;
- Depois, será relaxado por **10 a 20 segundos**;
- Foco atento na diferença entre tensão e relaxamento;
- Respire naturalmente com suavidade.

Sugestão: Faça este exercício num ambiente silencioso, calmo e sem distrações. Respire profundamente algumas vezes antes de começar.

Introdução

"Vamos iniciar um exercício de relaxamento muscular progressivo. O objetivo é contrair e relaxar grupos musculares específicos para ajudar o corpo a libertar tensões. Cada vez que contrair os músculos, mantenha a contração por cerca de 5 a 7 segundos e depois relaxe completamente durante 20 a 30 segundos. Concentre-se nas sensações do corpo e na diferença entre tensão e relaxamento.

"Feche os olhos.... Respire fundo...

Inspire lentamente pelo nariz...

Expire suavemente pela boca...

Sinta o corpo a começar a desacelerar...

Permita-se estar aqui, agora...

Deixe o corpo começar a relaxar..."

Desenvolvimento

1. Mão dominante (direita para destros e esquerda para canhotos)

"Feche o punho da mão direita com força... mantenha... agora relaxe completamente..."

---

2. Antebraço dominante (direita para destros e esquerda para canhotos)

"Contraia o antebraço direito. Dobre o braço na altura do cotovelo como se estivesse a dobrar o braço... segure a força... e solte. Sinta o antebraço a relaxar..."

---

3. Braço superior dominante (bíceps)

"Contraia o bíceps. Dobre o braço com força... segure... e solte.... Deixe o braço pesar..."

---

4. Mão não dominante

"Feche a outra mão agora... Tensione... mantenha... e solte... Observe a sensação..."

---

5. Antebraço não dominante

"Dobre o braço, tensionando o antebraço... Segure... e solte..."

---

6. Braço superior não dominante (bíceps)

"Contraia o bíceps... mantenha a força... e relaxe lentamente..."

---

7. Testa

"Levante as sobrancelhas como se estivesse surpreendido... o máximo que conseguir...sinta a tensão na testa... Solte... e deixe a testa lisa..."

---

8. Olhos e pálpebras

"Feche os olhos com força, sem forçar demais... Segure... solte... Perceba como os olhos ficam leves..."

---

9. Boca, mandíbula e maxilar

"Trinque os dentes e pressione os lábios juntos... Sinta a mandíbula e segure... Solte e sinta a mandíbula cair naturalmente..."

---

10. Pescoço

"Incline levemente a cabeça para trás, sentindo a tensão no pescoço... Segure... e solte..."

“Leve o queixo contra o peito, tensionando a nuca... sinta o alongamento na parte de trás do pescoço... mantenha... e solte..."

---

11. Nuca e Ombros

"Eleve os ombros em direção às orelhas como se estivesse encolhido... Tensione... segure... e solte... Sinta o alívio...”

---

12. Peito e parte superior das costas

"Inspire profundamente e prenda o ar... estufe o peito... Sinta a tensão... e expire soltando tudo...”

---

13. Abdómen

"Contraia os músculos abdominais, como se puxasse a barriga para dentro... Segure... e solte... Deixe o abdómen cair...”

---

14. Coxa dominante

"Estique a perna direita e contraia a coxa... Tensione... mantenha... e relaxe... Perceba o calor e o peso..."

---

15. Coxa não dominante

"Faça o mesmo com a outra coxa... Tensione... mantenha... e relaxe.... Perceba o calor e o peso..."

---

16. Pernas (gémeos)e pés

“Estique os pés puxando os dedos em direção ao rosto... Sinta a tensão nos gémeos... Mantenha... e solte...”

Encerramento

"Agora, permaneça em silêncio por alguns instantes...
Observe como o seu corpo se sente... mais leve, mais calmo, mais solto.
Respire lentamente e de forma tranquila...
Sinta o corpo inteiro relaxado...
Observe o peso do seu corpo... a calma da mente...
Fique aqui por mais uns instantes...

Quando estiver pronto, movimente os dedos suavemente e comece a mover-se gradualmente...
Abra os olhos devagar... e retorne ao momento presente."

Referências Bibliográficas

- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 243–264. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001.
- Hazzlet-Stevens, Holly & Bernstein, Douglas A. (2022). Progressive Relaxation Training. A guide for professionals, students and researchers. Santa Barbara: Praeger.
- Jacobson, E. (1938).Progressive relaxation (2nd ed.). Univ. Chicago Press.
- Mushtaq, B. (2018). Jacobson Muscle Relaxatation Technique (Jpmr) (20 Min). JOJ Nursing & Health Care, 8(1), 1-4. https://doi.org/10.19080/JOJNHC.2017.08.555726.

APÊNDICE D

GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO (MODELO COM 7 GRUPOS MUSCULARES)

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA À PESSOA COM ANSIEDADE

Guião de Relaxamento Muscular Progressivo

(Modelo com 7 grupos musculares)

Baseado no método de **Jacobson**, adaptado para ser guiado por um EEESMP ou usado como prática individual. Ideal para sessões mais curtas mais fáceis de adicionar à rotina diária dos indivíduos. Pode ser lido em voz alta de forma pausada, com intervalos entre as instruções para permitir a execução.

Duração aproximada: 10-15 minutos;

Posição recomendada: Deitado, sentado ou recostado, com os olhos fechados;

Instruções gerais:

- Cada grupo muscular será tensionado por **5 a 7 segundos**;
- Depois, será relaxado por **10 a 20 segundos**;
- Foco atento na diferença entre tensão e relaxamento;
- Respire naturalmente com suavidade.

Sugestão: Faça este exercício num ambiente silencioso, calmo e sem distrações. Respire profundamente algumas vezes antes de começar.

