

2º MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE NO ADOLESCENTE COM DOR CRÓNICA
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Patrícia Isabel Ribeiro do Espírito Santo

Leiria, setembro 2023

2º MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE NO ADOLESCENTE COM DOR CRÓNICA
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Trabalho elaborado por Patrícia Isabel Ribeiro do Espírito Santo
(5210098) para obtenção de grau de Mestre e título de Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Orientadores: Prof.^a Doutora Ana Querido;
Prof.^a Doutora Olga Valentim

Leiria, setembro 2023

AGRADECIMENTOS

Especialmente ao grupo “As três da vida airada” e os restantes colegas da viagem de mestrado...

À sua família, principalmente aos seus filhos, companheiro e mãe...

Em especial aos seus pais, avó materna, por toda a educação, valores, força e sentido de humanismo e cuidado holístico. Eterna saudade do seu pai e da sua avó, duas referências que jamais esquecerá...

A todos os amigos que mesmos não tão presentes neste último ano e meio, estão sempre disponíveis e a inspiram para o lado positivo da vida...

A todos aqueles que acreditam, a impulsionam e a acompanham nos bons e nos maus momentos.

A todas as crianças, pais e utentes que a ajudaram e ajudam a valorizar-se como pessoa e profissional, a inspiram e a impulsionam a investir na constante procura de melhorar conhecimentos e competências para uma otimização da prática de enfermagem, com o compromisso de SER uma melhoria continua.

Aos professores pelos desafios que foram proporcionando para o seu crescimento pessoal e profissional, pela disponibilidade e compreensão, pelo acompanhamento e generosidade na partilha de saberes.

Aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental que orientaram as Práticas Clínicas pela disponibilidade, entrega, desafio, compreensão e incentivo.

Aos colegas do serviço onde trabalha e dos serviços onde realizou as Práticas Clínicas pela paciência, disponibilidade, generosidade ao partilharem os seus saberes.

Agradece à VIDA por todos os ensinamentos que fazem de si hoje uma mulher, que desempenha vários papéis na vida, com uma maior consciência e responsabilidade, como mãe, filha, companheira, doente e profissional. E a toda a sintonia que a VIDA tem facilitado no alcançar deste objetivo de concretização, acreditando que é possível SER diferente, e que é MERECEDORA de tudo o que é bom...

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pretende evidenciar o desenvolvimento e a consolidação de competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista nesta área disciplinar de Enfermagem. Nele reflete-se a componente clínica, académica e profissional que suportada por evidência científica, sustentou o desenvolvimento de competências de prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no cuidar da pessoa ao longo do ciclo vital e da comunidade em que se insere numa perspetiva holística.

Na primeira parte do relatório apresenta-se uma descrição breve dos contextos de prática clínica: uma Unidade de Cuidados na Comunidade, um Serviço de Internamento de Psiquiatria e em contexto diferenciado, um Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria.

Na segunda parte, apresenta-se a reflexão crítica das aprendizagens em contexto de prática clínica e a sua contribuição para o desenvolvimento de competências comuns, especializadas e de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A temática do Autocontrolo da ansiedade do adolescente com dor crónica emergiu da sua prática clínica profissional em contexto de ambulatório, assente na evidência que reconhece a elevada prevalência da ansiedade na população pediátrica com dor crónica, em especial nos adolescentes. Foi desenvolvido um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem intitulado *MindPower2Pain (MP2P)* - Autocontrolo da ansiedade, no Adolescente com Dor Crónica, dirigido à capacitação dos adolescentes para o autocontrolo da ansiedade associada à dor crónica, visando melhorar o atendimento em enfermagem em consulta de dor crónica, constitui a terceira parte deste relatório.

Com base no Ciclo de Deming ou PDCA (P-Plan, D-Do, C-Chek e A-Act) e nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, foi desenvolvido um programa de intervenção psicoterapêutica de oito sessões, num grupo de adolescentes com dor crónica. Da sua aplicação resultou a melhoria da aprendizagem de técnicas de autocontrolo da ansiedade; melhoria de competências de *Mindfulness*; melhoria da aceitação do estado de saúde e satisfação, evidenciando os resultados positivos na redução e controlo da ansiedade.

Todo este percurso de aprendizagem, prática e reflexão, permitiu adquirir o conjunto das competências específicas de enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Mental, Autocontrolo, Ansiedade, Adolescente e Dor crónica.

ABSTRAT

This report is part of the Maste in Mental Health and Psychiatric Nursing, second edition, and aims to highlight the development and consolidation of common and specialized competences of the nurse specialist in this Nursing discipline.

It reflects the clinical, academic, and professional component of the development of specialized practice skills in Mental Health and Psychiatric Nursing in caring for the person throughout the life cycle and the community in which they live from a holistic perspective.

The first part of the report presents a brief description of the contexts of Clinical Practice: a Community Care Unit, a Psychiatric Inpatient Service and, in a differentiated context, a Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Service.

The second part is a critical reflection on the learning experiences in clinical practice and their contribution to the development of common, specialized and master competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The topic of self-control of anxiety in adolescents with chronic pain emerged from her professional clinical practice in an outpatient setting, based on evidence that recognizes the high prevalence of anxiety in pediatric population with chronic pain, especially in adolescents. A Nursing Care Quality Continuous Improvement Project entitled MindPower2Pain (MP2P) – Self-Control of Anxiety was developed, aimed at empowering adolescents to self-control anxiety associated with chronic pain, with the aim of improving nursing care in chronic pain consultations, which forms the third part of this report. Based on the Deming ou PDCA (P-Plan, D-Do, C-Chek e A-Act) Cycle and the Descriptive Statements of Quality Standards for Specialized Mental Health Nursing, an eight-session psychotherapeutic intervention programmer was developed for a group of adolescents with chronic pain. Its application resulted in improved learning of anxiety self-control techniques; improved Mindfulness skills; improved acceptance of health status and satisfaction, showing positive results in the reduction and control of anxiety.

All this learning, practice and reflection has enabled to acquire all the specific competences of a Master's Degree and Nurse Specializing in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: Nursing, Mental Health, Self-control, Anxiety, Adolescent and Chronic Pain.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE TABELAS	xi
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	16
1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	16
2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA	21
3. SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA	24
PARTE II – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE	
MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	29
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	30
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM	
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	38
PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	
ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	50
1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	50
2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA	51
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA A PARTIR DA REALIDADE	
PROFISSIONAL	51
2.2. ADOLESCENTE COM DOR CRÓNICA E ANSIEDADE	54
2.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM ANSIEDADE	
NA CONSULTA DE DOR CRÓNICA PEDIÁTRICA	57
2.3.1. Treino do autocontrolo no adolescente com ansiedade	58
3. FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS	64
4. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA	64
4.1. DIAGRAMA DE ISHIKAWA	65
4.2. CHECK LIST DE HEATHER PALMER	65
5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES	69
5.1. FERRAMENTA 5W3H	69
6. RESULTADOS	79
6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	79
6.2. A CAPACITAÇÃO DO ADOLESCENTE PARA O AUTOCONTROLO DA	
ANSIEDADE ASSOCIADA À DOR CRÓNICA ATRAVÉS DO PROGRAMA MP2P	81
6.2.1. Fase diagnóstica - Avaliação da dor, ansiedade e competência de	
<i>Mindfulness</i> dos adolescentes da CDCP	81

6.2.2. Fase de planeamento e execução - Avaliação da dor, ansiedade e satisfação dos adolescentes da CDCP	82
6.2.3. Fase de avaliação - Avaliação final da dor, ansiedade e satisfação dos adolescentes da CDCP	86
6.2.4. Fase de avaliação das consultas <i>Follow-up</i> - Avaliação da dor, ansiedade e satisfação dos adolescentes da CDCP	88
7. MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	91
8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO E EDUCAÇÃO EM ESMP	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

APÊNDICES

APÊNDICE I - Resumo do Estudo de Caso de mulher com Perturbação Delirante Crónica do Serviço de Psiquiatria

APÊNDICE II - Resumo do Estudo de Caso de uma adolescente com Perturbações do Comportamento Alimentar do Serviço de Pedopsiquiatria

APÊNDICE III - Programa de Intervenção de Promoção de Saúde Mental

APÊNDICE IV - Programas: CineCuidar, Culinária e Cuid'Arte (resumo das sessões)

APÊNDICE V - Programa de Intervenção de Saúde Mental: CresSER Positivamente

APÊNDICE VI - Caso Clínico: Adolescente com PCA

APÊNDICE VII - Ansiedade numa adolescente com fibromialgia: Intervenção do EEESMP

APÊNDICE VIII - Marcadores de Livros

APÊNDICE IX - Diagnósticos, Plano de Cuidados Especializados de ESMP e avaliação de uma utente com Perturbação Delirante Crónica, no contexto de prática clínica do Serviço de Internamento de Psiquiatria

APÊNDICE X - Diagnósticos, Plano de Cuidados Especializados de ESMP e avaliação de uma adolescente, no contexto de prática clínica diferenciada numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

APÊNDICE XI - Consentimento Informado Esclarecido e Livre para o Programa *MindPower2Pain* (MP2P): "Autocontrolo da Ansiedade no Adolescente com Dor Crónica - Programa de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica"

ANEXOS

ANEXO I - Intervenção na Comunidade Escolar: Promoção da Literacia em Saúde e Saúde Mental – SaudavelMente de Férias (EXPOFAGO 2022)

ANEXO II - Plano de sessão de Saúde Mental dos Profissionais de Saúde: O Papel das

Emoções na Prevenção dos Síndromes de *Stress* e *Burnout*

ANEXO III - Certificado de presença no XIII Congresso ASPESM

ANEXO IV - Certificado de presença no curso: Estratégias de Promoção de Saúde Mental inserido no XIII Congresso ASPESM

ANEXO V - Certificado de presença no curso: Terapias de Terceira Geração inserido no XIII Congresso ASPESM

ANEXO VI - Certificado de apresentação do Póster: Ansiedade numa Adolescente com Fibromialgia: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica inserido no XIII Congresso ASPESM

ANEXO VII - Certificado de apresentação do Póster: Programa de intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria - SER PositivAMENTE inserido no XIII Congresso ASPESM

ANEXO VIII - Certificado de presença no II Encontro de *Benchmarking* de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com o tema: Inovar Mais, Cuidar Melhor

ANEXO IX - Certificado de presença na Conferência da AMPLOS com o projeto “Ampliando Mentalidades”

ANEXO X - Certificado de presença do II Congresso - Mais Acesso, Melhor Saúde: Capacitar Populações Vulneráveis

ANEXO XI - Certificados de presença das formações realizadas na área do Desenvolvimento Pessoal

ANEXO XII - Certificado de presença no Espaço Cinema e Saúde Mental inserido no XIII Congresso ASPESM

ANEXO XIII - Palavras e frases positivas

ANEXO XIV - Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1º *Webinar*: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família

ANEXO XV - Declaração de Presença e Apresentação do Póster: Dor Crónica Pediátrica: A Efetividade das Intervenções Autónomas de Enfermagem e Ganhos em Saúde

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - PMQCE do serviço da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria	27
Quadro 2 - Cronograma do planeamento das sessões.	72
Quadro 3 - Escala da ansiedade, segundo o Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem para o serviço de CDCP (SClínico)	77
Quadro 4 - NOC da Ansiedade com os indicadores NOC Autocontrolo da ansiedade (1402) e NOC Nível de ansiedade (1211), com os indicadores específicos. Diagnóstico da situação sobre a ansiedade, verbalizada ou manifestada77Erro! Marcador não definido.	
Quadro 5 - NOC da Dor	77
Quadro 6 - Descrição das estratégias: DoBBle e WoodenIntellegence.	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - População da CDCP a dezembro de 2022	52
Figura 2 - Diagrama de <i>Ishikawa</i> do PMCQCE especializado em ESMP do programa MP2P – Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP.	65
Figura 3 - Fluxograma de árvore de decisão de recrutamento dos adolescentes da CDCP	73
Figura 4 - Fluxograma de árvore de decisão do programa de intervenção especializada de ESMP para os adolescentes da CDCP com ansiedade	74
Figura 5 - Esquema do Programa de Intervenção especializada de ESMP MP2P.....	75
Figura 6 - Análise SWOT do PMCQCE especializados em ESMP do programa MP2P ..	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo das características sociodemográficas	80
Tabela 2 - Dados da Escala EN Dor dos adolescentes da CDCP. Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão	81
Tabela 3 - Dados da Escala MASC dos adolescentes da CDCP. Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão	82
Tabela 4 - Dados da Escala CAMM dos adolescentes da CDCP. Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão	82
Tabela 5 - Dados relativos à avaliação da dor, ansiedade (antes e após intervenção) e satisfação dos adolescentes ao longo das seis sessões do programa MP2P	83
Tabela 6 - Dados relativos à avaliação das atividades terapêuticas sugeridas para casa a cada sessão do programa MP2P	85
Tabela 7 - Dados relativos à avaliação da satisfação das atividades terapêuticas sugeridas para casa a cada sessão do programa MP2P	86
Tabela 8 - Dados relativos à diferença dos scores relativos às escalas: MASC, CAMM e EN Dor, antes e após a implementação do programa MP2P por adolescente	86
Tabela 9 - Dados relativos à avaliação final, estatísticas descritivas da avaliação das escalas: EN Dor, MASC (por dimensões e subfactores) e CAMM (por pergunta) no início e final da implementação do programa MP2P	88
Tabela 10 - Dados relativos às consultas <i>Follow-up</i> , estatísticas descritivas da avaliação das escalas: EN Dor, MASC (por dimensões e subfactores) e CAMM (por pergunta) na 1ª (15 dias) e 2ª consultas (1 mês) após a implementação do programa MP2P	90

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ASPESM - A Sociedade Portuguesa da Enfermagem de Saúde Mental

CDCP - Consulta da Dor Crónica Pediátrica

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EACH - European Association for Children in Hospital

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FIFE - Feelings; Ideas; Functioning; Expectations

MP2P - MindPower2Pain

NANDA Internacional - North America Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PMCQCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SM - Saúde Mental

SMP - Saúde Mental e Psiquiátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. É um relatório final, que visa a obtenção de grau de mestre e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

A Saúde Mental (SM) é uma área prioritária das políticas de saúde nacionais e internacionais (World Health Organization [WHO], 2022). *Slogans* como: “Mente sã, corpo sã”, “Não há Saúde sem Saúde Mental”, “Não é egoísmo priorizar a Saúde Mental”, “A Saúde Mental nos jovens. Que desafios? Que respostas?” entre outros, nunca outrora foram tão vistos e divulgados.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada sete crianças/jovens com idades entre 10 e 19 anos, sofrem uma perturbação mental, representando cerca de 13% de carga global de doença ou lesões, começando por volta dos 14 anos (WHO, 2021). Um estudo recente de Shaygan e Jaber (2022) refere que os adolescentes com dor crónica experienciam diferentes sintomas, como: tristeza, redução da autoconfiança e medo da rejeição pelos pares, demonstrando diminuição da qualidade de vida e bem-estar mental.