Introdução

"Vamos iniciar um exercício de relaxamento muscular progressivo. O objetivo é contrair e relaxar grupos musculares específicos para ajudar o corpo a libertar tensões. Cada vez que contrair os músculos, mantenha a contração por cerca de 5 a 7 segundos e depois relaxe completamente durante 20 a 30 segundos. Concentre-se nas sensações do corpo e na diferença entre tensão e relaxamento.

"Feche os olhos.... Respire fundo...

Inspire lentamente pelo nariz...

Expire suavemente pela boca...

Sinta o corpo a começar a desacelerar...

Permita-se estar aqui, agora...

Deixe o corpo começar a relaxar..."

Desenvolvimento

1. **Mãos e braços**

"Feche os punhos com força. Ao mesmo tempo, dobre os braços, tensionando os músculos dos braços como se estivesses a puxar algo... segure... Agora solte... deixe os braços e as mãos relaxarem completamente.... Sinta o peso nos membros superiores...

---

2. **Rosto (testa, olhos, boca e mandíbula)**

"Franza a testa, fecha os olhos com força e aperte os lábios e o maxilar... sinta toda a tensão no rosto... segure... e agora solte... Deixe a testa alisar e os olhos suavizarem... e sinta a mandíbula a relaxar...”

---

3. **Pescoço e ombros**

"Encolha os ombros em direção às orelhas... Sinta o pescoço e os ombros tensionarem juntos... contrai também a parte de trás do pescoço... segure... agora solte. Sinta os ombros caírem.... Solte o peso que carrega...”

---

4. **Peito e Costas**

"Inspire profundamente, enchendo o peito... contraia as omoplatas como se as quisesses juntar atrás... prenda a respiração por alguns segundos... sinta a tensão... Agora expire lentamente, soltando todo o ar e relaxando o tórax... deixe o ar sair como um suspiro de alívio.... Sinta os ombros caírem...”

---

5. **Abdómen**

"Contraia os músculos do abdómen, como se puxasse a barriga para dentro... sente a tensão... segura... e agora relaxa totalmente. Perceba a barriga amolecer... natural...”

---

6. **Pernas (coxas e gémeos)**

"Estica as pernas, contraindo as coxas e os gémeos ao mesmo tempo... mantém a tensão... sinta os músculos ativos... e agora relaxe. Sinta o calor, o peso das pernas...”

---

7. **Pés**

"Aponta os dedos dos pés para baixo, como se quisesses tocar o chão com a ponta... contrai os músculos dos pés... segure... e relaxa. Sinta os pés completamente soltos."

Encerramento

"Agora, permaneça em silêncio por alguns instantes...
Observe como o seu corpo se sente... mais leve, mais calmo, mais solto.
Respire lentamente e de forma tranquila...
Sinta o corpo inteiro relaxado...
Observe o peso do seu corpo... a calma da mente...
Fique aqui por mais uns instantes...
Quando estiver pronto, movimente os dedos suavemente e comece a mover-se gradualmente...
Abra os olhos devagar... e retorne ao momento presente."

Referências Bibliográficas:

- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 243–264. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001.
- Hazzlet-Stevens, Holly & Bernstein, Douglas A. (2022). Progressive Relaxation Training. A guide for professionals, students and researchers. Santa Barbara: Praeger.
- Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation (2nd ed.). Univ. Chicago Press.
- Mushtaq, B. (2018). Jacobson Muscle Relaxatation Technique (Jpmr) (20 Min). JOJ Nursing & Health Care, 8(1), 1-4. doi: https://doi.org/10.19080/JOJNHC.2017.08.555726.

APÊNDICE E

GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO (MODELO COM 4 GRUPOS MUSCULARES)

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCATIVA À PESSOA COM ANSIEDADE

Guião de Relaxamento Muscular Progressivo

(Modelo com 4 grupos musculares)

Baseado no método de **Jacobson**, adaptado para ser guiado por um EEESMP ou usado como prática individual.

Pode ser lido em voz alta de forma pausada, com intervalos entre as instruções para permitir a execução.

Duração aproximada: 5-10 minutos;

Posição recomendada: Deitado, sentado ou recostado, com os olhos fechados;

Indicado para: ansiedade leve, estresse diário, pausas no trabalho…

Instruções gerais:

- Cada grupo muscular será tensionado por **5 a 7 segundos**;
- Depois, será relaxado por **10 a 20 segundos**;
- Foco atento na diferença entre tensão e relaxamento;
- Respire naturalmente com suavidade.

Sugestão: Faça este exercício num ambiente silencioso, calmo e sem distrações. Respire profundamente algumas vezes antes de começar.

Introdução

"Vamos iniciar um exercício de relaxamento muscular progressivo. O objetivo é contrair e relaxar grupos musculares específicos para ajudar o corpo a libertar tensões. Cada vez que contrair os músculos, mantenha a contração por cerca de 5 a 7 segundos e depois relaxe completamente durante 20 a 30 segundos. Concentre-se nas sensações do corpo e na diferença entre tensão e relaxamento.

"Feche os olhos…. Respire fundo…

Inspire lentamente pelo nariz…

Expire suavemente pela boca…

Sinta o corpo a começar a desacelerar…

Permita-se estar aqui, agora…"

Desenvolvimento

1.Membros Superiores (mãos, braços e ombros)

"Feche os punhos, dobre os cotovelos e eleve levemente os ombros, tensionando os braços e os ombros ao mesmo tempo. Sinta a tensão... segure... agora solte completamente.... Sinta os braços pesados, soltos..."

---

2. Rosto e Pescoço

"Feche os olhos com força, franza a testa, aperte os lábios e contraia o pescoço... tudo ao mesmo tempo... segure... e agora solte. Deixe a testa alisar.... Sinta o rosto suavizar, o maxilar soltar, o pescoço, sem esforço..."

---

3. Tronco (peito, costas e abdómen)

"Inspire profundamente e prenda a respiração. Contraia o abdómen, como se puxasse a barriga para dentro... segure... sente os músculos ativos... Agora expire lentamente... soltando toda a tensão do tronco..."