A SM é uma componente fundamental do bem-estar e cada vez mais, uma necessidade de prestação cuidados, transversais a todas as estratégias de intervenção aos diversos contextos de cuidados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021; Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Ser enfermeira é contactar diariamente com os processos de saúde, doença e sofrimento, a gestão desses processos, e o compromisso de ser agente ativo e cooperativo, na melhoria global do estado de saúde. Especificamente na idade pediátrica é um compromisso assumido perante a criança, jovem e a família.

Ao longo dos anos de profissão e paralelamente face à pandemia Covid-19, da prestação de cuidados à criança, jovem e família com doença crónica, a emergência da elevada prevalência de perturbações emocionais e comportamentais, com repercussão na SM, tem sido cada vez mais, uma realidade, desafiando-a na procura de prestar cuidados especializados em SM, para além dos cuidados gerais, nomeadamente nesta na consulta pediátrica, onde a ansiedade é um foco importante no processo de adaptação e transição situacionais da saúde/doença, particularmente nas crianças e jovens com dor crónica.

Aliando a prática ao conhecimento científico, a SM, principalmente, nas crianças e adolescentes tornou-se área de interesse e investimento, colocando assim o saber, saber ser, saber estar e saber fazer em ação, investindo na melhoria da qualidade do atendimento

de enfermagem aos adolescentes com dor crónica, através da realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, para responder à problemática ansiedade dos adolescentes com dor crónica, cada vez mais evidente na prestação de cuidados.

Capacitar o adolescente para o autocontrolo da ansiedade, é essencial para a sua recuperação e bem-estar. Neste projeto é enfatizado os ganhos em saúde associados à intervenção especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este relatório, reflexivo, pretende analisar a aquisição de competências de EEESMP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O enfermeiro especialista prevê, por um lado, a aquisição de um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas, alocadas à prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e, por outro lado, as competências comuns desenvolvidas por todos os enfermeiros especialistas. As competências específicas relacionam-se com a área de especialidade, permitindo a otimização da práxis da enfermagem (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

As competências específicas da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) são inerentes à área especializada que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, “uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia” (OE, 2017, p. 6). Neste caso, têm como foco a promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

A descrição e reflexão realizada ao longo deste relatório refere-se, às competências adquiridas na prática clínica especializada, realizada durante o decorrer do Ensino Clínico e Estágios do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e às competências de mestre. Estas referem-se ao desenvolvimento crítico da aplicação de intervenções autónomas e colaborativas na área da ESMP, a participação na produção de evidência resultante da investigação, nas políticas de SM e nas políticas de organização dos cuidados de SM. Pretende ainda, a conceção, execução e avaliação de projetos de saúde que visam a SM das populações. Assim, cabe ao EEESMP desenvolver compreensão e intervenção terapêutica na promoção e manutenção da SM, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial.

A realização deste trabalho, fê-la viajar no tempo até a um dos primeiros desafios colocados no início do curso de mestrado – Exercício de Autoanálise e produção do Digital *Storytelling*. Perceber quem é e o que faz neste mundo, foi algo que sempre despertou o seu interesse e

reforçou a ideia do quanto é importante tomar consciência dos seus processos de pensamento e comportamento, para uma tomada de decisão. Neste contexto a consciência de si, enquanto instrumento terapêutico, e as autoanálises realizadas, ao longo de todo o curso, foram determinantes para a qualidade das relações terapêuticas estabelecidas no processo de cuidar.

Este cuidar numa perspetiva humanista, visando a prevenção do agravamento da doença, a promoção da SM e o auxílio na resposta ao sofrimento, adversidades e pressões do quotidiano, tem feito de si, uma enfermeira consciente, que se usa como instrumento terapêutico, adotando uma atitude crítico-reflexiva, na qual valoriza o relacionamento interpessoal. Esta prática clínica, permite estabelecer uma relação de confiança e parceria, e, visa o aumento do *insight* sobre a doença e a capacidade de encontrar soluções, assente numa perspetiva salutogénica.

Este relatório divide-se em três partes. Na primeira parte é realizada a descrição da organização e funcionamento dos diferentes locais de prática clínica: o Ensino Clínico em ESMP numa Unidade de Cuidados na Comunidade e os Estágios de Natureza Profissional em ESMP, um num Serviço de Internamento de Psiquiatria e outro em contexto de respostas diferenciadas, num Serviço de Pedopsiquiatria. Na segunda parte, é evidenciado o desenvolvimento das competências especializadas em ESMP, alicerçado no Ciclo Reflexivo de *Gibbs*, por forma a analisar crítica e reflexivamente o desenvolvimento de competências e práticas da prestação de cuidados. E, na terceira parte, é apresentado o projeto de melhoria contínua intitulado *MindPower2Pain* (MP2P) - Autocontrolo da ansiedade do adolescente com dor crónica.

PARTE I – CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Os contextos de prática clínica do Ensino Clínico e dos dois Estágios de Natureza Profissional proporcionaram experiências e momentos decisivos e enriquecedores no processo de aprendizagem. O desenvolvimento das mais variadas competências no contexto da práxis profissional, foi pertinente, para a autorreflexão e desenvolvimento da análise das competências adquiridas e consolidadas, assim como, os objetivos atingidos e o caminho trilhado para os alcançar.

Os contextos de prática clínica foram realizados do seguinte modo: o Ensino Clínico decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade, no período de 9 de maio a 21 de julho de 2022, e o Estágio de Natureza Profissional decorreu em dois contextos, num Serviço de Psiquiatria, entre o período de 5 de setembro a 19 de novembro de 2022 e num Serviço de Pedopsiquiatria, entre no período de 21 de novembro a 21 de janeiro de 2023.

A escolha destes contextos, teve por base o interesse por áreas de reabilitação em pessoas com doença mental e o percurso profissional prévio na área da pediatria. Áreas de interesse pessoal e profissional, onde a sua contribuição pudesse visar a expansão da melhoria da prestação de cuidados em enfermagem. Salaria que a nível pessoal, o interesse pela área da SM, especificamente relativa à identificação e consolidação das respostas humanas aos processos de transição e aos fatores de resiliência e de vulnerabilidade, foi um fator importante no caminho da procura de respostas.

1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde realizou o Ensino Clínico, encontra-se integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) dependente da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC.IP) e com parceria com outras estruturas da comunidade local.

A UCC, tem como missão prestar cuidados diversificados com apoio psicológico e social, em contexto domiciliário e comunitário, principalmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, procurando ainda, educar para a saúde, integrar as redes de apoio e implementar unidades móveis de intervenção, seguindo as premissas do artigo 11º do Decreto-lei n.º 137/2013, publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 193, a 7 de outubro de 2013 (Decreto-Lei n.º 137, 2013).

Desde 2018, esta UCC integra cuidados de saúde especializados em SM, dando resposta à emergência da integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários (preocupação desde 2008), facilitando o desenvolvimento de cuidados holísticos globais

centrados na pessoa; descentralizando cada vez mais, os cuidados dos contextos hospitalares para a comunidade e habitat natural, produzindo melhores resultados de saúde. Reforçando assim, as conclusões do estudo - Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspetiva global (Funk et al., 2009) , o papel crucial deste nível de cuidados na promoção da SM, na prevenção da doença mental, diagnóstico precoce e tratamento (Murcho, 2014) e as recomendações do Decreto-lei n.º 113/2021, publicado Diário da República n.º 240/2021, 1ª série de 14 de dezembro de 2021 (Decreto-Lei n.º 113, 2021).

A equipa técnica multidisciplinar é constituída por: enfermeiros (um chefe, oito especialistas com diferentes níveis de especialidade, enumerando dois com a especialidade em ESMP e dois generalistas), médicos, higienista oral, fisioterapeuta e assistente social. A equipa de enfermagem e assistente social, reúnem-se periodicamente uma vez por semana, por forma a conhecerem as necessidades e problemas das pessoas a seu cargo, e, discutem as intervenções que visam a prestação de cuidados individuais para satisfazer as necessidades da pessoa, trabalhando de acordo com o método de trabalho de equipa (Ventura-Silva et al., 2021) . Agem de forma cooperativa, assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os profissionais, com autonomia organizativa e funcional.

As duas EEESMP, intervêm de forma especializada em diversos contextos: comunitário (intervenção individual e grupal), domiciliário (no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados), escolar e na realização de consultas individualizadas.

De acordo com, o Relatório Interno da UCC de abril (2022), a população inscrita é de 55.082. A população é maioritariamente idosa (68%) e a população mais jovem (0-18 anos) é de 15% da população inscrita. De salientar que, relativamente ao índice de dependência total de 57,5%, 39,3% corresponde à dependência de pessoas idosas e 18,2% à dependência de jovens, constituindo-se estes como os grupos mais vulneráveis.

Assim, a UCC dá resposta a estas necessidades que emergem do contexto de ação, pelo atendimento alargado e pela oferta de serviços que oferece. Funciona todos os dias úteis, das 8h às 20h, fins-de-semanas e feriados, das 9h às 13h. O atendimento é feito presencialmente, via telefónica ou via e-mail. Da carteira de serviços desta UCC, fazem parte: Saúde Escolar; Projeto do Adolescente; Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco; Rede Social e Comissões Sociais de Freguesia; Rendimento Social de Inserção; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Projeto de Promoção da Literacia em Saúde, Preparação para o Parto, Nascimento e Parentalidade Positiva, Projeto de Saúde do Idoso e Projeto de Saúde Mental. A SM dá o seu contributo com vista à

melhoria dos cuidados, nomeadamente: no aumento da Literacia em SM; na Promoção de estilos de vida saudáveis; no desenvolvimento de competências socioemocionais; na prevenção de comportamentos aditivos e dependências e na promoção do treino de estilos comunicacionais de assertividade, nas áreas da Saúde Escolar (exemplo: Projeto #AMA-TE, Projeto + Contigo e o Gabinete do Adolescente), Parentalidade Positiva (exemplo: Barriga com Afeto), Saúde do idoso (exemplo: Cuidar “Mente”) e Gestão de Equipas multidisciplinares (exemplo: *Team Building*: Motivação e Cooperação). A estratégia de intervenção nestes contextos específicos de prevenção primária é seletiva (destinada a grupos ou subgrupos da população com maior risco de desenvolverem distúrbios mentais que o resto da população em geral); e indicada (destinada a pessoas com um risco elevado de desenvolverem doença mental) (WHO, 2002).

Estes projetos de SM, estão sustentados no Plano Nacional de Saúde Mental (DGS, 2017) e visam promover o bem-estar físico, mental e social da população, contribuindo para uma saúde mais positiva, reduzindo fatores prejudiciais de SM, favorecendo o encontro e a valorização dos fatores protetores de SM.

A entrada na rede da UCC é realizada pela solicitação dos profissionais de saúde, da Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), Unidade de saúde familiar (USF), Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) ou por outra instituição. Pode também ser feita pela própria pessoa ou familiar. É realizada uma avaliação inicial, presencial ou não presencial (por telefone ou e-mail) e seguidamente, uma consulta inicial. As consultas seguintes, são desenvolvidas em consulta de enfermagem individual ou familiar, de acordo com a área de abrangência, sendo que, as diversas intervenções alocadas à SM podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo.

Neste contexto de prática clínica, a estruturação dos cuidados especializados de SM na UCC, possibilitou constatar que a SM em contexto comunitário, é uma estratégia global com intervenções, que visam encontrar e valorizar a SM da população, ao longo do ciclo vital. Seguindo as premissas do Decreto-Lei n.º 113/21, publicado no Diário da República n.º 240/2021, 1ª série de 14 de dezembro de 2021, os cuidados de SM em ambulatório e na comunidade, são assegurados por equipas comunitárias de SM, visando promover a melhoria da SM na globalidade, através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das complicações e riscos associados às doenças mentais. A SM é considerada uma prioridade da saúde pública, tendo em vista, o acesso das populações, a serviços de qualidade nesta área de cuidados (Decreto-Lei n.º 113, 2021).

Assim, teve oportunidade de desenvolver competências nas áreas de Saúde Escolar, Projeto do Adolescente, Projeto de Promoção da Literacia em Saúde e Equipa de Cuidados

Continuados Integrados. No contexto de Saúde Escolar, participou na organização e intervenção na comunidade escolar, em idades de pré-escolar e de 1º ciclo; nos projetos: “+ Contigo” e o “Gabinete do Adolescente”, do qual emergiu um grupo de três adolescentes que verbalizaram ansiedade e que, solicitaram ajuda para uma intervenção em grupo. Após consulta de enfermagem de SM, no Gabinete do Adolescente, foi realizada a avaliação inicial e foram identificados os focos e diagnósticos de enfermagem: humor comprometido, ansiedade e autocontrolo da ansiedade comprometido, baixa autoestima e baixo *coping*. Teve oportunidade de discutir as prioridades com as adolescentes e com a equipa e, estruturou um programa de intervenção, subdividido em seis sessões, com intervenções: psicoterapêuticas e psicoeducacionais.

No contexto do Projeto de Promoção da Literacia em Saúde, teve a possibilidade de colaborar numa das sessões de formação em serviço, intitulado: “O Papel das emoções na Prevenção dos Síndromes de *Stress* e *Burnout*”, integrada na terceira sessão do Plano de Saúde Mental dos Profissionais de Saúde, uma intervenção comportamental em grupo.

No contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, teve a oportunidade de realizar visitas domiciliárias a uma cuidadora de um familiar dependente total no autocuidado, com os diagnósticos de enfermagem: humor comprometido, stresse e sobrecarga do familiar cuidador. Teve oportunidade de intervir, implementando estratégias individualizadas, ancoradas na relação de ajuda formal e informal (assente na comunicação terapêutica) e nas intervenções de enfermagem reguladas pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMP (OE, 2017), que contribuiu para evitar complicações de SM, promovendo a qualidade de vida de todos os familiares.