---

4. Membros inferiores (coxas, pernas e pés)

"Estique as pernas, contraia as coxas e puxe os dedos dos pés em direção à cabeça, tensionando os gémeos... sinta os músculos das pernas ativados... segure... agora, solte devagar.... Deixe as pernas pesarem e relaxarem completamente..."

Encerramento

"Agora, permaneça em silêncio por alguns instantes...
Observe como o seu corpo se sente... mais leve, mais calmo, mais solto.
Respire lentamente e de forma tranquila...
Sinta o corpo inteiro relaxado...
Observe o peso do seu corpo... a calma da mente...
Fique aqui por mais uns instantes...
Quando estiver pronto, movimente os dedos suavemente e comece a mover-se gradualmente...
Abra os olhos devagar... e retorne ao momento presente."

Referências Bibliográficas

- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 243–264. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- Hazzlet-Stevens, Holly & Bernstein, Douglas A. (2022). Progressive Relaxation Training. A guide for professionals, students and researchers. Santa Barbara: Praeger.
- Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation (2nd ed.). Univ. Chicago Press.
- Mushtaq, B. (2018). Jacobson Muscle Relaxatation Technique (Jpmr) (20 Min). JOJ Nursing & Health Care, 8(1), 1-4. doi: https://doi.org/10.19080/JOJNHC.2017.08.555726.

APÊNDICE F

FICHA DE OBSERVAÇÃO DO UTENTE — SESSÕES COM TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE

FICHA DE OBSERVAÇÃO DO UTENTE — SESSÕES COM TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE

CONTEXTO: Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Pessoa com ansiedade face a alterações na perceção e da realidade (intervenção no contexto de internamento, comunidade e ambulatório)

INTERVENÇÃO APLICADA: Terapia de Orientação para a Realidade

Identificação do Utente (Codificação Anónima):

Idade:	
Género:	
Diagnóstico Clínico:	
Sessão Nº:	
Data:	
Hora de Início:	
Hora de Fim:	

Observação no Início da Sessão

Nível de orientação (tempo, espaço, pessoa)	
Estado emocional percebido	
Comportamento verbal (ex: discurso coerente/incoerente, conteúdo desorganizado)	
Comportamento não verbal (ex: olhar, postura, expressividade facial)	
Capacidade de atenção e concentração	
Respostas a estímulos do ambiente	
Interação com o profissional/enfermeiro	

Observação no Fim da Sessão

Evolução no nível de orientação	
Alterações no estado emocional	
Clareza e coerência do discurso após a intervenção	
Mudanças no comportamento não verbal	
Manutenção da atenção durante a sessão	
Capacidade de reconhecer o contexto real	
Participação ativa e interação na sessão	
Feedback verbal sobre a sessão (opcional)	

Observações Adicionais do Enfermeiro/a (se aplicável):

O Enfermeiro,

_____ _____

APÊNDICE G

PLANO DE SESSÃO – INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA "COMO CUIDAR DA MINHA SAÚDE MENTAL?"

INTERVENÇÔES PSICOEDUCATIVAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA (ESMP)			
ATIVIDADE TERAPÊUTICA			
Intervenção Psicoeducativa:	"Como Cuidar da Minha Saúde Mental?"	**Dia e hora:**	20 de junho de 2024 às 12 horas
População alvo:	Todos os doentes internados no Serviço de Psiquiatria.		
Moderador:	Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Inês Cupido	**Tutora:**	Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Neuza Coelho
Local de realização:	Sala de atividades do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.	**Duração:**	45 minutos
Objetivo Geral:	Promover a literacia em saúde mental.		
Objetivos Específicos:	Fornecer informação clara acerca da adesão ao regime terapêutico; divulgar e promover estilos de vida saudáveis; incentivar a discussão do projeto terapêutico individual e promover a sua adesão; promover uma melhor tomada de decisão em relação à gestão do projeto terapêutico; promover o envolvimento ativo no sentido de estimular o autocuidado.		

Fase da Atividade	Intervenções	Metodologia	Tempo Previsto
Introdução	Breve apresentação dos intervenientes (inclusive a moderadora e a tutora). O grupo de participantes sentados, em frente à tela, começam por se apresentar com o nome e a idade;	Diálogo	5 min
	Explicar em que consiste a atividade e a forma como decorre. Apresentação da dinâmica da atividade e dos objetivos da mesma;	Diálogo	3 min

Desenvolvimento	1. Definição do regime terapêutico (tratamento); 2. Importância da adesão ao tratamento; 3. A importância da medicação psiquiátrica; 4. A importância do sono; 5. A importância da alimentação; 6. A importância do exercício físico.	Expositiva (Diapositivos Power Point)	20 min
Conclusão	**Discussão da atividade** ▪ Dar feedback ao grupo com agradecimento pela sua atenção; ▪ Proporcionar um momento de partilha de dúvidas, opiniões e experiências.	Diálogo e Discussão em Grupo	10 min
	Avaliação ▪ Promover a avaliação da sessão pelo grupo através da expressão do significado e importância desta apresentação, e se eventualmente, sugerem outro tema do seu interesse, para nova apresentação.	Diálogo e Discussão em Grupo	5 min
Recursos	Computador, projetor multimédia e tela.		

APÊNDICE H

APRESENTAÇÃO - INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA "COMO CUIDAR DA MINHA SAÚDE MENTAL?"

Sessão de Psicoeducação no Serviço de Internamento de Psiquiatria da ULSAR

Como Cuidar da Minha Saúde Mental?

A gestão do **regime terapêutico** é crucial para o tratamento eficaz de condições de saúde mental e psiquiátrica.



Barreiro, junho 2024

Definição de Regime Terapêutico Tratamento

Medicação Psiquiátrica



Atividades Terapêuticas Individuais, em Grupo ou Familiares



Estilo de Vida



Importância da adesão ao tratamento

1 Melhoria dos Sintomas

Melhoria significativa nos sintomas da condição de saúde mental.

2 Redução de Recaídas

Utentes cumpridores apresentam menor risco de recaída e de internamentos.

3 Melhor qualidade de vida

O empenho no tratamento proporciona uma melhor qualidade de vida geral.

A Importância da Medicação Psiquiátrica

- Repõe o Equilíbrio Químico do Cérebro
- Ajuda a Aliviar Sintomas
- Melhora a Qualidade de Vida





Tipos comuns de medicamentos psiquiátricos

Antidepressivos
Regulam os níveis de neurotransmissores para aliviar sintomas de depressão e ansiedade.

Estabilizadores de Humor
Equilibram os "altos e baixos" emocionais como na doença bipolar.

Antipsicóticos
Reduzem alucinações, delírios e outros sintomas psicóticos em condições como esquizofrenia.

Ansiolíticos
Aliviam a ansiedade, a angústia e a tensão.



Benefícios da medicação psiquiátrica

Equilíbrio Químico
Restaura o equilíbrio de neurotransmissores no cérebro.

Melhoria do Humor
Alivia sintomas como depressão, ansiedade e oscilações de humor.

Melhor Funcionamento
Permite que os doentes tenham uma vida mais produtiva e saudável.

Resultados Rápidos
Muitos medicamentos apresentam resultados em poucas semanas.

A Importância do Sono

O sono é um estado natural de repouso e restauração do corpo e da mente.

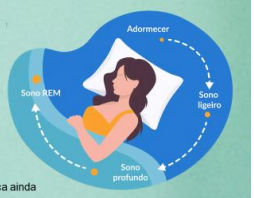


- Ajuda a regular as emoções
- Reduz o stress e a ansiedade
- Melhora a memória e a concentração

Priorizar o descanso adequado é um passo crucial para manter a Saúde Mental em equilíbrio.

O que é o sono e sua função

1. **Fase 1**
   Adormecer, transição entre vigília e sono.
2. **Fase 2**
   Sono leve, atividade cerebral diminui.
3. **Fase 3 e 4 (REM)**
   Sono profundo, atividade cerebral e frequência cardíaca ainda mais baixas.



O sono é composto por diferentes fases, cada uma desempenhando um papel importante na saúde geral.

Como o sono afeta a saúde mental

Impacto Negativo

A privação ou má qualidade do sono pode levar a ansiedade, depressão, irritabilidade e dificuldades de concentração.



Relação bidirecional

Problemas de saúde mental também podem afetar o sono, criando um ciclo negativo.

- ✓ Insónia;
- ✓ Apneia do Sono;
- ✓ Alteração do ciclo circadiano (24 horas);
- ✓ Sonolência excessiva.

Estratégias para melhorar a qualidade do sono

Rotina de sono
Estabelecer horários regulares para dormir e acordar.

Exposição à luz
Manter uma boa higiene do sono, evitando ecrã 1h antes de dormir.

Relaxamento
Práticas de meditação, yoga ou leitura antes de dormir. Banho relaxante ou beber uma bebida quente.

Ambiente
Manter o quarto escuro, silencioso e fresco.

Prática regular de atividade física



A Importância da Alimentação

A alimentação desempenha um papel fundamental na saúde mental.

Os **nutrientes** presentes nos alimentos que consumimos podem influenciar diretamente o nosso **humor**, **energia** e **bem-estar** emocional.

Elementos chave para a saúde cerebral

Ómega-3
Os ácidos gordos ómega 3 são essenciais para a função cerebral saudável. Ajudam a reduzir a inflamação e a melhorar o humor.

Vitaminas do complexo B
Estas vitaminas desempenham um papel crucial na produção de neurotransmissores, que regulam o humor e a cognição.

Carboidratos
Podem aumentar os níveis de serotonina, melhorando o humor e a sensação de bem-estar.

Minerais
O ferro, magnésio e zinco são importantes para o funcionamento ideal do cérebro e o equilíbrio emocional.



O papel da hidratação na saúde mental

Benefícios da hidratação	Impacto na saúde mental
Melhora a função cerebral	Reduz a fadiga e a irritabilidade
Regula a temperatura corporal	Melhora a concentração e a memória
Facilita a eliminação de toxinas	Diminui os sintomas de ansiedade e depressão



Dicas para uma alimentação saudável e equilibrada

Variedade
Coma uma variedade de alimentos nutritivos, incluindo frutas, vegetais, proteínas, grãos integrais e gorduras saudáveis.

Refeições regulares
Faça refeições e lanches em horários regulares para manter os níveis de açúcar no sangue estáveis.

Hidratação
Beba água suficiente ao longo do dia para manter o cérebro e o corpo hidratados.

Preparação caseira
Prefira preparar seus alimentos em casa, evitando refeições processadas ou *fast food*.

A Importância do Exercício Físico

O exercício físico possui um impacto profundo na saúde mental, promovendo o **bem-estar** geral e o **equilíbrio emocional**.

Quando praticado regularmente, pode ajudar a reduzir os níveis de stress, ansiedade e depressão, além de melhorar o humor e a qualidade do sono.



Os benefícios do exercício

1. **Redução do Stress**
O exercício ajuda a libertar endorfinas, substâncias químicas que elevam o humor e diminuem a perceção de tensão.

2. **Melhoria do Humor**
Atividades físicas regulares estão associadas a uma diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade.

3. **Aumento da Autoestima**
O sentimento de conquista e domínio proporcionado pelo exercício fortalece a confiança e a autoimagem.

Exercícios em Grupo e seu Impacto Social

Senso de Pertencimento

Atividades em grupo promovem a interação social e o fortalecimento de vínculos.

Motivação Mútua

O apoio e a energia dos colegas podem impulsionar o *engagement* e o progresso.