Segundo Ferreira et al., (2020) aquando das visitas domiciliárias, os cuidados de enfermagem à família centram-se na relação terapêutica que visa a capacitação da família perante as exigências e especificidades, promovendo a sua participação e empoderamento, potenciando as forças e recursos nos processos de transição e nos padrões de interação promotores do fortalecimento da saúde familiar e autonomia.

Neste sentido, recorre a ferramentas de avaliação sistémica da Terapia Sistémica Familiar, para trabalhar com a família. Dois instrumentos utilizados e essenciais para avaliar as estruturas familiares foram: o genograma e o ecomapa. Esta abordagem de avaliação da família permitiu a compreensão multidimensional da complexidade, diversidade e unicidade, inerentes ao sistema familiar.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, baseado no Modelo de Calgary, é um modelo sistémico de abordagem familiar, com o foco na complexidade do contexto

familiar (Figueiredo, 2013). Da sua utilização, pôde familiarizar-se, aprofundar e estruturar a abordagem do sistema familiar, constatando que, conhecendo a família e promovendo o seu envolvimento, na participação nos processos de transição de saúde e doença, e nos processos de adaptação situacional, o resultado poderá ser facilitador ou comprometedor da evolução desses mesmos processos (Ferreira et al., 2020; Figueiredo et al., 2012; Figueiredo, 2013; Monteiro et al., 2016). As intervenções foram dirigidas tanto a elementos da família, como à família como um todo (família como um sistema), sendo que, o intuito da intervenção no membro da família, teve como objetivo proporcionar bem-estar e qualidade de vida à família como um todo.

Na UCC os cuidados são organizados segundo a metodologia científica de acordo com os modelos teóricas de enfermagem Hildegard Peplau e Joyce Travelbee, que evidenciam a importância da relação utente-enfermeiro (Alligood, 2021; Peplau, 1990). O processo de interação é consciente e deliberado, estruturado nas características de uma relação terapêutica e comunicação terapêutica. É proporcionado um ambiente propício para o crescimento da pessoa, sentindo-se esta, o centro dos cuidados; respondendo assim, às suas necessidades explícitas e implícitas, para que seja capaz, de identificar e mobilizar os recursos necessários para lidar, otimizar e ressignificar o seu estado de saúde e o processo de vida.

O contexto desta UCC permitiu-lhe conhecer e desenvolver várias competências e intervenções alocadas ao EEESMP, das quais evidencia as técnicas: de relação terapêutica (confiança, empatia, respeito, aceitação), de comunicação terapêutica (informação, questionamento, assertividade, focalização, síntese e *feedback*), de estimulação cognitiva, de psicoeducação e de intervenção de promoção da SM. Relativamente à promoção da SM, refere que um dos contextos onde se sentiu mais realizada foi o contexto escolar, pela possibilidade de poder contribuir na capacitação para a SM e para as competências socioemocionais, áreas de interesse de investimento e fulcrais ao contexto de cuidados, que privilegiam o autoconhecimento, consciencialização e a aceitação das singularidades e vulnerabilidades pessoais (DGS, 2015). As intervenções podem ser individuais e/ou grupais, podendo estas fazer toda a diferença no processo de vida na idade adulta. Todo este processo consciente e deliberado, foi enraizado na importância da relação terapêutica, confirmando a mais-valia dos fundamentos das Teorias Comunicacionais na área da relação interpessoal alocado às teóricas Hildegard Peplau e Joyce Travelbee, essenciais para facilitar a construção da comunicação terapêutica, sentindo-se parte ativa na intenção de promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a melhoria do funcionamento da pessoa munida dos seus recursos próprios (intra e extrafamiliares). Ou seja, como refere Travelbee, é fundamental estabelecer *rapport*, criar um ambiente que promove confiança e

vínculo mútuo, na relação de aproximação enfermeiro-pessoa (Townsend, 2011).

Numa perspetiva crítico-reflexiva, salienta o trabalho em sinergia com os diversos enfermeiros, maioritariamente especialistas e mestres nas diversas áreas de especialidade: comunitária, infantil e pediátrica, médico-cirúrgica, reabilitação e saúde mental e psiquiátrica, promovendo cuidados de qualidade diferenciados à comunidade, em articulação do trabalho em rede do serviço de saúde, demonstrando a enorme potencialidade dos cuidados primários.

Com premissa de prestação de cuidados, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida (estado de bem-estar e autonomia nas várias relações interpessoais), trabalhou indicadores de resultado que evidenciaram ganhos, como por exemplo: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, o bem-estar e o autocuidado e a relação terapêutica. Salienta o reforço da sua intervenção, no contexto da UCC, transmitida pela expressão de gratidão e satisfação. Ouviu várias vezes *“ainda bem que vêm aí, estava mesmo a precisar desde bocadinho”*, *“estes momentos, ajudam-me a ganhar mais força e a sentir-me bem e que sou capaz de levar a minha cruz”*.

2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

O Serviço de Internamento de Psiquiatria, onde realizou o 1º Estágio de Natureza Profissional, mesmo sendo um serviço de agudos, está organizado de acordo com o modelo do paradigma de recuperação da pessoa com doença mental, embasado nos processos essenciais de *empowerment* (autoconhecimento, promoção da autoestima e autoconfiança) e *recovery* (acreditar na construção da melhor qualidade de vida pessoal e social), com o objetivo maior de reabilitar e inserir a pessoa na sociedade (Macedo et al., 2019; Martins et al., 2021). Isto era espelhado na meta para 2020 do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 (DGS, 2017), de “Melhorar a qualidade da continuidade de cuidados, da reabilitação e da reintegração das pessoas com perturbações psiquiátricas, nomeadamente das mais graves e incapacitantes” (p. 15). Premissas que vigoram em documentos mais recentes como: o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (Martins et al., 2021) e o Decreto-Lei n.º 113/2021, (2021).

Este serviço é uma valência de intervenção de reabilitação psicossocial, especializada em SMP, dividindo-se em unidades: de apoio máximo Unidade de Ganho de Autonomia e de apoio moderado: uma pequena Quinta (dentro da instituição com quatro casas de madeira T3, com capacidade para seis pessoas, mas atualmente, em consequência da pandemia, atualmente só com cinco residentes, de forma a facilitar a tomada de decisão em grupo) e duas Residências Comunitárias (uma fração localizada na vila com capacidade para seis

peças e outra, situada numa localidade próxima com capacidade para seis pessoas, destinando-se esta, ao tratamento e treino de pessoas, com potencial de capacitação e/ou autonomia).

Neste serviço, reconhece-se o respeito pelas leis de SM, em que, a importância dos cuidados é centrada na pessoa cuidada (respeitando a sua individualidade, necessidades e nível de autonomia), de forma a mitigar o estigma, a discriminação e o desrespeito. Os cuidados prestados são sustentados numa abordagem interdisciplinar e integrada, com foco a nível da comunidade, que corrobora na nova Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 95/2019 (2019) e Decreto-Lei n.º 113/2021 (2021). A prestação de cuidados de SM é realizada numa estrutura multidisciplinar, apoiadas por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e profissionais de reabilitação, e, visa a reabilitação e o bem-estar da pessoa com doença mental grave, integrando-os em ambulatório e na comunidade, ou seja, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados às pessoas com doença mental.

A equipa multidisciplinar é composta por: um enfermeiro especialista e mestre em ESMP, três assistentes técnicas, um psicólogo, um psiquiatra, um assistente social. Existe o apoio de uma terapeuta ocupacional, um advogado, um enfermeiro ESMP e em situações de urgências, os profissionais de saúde do serviço de internamento de agudos.

O modelo de cuidados de enfermagem usado é o Modelo de Gestão de Caso ou Terapeuta de Referência, que segundo Mullahy e Jensen (2004), citado por Martins et al., (2021) se define como um “processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções de serviços destinados a responder às necessidades de pessoas vulneráveis” (p. 23), permitindo a prestação de cuidados mais eficientes, que melhoram a SM e o bem-estar da pessoa com doença mental grave, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Como referencial teórico, é usado o Modelo de Recuperação da Saúde Mental, também conhecido pelo Modelo de *Tidal* de Phil Baker em 1990, o qual evidencia a importância do papel do cuidador, compaixão e compreensão pela pessoa com sofrimento psíquico, que experimenta alterações físicas, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais. Não existe somente o foco nos sintomas da pessoa com doença mental, mas também na sua história de vida e no seu potencial de recuperação, responsabilizando-a e convidando-a a fazer parte ativa no seu processo de reabilitação, a pessoa encontrar-se no epicentro do cuidar. Este modelo, tem como bases os modelos: Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, o Modelo de Empoderamento no Cuidado em Saúde Mental de Musker e Byrne e a Teoria do Caos (Buchanan-Barker & Barker, 2005) . O enfermeiro é visto como o “salva-vidas” da

pessoa e centra a sua prática, na pessoa, que é trabalhada nos três domínios: o *Self* ou “Eu” (o mais íntimo do ser humano), o Mundo (o mundo social da pessoa) e o Outro (a capacidade da relação interpessoal com as pessoas da vida diária). É um modelo que visa a promoção da saúde mental, a prevenção de complicações e a resignificação das experiências de vida (Lima et al., 2022).

Neste sentido, com a prática clínica nesta unidade, objetivou-se a aplicabilidade deste modelo empoderador. Ao longo, da observação e modelação das reuniões comunitárias e consultas de enfermagem individuais, foi adquirindo de forma progressiva a sustentação neste modelo, facilitando à pessoa a identificação dos passos necessários para alcançar os seus objetivos, e ao mesmo tempo, preparando-a para superar os desafios diários, promovendo assim, uma prática de cuidados de saúde de qualidade.

Na maioria dos casos desta unidade de cuidados, as intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas (de cariz cognitivo-comportamentais), por si desenvolvidas validaram a resposta aos problemas de: Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária: adesão e gestão do regime terapêutico; preparação da medicação; competências sociais; gestão financeira; comunicação; estimulação cognitiva; família e trabalho. Construiu o processo de enfermagem dinâmico, com a avaliação inicial, diagnóstico, resultado esperado, planeamento e implementação das intervenções e, posterior avaliação das mesmas. Esta prática foi reflexiva e sustentada, implementando o plano de cuidados baseado na taxonomia em enfermagem: North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Herdman et al., 2018), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) (Butcher et al., 2020), a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead et al., 2020) e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (OE, 2016). Todas as intervenções foram desenvolvidas após a reflexão em conjunto com o enfermeiro tutor.

Na unidade, existem como Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (PMQCCE): o “Inclusivamente” e a “Pastelaria”. Estes projetos têm como objetivo, capacitar a pessoa com doença mental, de competências sociais, para ganho de autonomia nas atividades de vida diária instrumentais, para uma melhor integração social e funcional, promovendo consequentemente a redução do estigma.

Numa perspetiva crítico-reflexiva, reconhece que o contexto proporcionou vivências e perceções de integração das pessoas com doença mental, ainda que em situação aguda, visando uma perspetiva de empoderamento, de capacitação e aumento de autonomia, corroborando o Modelo de Empoderamento no Cuidado em Saúde Mental. Salaria também, a importância do dinamismo do orientador no seu processo de desenvolvimento das

aprendizagens e competências, o que conduziu à simplificação da operacionalização do processo de cuidados. Esta aquisição de competências específicas do EEESMP, de forma gradual e consistente, promoveu o empoderamento, contribuindo de forma proativa para a prestação de cuidados que visaram a reabilitação psicossocial das utentes, particularmente à utente do estudo de caso (Apêndice I).

3. SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA

O Serviço de Pedopsiquiatria, onde realizou o 2º Estágio de Natureza Profissional em contexto de respostas diferenciadas, foi inaugurado em 2016. É um serviço de especialidade médica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, atualmente, composto pelo serviço de consultas externas, unidade de ambulatório e serviço de internamento. Dá resposta à população com idades compreendidas entre os 0-17 anos e 364 dias.

Segundo Baranne e Falissard (2018) a diminuição de SM na idade pediátrica é considerada um problema mundial de saúde, causando impacto negativo nas crianças com idades entre os 5 e os 14 anos. Segundo a Rede de Referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2018), “cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência” (p. 11).

A Pedopsiquiatria ou Psiquiatria da Infância e da Adolescência, existe em Portugal desde 1984 pelo Dr. João dos Santos (1913-1987) com a abordagem desenvolvimental da psicopatologia da criança, com as premissas da articulação indissociável entre o desenvolvimento infantil, saúde mental e recuperabilidade, assente numa metodologia essencialmente de prevenção, aliando a educação, a arte e a saúde. Este processo, foi ganhando estrutura com oficialização da Rede de Referência de Psiquiatria e SM, com a formulação de uma Circular Normativa sobre a organização destes serviços e a Rede autónoma de Referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, e, posteriormente com a abertura de Unidades de Internamento da Pedopsiquiatria. Os cuidados prestados por esta valência, asseguram a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área da SM à população em idade pediátrica (até aos 18 anos) e visam a “promoção da SM, através da triagem, avaliação, diagnóstico e intervenção, baseada em estratégias terapêuticas (perturbação mental) e de prevenção (grupos de risco)” (Goldschmidt et al., 2018, p. 9).

O internamento é um serviço de porta “fechada”, com acesso restrito e com o não acompanhamento da família, por forma: a melhor avaliar a situação da criança e adolescente, fora do seu contexto habitual e a melhor definir a intervenção terapêutica. Tem a capacidade de oito ocupações (quartos mobilados apenas com cama e mesa de cabeceira). Três dos quartos são partilhados (com três, duas, duas camas respetivamente), um é individual e outro

é um quarto de contenção de estímulos. A estrutura física dos quartos é minimalista, utiliza um número reduzido de elementos, na garantia da ausência de elementos passíveis de causar danos próprios ou a terceiros, assim como, com o mínimo de estímulos externos.