Diversão e Prazer

Exercícios em grupo tornam a atividade física mais agradável e divertida.

Exercícios e prevenção de doenças mentais



1. **Redução do Risco de Depressão**
   O exercício regular diminui os sintomas depressivos e auxilia no tratamento.
2. **Prevenção da Ansiedade**
   Atividades físicas ajudam a lidar com o stress e reduzem a ocorrência de transtornos de ansiedade.
3. **Melhoria da Função Cognitiva**
   O exercício estimula a neuroplasticidade e pode retardar o declínio cognitivo relacionado à idade.

Conclusão e Recomendações

A gestão eficaz do regime terapêutico é fundamental para o tratamento bem-sucedido de condições de saúde mental.

Através de estratégias como educação, envolvimento do doente e apoio da família, os profissionais de saúde podem melhorar a adesão e, consequentemente, os resultados do tratamento.



Referências Bibliográficas

- CAMARNEIRO, Ana Paula Forte (2021) – *Therapeutic adherence: contributions to understanding and intervention. Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção.* Revista de Enfermagem Referência 2021, Série V, n.º 7. *pp 1-8;*
- MACHUCO, Inês I. M. (2021) – Proximidade no cuidado. Adesão ao Regime Terapêutico no utente psiquiátrico. Mestrado em Enfermagem. Relatório de estágio na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- SILVA, Cindy L. P. (2023) – *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados.* Mestrado em Enfermagem. Relatório de estágio na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

APÊNDICE I

APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DA UHD – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ANSIEDADE. TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO E TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ANSIEDADE

TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO E TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE

Fevereiro de 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

DOCENTE ORIENTADOR: PROFESSORA LUCÍLIA NUNES

ENFERMEIRO ORIENTADOR: EESMP SAUL MENDES

MESTRANDA: INÊS CUPIDO (24984)

PLANEAMENTO

1. **NOTAS INTRODUTÓRIAS**
2. **O QUE É ANSIEDADE?**
   - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA ANSIEDADE
3. **A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM ANSIEDADE**
4. **TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E DE RELAXAMENTO**
   - RESPIRAÇÃO ABDOMINAL OU DIAFRAGMÁTICA OU RESPIRAÇÃO PROFUNDA
   - RESPIRAÇÃO 4-7-8 OU RELAXANTE
5. **RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON**
6. **INTERVENÇÃO COGNITIVA**
   - TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)
7. **CONCLUSÃO**

NOTAS INTRODUTÓRIAS

Em todos os países, as condições de saúde mental são altamente prevalentes. Cerca de uma em cada oito pessoas no mundo vive com uma perturbação mental. (OMS, 2022)

12% das doenças em todo o mundo são do foro mental, valor que sobe para os 23% nos países desenvolvidos. (OMS, 2022)

As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%).
(Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental- SPPSM)



Entre as perturbações psiquiátricas, as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pelas perturbações do humor, com uma prevalência de 7,9%. (SPPSM)

O QUE É A ANSIEDADE?

Ao longo da história, a ansiedade tem sido estudada por vários autores, em 1813, Landré-Beauvais definiu ansiedade ***"como uma síndrome composta por aspetos emocionais e por reações fisiológicas"*** (citado por Vianna et al., 2010: 39).



É uma emoção com características específicas: sentimentos de **ameaça**, **perigo** ou **angústia**. (International Council of Nurses [ICN], 2019).

É um sentimento vago e desconfortável, acompanhado por uma reação autonómica, uma preocupação causada pela antecipação de um risco, encarado como um **alerta** para o **perigo iminente.** (North American Diagnosis Association [NANDA] *in* Herdman e Kamitsuru, 2018).

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA ANSIEDADE

FÍSICOS
- Taquicardia;
- Taquipneia irregular com sensações de dispneia/sufocamento;
- Dor e pressão no peito;
- Tontura e visão turva;
- Palidez;
- Sensação de frio nas extremidades, com dormência;
- Diaforese excessiva;
- Náuseas e vómitos;
- Diarreia;
- Tensão e fadiga muscular;
- Insónias;
- Alterações no apetite (falta ou excesso).

COMPORTAMENTAIS
- Inquietude/agitação;
- Isolamento.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA ANSIEDADE

COGNITIVOS
- Dificuldade de concentração;
- Pensamentos de ruína;
- Confusão mental;
- Hipervigilância;
- Medo de perder o controlo ou de "enlouquecer"



EMOCIONAIS
- Medo;
- Angústia;
- Irritabilidade;
- Impaciência;
- Desespero;
- Pânico;
- Raiva.

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM ANSIEDADE

As intervenções de enfermagem desempenham um papel crucial no **tratamento e gestão da ansiedade**, proporcionando **apoio** e **orientação** aos indivíduos e famílias que sofrem desta condição através da avaliação e diagnóstico de enfermagem.

Avaliação de Diagnóstico
- Histórico de saúde;
- Histórico de saúde mental;
- Avaliação física;
- Exame neurológico;
- Validação de medicamentos e substâncias.

Diagnósticos de Enfermagem
- Ansiedade;
- Ansiedade perante a morte;
- Stress;
- Medo;
- Confusão;
- Auto-eficácia;
- Adaptação… (CIPE, 2016).

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM ANSIEDADE



Os enfermeiros têm um papel fundamental na medida em que contribuem para o ***empowerment*** do utente e família de modo a que reconheçam o seu estado de ansiedade (***insight***), os seus **sintomas** e as suas **causas** e, em conjunto, encontrarem **estratégias de autocontrolo**, apoiadas em **abordagens não farmacológicas**, de modo a intervir na sua redução.

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM ANSIEDADE

INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS

Educação sobre Ansiedade

Explicar a natureza da ansiedade, os sintomas, as causas e os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis.

Comunicação Terapêutica

Estabelecer uma relação terapêutica, criar um ambiente seguro e de apoio, escutar atentamente e validar os sentimentos da pessoa.