Existem duas salas lúdicas, uma das quais é a sala de atividades terapêuticas (terapia pela música, terapia de relaxamento, terapia pela arte: pintura, modelagem de gesso, leitura, dança - intervenções individuais ou grupais) e a outra, é a sala de estar ou de convívio (munida de televisão, com sofás, cadeiras e mesa; armário com jogos, mesa de matraquilhos, minibiblioteca; de utilização *ad libitum*). Existe ainda, o gabinete de enfermagem e a sala de terapêutica, um pequeno gabinete de terapia para entrevista e intervenção individuais, um refeitório, sanitários, uma sala de visitas e um pátio exterior vedado.

A referenciação das crianças e adolescentes é realizada pelo serviço de urgência, Cuidados Primários de Saúde e outras estruturas da comunidade, como: Escolas, Tribunais e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. As perturbações mentais mais referenciadas, nesta faixa etária, são: tentativas de suicídio (automutilação), perturbações depressivas, perturbações de ansiedade (crises de pânico e fobias), perturbações de comportamento alimentar (anorexia e bulimia nervosa), descompensação psicótica, perturbações de sono, perturbações do humor e perturbações graves na inter-relação com cuidadores e/ou de interação social (isolamento, agressividade) (Goldschmidt et al., 2018).

No internamento, a admissão da criança e adolescente com perturbação mental em fase aguda, é realizada por um enfermeiro (que será o seu enfermeiro de referência) na sala de visitas, com os pais, ou responsável significativo e/ou legal, esclarecendo dúvidas, informando direitos, deveres e normas do serviço. Durante o período de internamento, as crianças e adolescentes ficam sem acompanhante e só, com 4 objetos de transferência como: peluches, manta, livros ou outros, de acordo com a condição e regime terapêutico (necessita de validação por parte do enfermeiro e/ou médico assistente). O acesso a pertences é validado, segundo a necessidade, pertinência e adequação ao tratamento instituído. É garantida a supervisão de todos os bens e materiais potencialmente perigosos e prejudiciais, no sentido de garantir a segurança e minimizar potenciais riscos.

A equipa multidisciplinar é constituída por 14 Enfermeiros (uma Enf.^a em funções de gestão, 11 EEESMP, três Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica) e seis Assistentes Operacionais, quatro médicos Pedopsiquiatras, dois médicos Pediatras da Medicina do Adolescente, uma Psicóloga, um Musicoterapeuta e um Administrativo. Existem ainda, apoio de outros profissionais, tais como: nutricionista, técnicos de serviço social, técnicos de educação. Os cuidados prestados visam cuidados especializados às crianças, jovens e famílias, promovendo o bem-estar e o melhor equilíbrio possível, facilitando a

reintegração, o mais rapidamente possível, no seu contexto ambiental.

O modelo de cuidados de enfermagem usado é o Modelo de Gestão de Caso ou Terapeuta de Referência, com a função de ajudar a selecionar cuidados mais adequados, possibilitando a acessibilidade aos cuidados disponíveis e garantindo a continuidade dos cuidados prestados. É uma forma de organização dos cuidados, que visa o acompanhamento das pessoas com doença mental, reduzindo a frequência e duração dos internamentos, melhorando a funcionalidade e a qualidade de vida, garantindo assim, melhores resultados em saúde (Brito, 2021). O enfermeiro de referência é responsável por cada criança e adolescente que tem, elabora o plano terapêutico individualizado, partilha e discute-o com toda a equipa multidisciplinar.

Como referenciais teóricos são usados: o Modelo de Transições de Afaf Meleis (facilita as pessoas no processo de transição saúde/doença, ou situacional da forma mais saudável possível), a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea de Orem (importante quando existe diminuição da capacidade suprir o Autocuidado, e/ou ainda, a dependência na execução do Autocuidado devido a fatores condicionantes) e o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (atende as necessidades familiares, prestando cuidados direcionados e avaliando a família enquanto sistema funcional) e o Modelo de Anne Casey (usado devido à pertinência no contexto de cuidados pediátricos: visitas, telefonemas e entrevistas). Relativamente a este último modelo e conjuntamente com a especificidade do contexto diferenciado, a família que opta pela decisão de internamento, sobrepõe a tudo, a importância de estabilizar e reverter o quadro clínico, com o objetivo major de a criança e adolescente recuperar o seu bem-estar.

Constatou que com frequência, essas vivências criam na família sentimentos de dúvidas, inseguranças e até culpa, pela verbalização de algumas frases proferidas: “*será que estou a agir da melhor forma...é que, ... não podia deixar as coisas continuar assim*”; “*deveria ter dado mais atenção...*”, “*estou com medo que não recupere... é algo a que, não estou a conseguir lidar...*”. Por forma a minimizar esses sentimentos, a equipa de enfermagem, oferece todo o apoio necessário, no sentido de transformar estas vivências numa oportunidade de desenvolvimento (Jorge, 2004). Muitas vezes, acontece quando a família traz roupa e pertences, ou telefona para saber da criança e adolescente. Este meio de comunicação possibilita também a relação da criança e adolescente com a família, com supervisão de um enfermeiro e com uma duração habitualmente entre 15-30 minutos. De acordo com a evolução do estado de saúde, é proposto o agendamento de visitas personalizado, previamente combinado em reunião multidisciplinar (menos prováveis no início do internamento).

São vários os PMQCE do serviço em funcionamento e nos quais teve oportunidade, cujos objetivos se encontram explanados no Quadro 1.

Quadro 1 – PMQCE do serviço da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

RelaxadaMente
Objetivo: Capacitar as crianças e adolescentes de estratégias para lidar com a ansiedade, utilizando a técnica de relaxamento como intervenção psicoterapêutica, como: respiração, técnica de relaxamento muscular progressivo, massagem, imaginação guiada, consciencialização, meditação, treino autogénico.
Moviment'Arte
Objetivo: Promover a expressão de emoções e o autoconhecimento, melhorar as estratégias comunicacionais e desenvolver atividades psico e socioterapêuticas, utilizando a dança como intervenção psicoterapêutica como de Técnica de distração, Terapia pelo movimento e Terapia de grupo.
Cuid'Arte – Manualidades
Objetivo: Promover autoconhecimento e o desenvolvimento de novas perspetivas de aprendizagens criativas e artísticas, melhorar a autoestima e o bem-estar, promover a expressão de emoções e desenvolvimento de capacidades relacionais e sociais, através da arteterapia como instrumento terapêutico.
Culinária
Objetivo: Promover a expressão de emoções, o bem-estar, a autonomia, a diversão e a interação social, através do contato sensorial com os alimentos, confeção de receitas com criatividade e a degustação das mesmas.
CineCuidar – Cinematerapia
Objetivo: Promover a expressão de emoções, o autoconhecimento, o aumento do <i>insight</i> e a modelagem de comportamento, através do recurso ao cinema como ferramenta terapêutica.
BiblioCuidar – Biblioterapia
Objetivo: Facilitar o processo de tomada de consciência de “si” e o reconhecimento singular da dimensão do “outro”. Incentivar a escuta, a expressão de emoções e a interação social. Promover a modificação do comportamento, o <i>insight</i> e a adesão ao regime terapêutico, facilitando a aceitação do estado de saúde.

Fonte: Elaboração própria

Este contexto de prática clínica diferenciado, dos contextos por onde se foi desenvolvendo como enfermeira (Medicina, Bloco Operatório, Ortopedia, Cirurgia de Ambulatório/Exames Especiais e Consulta da Dor Crónica Pediátrica) suscitava questões internas a validar (ser um serviço de porta fechada, sem acompanhamento da família - dos pais ou pessoa significativa, período de recolhimento sem quase objetos de transição).