Técnicas de Relaxamento

Ensinar técnicas respiratórias e de relaxamento, como a respiração diafragmática, a respiração 4-7-8 e as técnicas de relaxamento muscular progressivo.

TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E DE RELAXAMENTO

BENEFÍCIOS DA RESPIRAÇÃO CONSCIENTE

"A respiração é uma ponte entre o que acontece com o nosso corpo e o sistema nervoso." (OKURO & NARDI, 2020:9)

Redução da Ansiedade

A respiração consciente diminui a **frequência cardíaca**, a **pressão arterial** e alivia a **tensão muscular** e **mental.**

Melhoria da Qualidade do Sono

Técnicas respiratórias induzem um relaxamento profundo, promovendo um sono mais reparador e de maior qualidade.

Aumento da Concentração

A respiração consciente aumenta a **capacidade de foco e concentração**, melhorando o desempenho em tarefas e atividades.

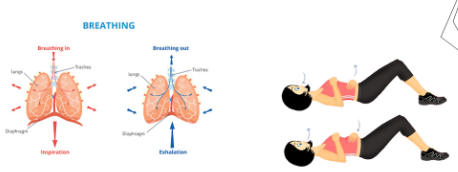
RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

A respiração diafragmática envolve o uso do diafragma e envia informação ao Sistema Nervoso Parassimpático (NETO, 2011).



É necessário **inspirar profundamente**, permitindo que o diafragma se **contraia e se mova para baixo**, criando mais espaço para os pulmões se expandirem totalmente. Isso permitirá que inspire ar mais oxigenado, levando a um padrão de respiração mais eficiente (NETO, 2011).

RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA



RESPIRAÇÃO 4-7-8 OU RELAXANTE



RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

A técnica foi desenvolvida pelo americano, **Edmund Jacobson** (1888-1983), especialista em Medicina Interna, Psiquiatria e Fisiologista com uma técnica que consiste em **contrair e relaxar sistematicamente diferentes grupos musculares** com o intuito de **alívio da tensão** e o aumento da **sensação de bem-estar** (Bezerra et al, 2020).



Consiste num procedimento que visa a redução dos níveis de ativação mediante uma **diminuição progressiva e voluntária da contração muscular.**

Os indivíduos adquirem progressivamente a habilidade de relaxar para gerir diferentes situações stressantes da sua vida diária. (Vásquez, 2001)

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

PRINCÍPIOS BÁSICOS DO MÉTODO

1 **Tensão e Relaxamento**

A técnica baseia-se no princípio de que a **tensão muscular e a ansiedade estão intimamente relacionadas**. Ao tensionar e relaxar grupos musculares conscientemente, o indivíduo **aprende a identificar** e a aliviar a tensão.

2 **Consciência Corporal**

Aumenta a consciência corporal, permitindo que o indivíduo experience as sensações de tensão e relaxamento nos seus músculos. Essa consciência é crucial para o controle sobre a resposta ao stress e à ansiedade.

3 **Respiração**

A respiração desempenha um papel vital no relaxamento. Respirações profundas e regulares promovem o relaxamento do corpo e da mente, complementando a técnica muscular.

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

ETAPAS DO RELAXAMENTO PROGRESSIVO

1. Tensão
2. Relaxamento
3. Repetição

AMBIENTE TRANQUILO

CONSISTÊNCIA

PACIÊNCIA

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

BENEFÍCIOS

- Redução da tensão muscular;
- Controlo da dor;
- Alívio de cefaleias;
- Aumento do foco e concentração;
- Redução do *stress* e da ansiedade;
- Melhoria do padrão de sono;
- Aumento do bem estar;
- Melhoria da saúde mental.



INTERVENÇÃO COGNITIVA

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)

CONTEXTO ATUAL

A população residente em Portugal:

- composta por 21,5% de idosos;
- 4º país da União Europeia;
- Estima-se que venha a ser 37,2% da população em 2080.

(Instituto Nacional de Estatística – [INE], (2018, 2019)



A perturbação neurocognitiva (PNC) é um dos problemas mais comuns em pessoas idosas (OMS, 2017a). A perturbação neurocognitiva ligeira (PNCL) aumenta a probabilidade de desenvolver uma perturbação neurocognitiva major (PNCM), registando-se entre 3% e 13% de casos em cada ano (OMS, 2017b).

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)

DEFINIÇÕES

A TOR "consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Esta informação ***ajuda o doente a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação****, etc. Pretende-se* ***manter o doente orientado e evitar a perda de capacidades percetivas."*** (OE, 2010:2)



Na confusão mental ou processo demencial, a TOR foi associada a melhorias significativas na cognição, consistindo na apresentação e repetição de informação temporal e espacial ao longo do dia ou em sessões regulares de atividades relacionadas com a orientação (Hsiao-Yean et al, 2018).

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)

ASPETOS BIOGRÁFICOS PESSOAIS

DIMENSÕES DA REALIDADE

ESPAÇO — PESSOA — TEMPO

A pessoa deve ser vista na sua totalidade, devendo as intervenções responder às suas necessidades físicas, cognitivas, psicológicas e sociais.

Não há uma intervenção única que seja eficaz para todos os sintomas e fases de evolução da doença. As intervenções devem ser adaptadas às diferentes fases de progressão da PNC.

Delinear um plano individual de intervenções relacionadas com a orientação (tempo, espaço e pessoa) com a colaboração dos utentes e famílias, de encontro ao desempenho das AVD's e AIV's.

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)

OBJETIVOS DA TOR



- Reduzir a confusão mental e desorientação temporo-espacial e pessoa;
- Diminuir a intensidade e frequência de emoções negativas como a ansiedade do utente e seus cuidadores;
- Trabalhar com dados da realidade, de forma contínua, organizada e sistemática;
- Sinalizar o ambiente;
- Utilizar linguagem verbal e não-verbal;
- Melhorar os relacionamentos interpessoais dos cuidadores.

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)

CARACTERÍSTICAS



- Natureza informal e contínua;
- Estratégia de repetição contínua de dados reais;
- Utilização de informação atual;
- Estimulação das atitudes de socialização;
- Transmissão de informação de forma clara e objetiva;
- Utilização da comunicação pessoal (olhares, gestos, contato físico, voz, sons) e objetos.

TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE (TOR)

INTERVENÇÕES



- Utilização de lembretes visuais em locais estratégicos (frigorífico, espelho do quarto ou casa de banho…);
- Uso de revistas, livros e jogos como estímulo cognitivo;
- Evitar informação contraditória e confusa;
- Adaptar o ambiente físico;
- Proporcionar momentos de lazer e entretenimento;
- Oferecer suporte emocional ao utente e cuidadores (escutar as suas preocupações e medos, oferecer conforto e demonstrar empatia);
- Avaliar a eficácia da abordagem.



CONCLUSÃO

As intervenções psicoterapêuticas mediadas por técnicas de respiração, relaxamento e psicoeducação são fundamentais no tratamento da ansiedade, melhoria da saúde mental e o bem-estar geral, apresentando resultados mais eficazes e duradouros que as intervenções farmacológicas. (Sampaio et al al, 2018).

A terapia de orientação para a realidade é uma abordagem terapêutica utilizada em utentes idosos, promovendo a orientação no tempo, espaço e pessoa proporcionando uma redução da ansiedade e uma maior sensação de segurança e bem-estar aos utentes e cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

- CIPE VERSÃO 2015 (2016) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÀTICA DE ENFERMAGEM. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros;
- Herdman, T & Kamitsuru, S., (2018) – *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020*. Porto Alegre: Artmet
- Hsiao-Yean, C., Pin-Yuan, C., Yu-Ting, C., & Hui-Chuan, H., (2018) – *Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis*. International Journal of Nursing Studies, 86, 20-28: 2. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.008;
- Instituto Nacional de Estatística. (2019) – *Portal de Estatísticas Oficiais*. Doi: https://www.ine.pt;
- International Council of Nurses [ICN], (2019) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2019/2020*. Genebra: International Council of Nurses; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) – doi: https://www.sppsm.org/;
- Okuro, Renata & Nardi, Antonio E. (2020) – *Cartilha de práticas respiratórias para o manejo do estresse e da ansiedade*. Federal University of Rio de Janeiro. doi: http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.32103.68003;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

- Ordem dos Enfermeiros [OE], (2010) - PARECER Nº 02/2010 *Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI* (art.º 21 do Dec. Lei. 101/2006 de 6 de Junho). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Organização Mundial de Saúde [OMS], (2022) – *World mental health report: transforming mental health for all*. doi:https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338;
- Organização Mundial da Saúde, [OMS], (2017a). *Mental health and older adults*. doi: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adultsSampaio, F. M. C.; Araújo, O., Sequeira, C.; Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018) – *A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients*. Journal of Advanced Nursing, 74, pp 1114-1126;
- NETO, Armando Ribeiro das Neves (2011) – *Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental*. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. N.º 56 (3). pp 158-168;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

- Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018) – *A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients*. Journal of Advanced Nursing, Volume 74, pp 1114-1126
- Vianna, R. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J., (2010) – *Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, vol.6, n.2, pp. 37-57. doi: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200003;
- Vásquez, M. I. (2001). *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial Síntesis. Yung, P. M. B., Fung, M. Y., Chan, T. M. F. & Lau, B. W. K. (2004). *Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study*. Journal of Mental Health Nursing, 13, pp. 255-261.

APÊNDICE J

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DA UHD – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ANSIEDADE. TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO E TERAPIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DA UHD

Nome da Sessão:	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com ansiedade. Técnicas de respiração e relaxamento e Terapia de Orientação para a Realidade.	**Dia e hora:**	19 Fevereiro, 2025
População alvo:	Enfermeiros da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD)		
Moderador:	Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Inês Cupido	**Tutor:** Saul Mendes	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Saul Mendes
Local de realização:	Sala de Trabalho da UHD	**Duração:**	45 min
Objetivo Geral:	Capacitar os formandos para a intervenção à pessoa com ansiedade		
Objetivos Específicos:	Apreender conhecimento acerca da ansiedade, seus sinais e sintomas; conhecer e aplicar técnicas de respiração para a redução da ansiedade; conhecer e aplicar a técnica de respiração 4-7-8; conhecer a técnica de relaxamento progressivo; conhecer e aplicar a terapia de orientação para a realidade.		

Fase da Atividade	Intervenções	Metodologia	Tempo Previsto
Introdução	Breve apresentação da mestranda. Apresentação dos conteúdos da sessão e os seus objetivos.	Diálogo	5 min
Desenvolvimento	Conteúdos: ▪ Dados estatísticos da prevalência de perturbações mentais nomeadamente da prevalência mundial e em Portugal; ▪ Definição de ansiedade e seus sinais e sintomas; ▪ A intervenção do enfermeiro à pessoa com ansiedade; ▪ Técnicas de respiração e de relaxamento ❖ Respiração abdominal ou diafragmática; ❖ Respiração 4-7-8 ou relaxante; ❖ Relaxamento muscular progressivo de Jacobson. ▪ Intervenção Cognitiva: Terapia de orientação para a realidade;	Método expositivo e demonstrativo	35 min

	▪ Síntese.		
Conclusão	**Avaliação** ▪ Verificação dos resultados da aprendizagem através de um *quiz,* na plataforma Kahoot, com quatro questões.	Diálogo e Discussão em Grupo	5 min
Equipamentos e Meios Didáticos	Computador, Videoprojetor, Power Point® e Kahoot ® e telemóveis dos formandos.		

APÊNDICE K

DINÂMICA DE GRUPO – INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA "O OCEANO DAS EMOÇÕES E DAS EXPERIÊNCIAS"

INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA (ESMP)

ATIVIDADE TERAPÊUTICA

"O Oceano das Emoções e das Experiências"

Data e hora	13 de junho de 2024, às 12 horas
Local	Sala de atividades do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.
Duração da Sessão	45 minutos
Moderadora/Tutora	Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Inês Cupido Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Neuza Coelho
População alvo	Todos os doentes internados no Serviço de Psiquiatria.
Critérios de exclusão	Doentes que por alteração do seu estado não possam realizar a sessão e atingir os objetivos propostos, nomeadamente os: ▪ que não apresentem orientação autopsíquica; ▪ que apresentem alterações da forma e conteúdo do pensamento; ▪ que apresentem agitação psicomotora, agressividade ou lentificação psicomotora acentuada;
Objetivo geral	Promover a capacidade de expressão de sentimentos.
Objetivos específicos	▪ Treinar habilidades de comunicação; ▪ Treinar competências sociais; ▪ Orientar sobre comportamento interativo; ▪ Capacitar para as competências relacionais; ▪ Estimular as relações interpessoais e a dinâmica em grupo.
Recursos	Baralho de cartas de conversação "O Oceano das Emoções" – ferramenta pedagógica desenvolvida pela Fundação do Gil ® em associação com a Zippy®.

Metodologia	1. Apresentação da moderadora; 2. O grupo de participantes sentados, em círculo começam por se apresentar com o nome e a idade; 3. Apresentação da dinâmica da atividade e dos objetivos da mesma; 4. Baralhar as cartas e oferecer a cada um dos intervenientes uma carta que, inicialmente, não deve ser partilhada com os outros; 5. Os utentes devem ver as suas cartas e, individualmente e sequencialmente, responder e tentar exprimir o que sentem em relação ao questionado ou mencionado na carta; 6. A moderadora lança o desafio aos restantes participantes de comentar o conteúdo da carta anterior; 7. Todos os participantes devem participar, mas só se sentirem confortáveis para o fazer; 8. A dinâmica termina quando todos os utentes já participaram (percorrendo o círculo), até ao lugar da moderadora que partilhará a resposta à sua carta de forma criar uma maior conexão com o grupo e consequentemente favorecer uma relação de maior confiança.
Avaliação da sessão	▪ Dar feedback ao grupo com agradecimento pela sua participação e pela partilha de sentimentos e/ou situações; ▪ Observar as reações do grupo as e as dinâmicas que eventualmente surgem entre os utentes, no final da atividade; ▪ Promover a avaliação da sessão pelo grupo, apurar os sentimentos experienciados pelos mesmos; ▪ Avaliar o significado e importância desta dinâmica, como se sentiram e se, posteriormente gostariam de repetir.

APÊNDICE L

PLANO DE SESSÃO DA ATIVIDADE TERAPÊUTICA - "O OCEANO DAS EMOÇÕES E DAS EXPERIÊNCIAS"

INTERVENÇÔES PSICOEDUCATIVAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA (ESMP)

PLANO DE SESSÃO DA ATIVIDADE TERAPÊUTICA

Intervenção Psicoeducativa:	"O Oceano das Emoções e das Experiências"	**Dia e hora:**	13 de junho de 2024, às 12 horas
População alvo:	Todos os doentes internados no Serviço de Psiquiatria.		
Moderador:	Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Inês Cupido	**Tutora:**	Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Neuza Coelho
Local de realização:	Sala de atividades do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.	**Duração:**	45 minutos
Objetivo Geral:	Promover a capacidade de expressão de sentimentos.		
Objetivos Específicos:	Treinar habilidades de comunicação; treinar competências sociais; orientar sobre comportamento interativo; capacitar competências relacionais e estimular as relações interpessoais e a dinâmica em grupo.		

Fase da Atividade	Intervenções	Metodologia	Tempo Previsto
Introdução	Breve apresentação dos intervenientes (inclusive a moderadora e a tutora). O grupo de participantes sentados, em círculo começam por se apresentar com o nome e a idade;	Diálogo	5 min
	Explicar em que consiste a atividade e a forma como decorre. Apresentação da dinâmica da atividade e dos objetivos da mesma.	Diálogo	5 min
Desenvolvimento	▪ Baralhar as cartas e oferecer a cada um dos intervenientes uma carta que, inicialmente, não deve ser partilhada com os outros; ▪ Os utentes devem ver as suas cartas e, individualmente e sequencialmente, responder e tentar exprimir o que sentem em relação ao questionado ou mencionado na carta; ▪ A moderadora lança o desafio aos restantes participantes de comentar o conteúdo da carta anterior;	Diálogo	20 min

	▪ Todos os participantes devem participar, mas só se sentirem confortáveis para o fazer; ▪ A dinâmica termina quando todos os utentes já participaram (percorrendo o círculo), até ao lugar da moderadora que partilhará a resposta à sua carta de forma criar uma maior conexão com o grupo e consequentemente favorecer uma relação de maior confiança.		
Conclusão	**Discussão da atividade** ▪ Dar feedback ao grupo com agradecimento pela sua participação e pela partilha de sentimentos e/ou situações; ▪ Observar as reações do grupo as e as dinâmicas que eventualmente surgem entre os utentes, no final da atividade.	Diálogo e Discussão em Grupo	10 min
	Avaliação ▪ Promover a avaliação da sessão pelo grupo, apurar os sentimentos experienciados pelos mesmos; ▪ Avaliar o significado e importância desta dinâmica, como se sentiram e se, posteriormente gostariam de repetir.	Diálogo e Discussão em Grupo	5 min
Recursos	Baralho de cartas de conversação “O Oceano das Emoções” – ferramenta pedagógica desenvolvida pela Fundação do Gil ® em associação com a Zippy®.		