Foi de extrema importância ter vivenciado esta experiência, por se identificar não só pela filosofia de cuidados muito similares ao Modelo de Recuperação da Saúde Mental, visando a recuperação e empoderamento das crianças e jovens, mas também por ter sido o ensino clínico onde sentiu que foi mais evidente a demonstração da aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMP. Todo o trabalho, especialmente em grupo terapêutico, permitiu desenvolver as competências específicas de forma diferenciadora tendo em conta cada elemento do grupo. Através da observação e entrevista, identificou focos de atenção comuns, dos quais emergiram os diagnósticos de enfermagem: ansiedade, autoestima comprometida, humor comprometido e gestão do regime terapêutico

comprometido. Realizou o planeamento das respetivas intervenções de enfermagem, fundamentais para resolver e/ou minimizar os problemas identificados. Implementou o plano de cuidados e avaliou os resultados das suas intervenções. Todo este processo foi sustentado na taxonomia em enfermagem: NANDA, NIC e NOC e o sistema de classificação em enfermagem CIPE®. Este processo foi particularmente exibido no estudo de caso da adolescente em estudo (Apêndice II).

No entanto, ao refletir sobre a sua atuação, reconhece que gostaria de ter desenvolvido mais o trabalho assistencial com a família, mas que por falta de oportunidade, só participou de forma colaborativa em momentos pontuais e aquando da sua passagem pela consulta externa.

PARTE II – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O desenvolvimento de competências para obter o título de EEESMP, engloba para além das competências específicas, um conjunto de competências comuns. Logo, envolveu-se proactivamente no seu processo de formação e desenvolveu competências comuns inerentes à categoria de enfermeiro especialista definidas no Artigo n.º 4 do Regulamento n.º 140/2019 (2019), inseridas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desenvolveu também, competências específicas do EEESMP, focando-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427).

A sua atuação, nas diversas práticas clínicas alicerçou-se num conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, com o indício de um julgamento clínico e tomada de decisão sustentada nos princípios ético-deontológicos e científicos. Evidenciando um conjunto de competências clínicas especializadas em ESM, possibilitando à pessoa, criança, adolescente e família, um processo de transição de saúde/doença, ou situacional da forma mais saudável possível, constituindo-se em experiências e vivências gratificantes. Considera que este processo de cuidar holístico, focado na promoção da SM das pessoas, da família, dos grupos e da comunidade, alicerçado na relação terapêutica, é promotor de uma parceria de cuidados empoderadores da pessoa e família.

Nas atividades realizadas ao longo das práticas clínicas, procurou contribuir com a expansão da melhoria da prestação de cuidados em enfermagem. Neste contexto, a operacionalização dos projetos de aprendizagem, foram essenciais para o desenvolvimento das competências de especialização e de mestre em ESMP, sendo o seu contributo descrito nos capítulos seguintes.

No decorrer do processo crítico-reflexivo, sente que cresceu a nível pessoal e profissional. Hoje é uma enfermeira ainda mais competente, inovadora e criativa, que conscientemente se usa como instrumento terapêutico, na identificação e consolidação das respostas humanas aos processos de transição e promoção da SM, empoderando a pessoa e família na tomada de decisão, fazendo diferença no dia-a-dia dessas pessoas e famílias, a quem presta cuidados.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Relativamente às competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista, na **responsabilidade profissional, ética e legal**¹, desenvolveu uma prática reflexiva Ético-deonto-lógica pautada por o documento da OE, Deontologia Profissional de Enfermagem (2015) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006). Os casos que acompanhou de pessoas, crianças, jovens e família com doença mental, constituíram estudos de caso, nos quais foi evidenciado o respeito pelos princípios ético-legais como a dignidade, consentimento, respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, justiça, respeito, confidencialidade, responsabilidade social e saúde, e ainda, partilha dos benefícios. A ética e a deontologia em saúde são inseparáveis, garantem os direitos e a dignidade humana, diligenciando a práxis de excelência (Nunes, 2008).

Sustentou a prestação de cuidados, noutros documentos fundamentais que corroboram os princípios da ética e deontologia, como: a Lei n.º15/2014 de 21 de março, dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (2014) Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (2006) , a Carta da Criança Hospitalizada e a Convenção sobre os Direitos da Criança (European Association for Children in Hospital [EACH], 2017), os Princípios Gerais e Regras da Saúde Mental da Lei n.º 113/2021 (2021) e o Consentimento Informado, potenciando a humanização dignificação e respeito pelos direitos humanos, nos cuidados prestados.

O processo de raciocínio clínico, esteve presente na tomada de decisão da intervenção especializada em ESMP, quer a nível, individual, grupal, em contexto de comunidade e de ambulatório. Foram respeitadas as características individuais, assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos e de caráter sensível, salientando a utilização de iniciais de nomes fictícios e de caracteres, tal como, garantindo o consentimento informado. Destaca ainda, o quanto é importante a reflexão em equipa dos contextos de prática, por forma a obter cuidados de enfermagem eficazes e eficientes, minimizando problemas potenciais. Foi empregando o profissionalismo, a autenticidade e a integridade, procurando a melhor evidência científica na prática clínica especializada em SM, diligenciando o desenvolvimento da práxis de enfermagem reflexiva pessoal e público.

Particularmente, no decorrer da prática clínica em contexto diferenciado, no serviço de pedopsiquiatria, tomou consciência que o internamento da criança/adolescente, coloca em causa o princípio de autodeterminação e da autonomia (de uma forma muito evidente, pelo que já foi descrito anteriormente). O internamento é a opção tomada face à constatação de que o tratamento ambulatório é insuficiente ou inadequado. A criança/adolescente não

¹ Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação.

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

apresentam *insight* do seu estado de saúde/gravidade de doença e da necessidade do comprometimento do regime terapêutico, colocando em risco a sua integridade e bem-estar. Emerge assim, a reflexão crítica sobre as condições e a forma de intervir contra a vontade expressa pela criança e jovem, sobrepondo o princípio da autodeterminação e da autonomia, em prol do princípio do superior interesse da criança/jovem e da beneficência, que corrobora o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2019), referindo que em situação de comprometimento destes princípios, não há objeção ética, prevalece o valor ético beneficente, atuando os profissionais com humanidade e informando sobre as medidas terapêuticas escolhidas, com a finalidade de obter a melhoria clínica da pessoa.

Assim, evidencia a importância do seu papel como facilitador deste processo de aceitação do estado de saúde e comprometimento do regime terapêutico de forma gradual, criando *rapport*, baseada numa comunicação terapêutica e estabelecendo uma relação terapêutica, negociando e gerindo as intervenções para a liberdade/autonomia do seu bem-estar.

Relativamente à **melhoria contínua da qualidade dos cuidados**², é notória a necessidade de implementar sistemas de cuidados de qualidade. Por parte da Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade em enfermagem, ajudam a precisar o papel do EEESMP e o impacto do seu exercício profissional. Considerando as categorias de enunciados: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, adaptação, organização dos cuidados, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social, planeou e implementou intervenções no âmbito do desenvolvimento de competências de EEESMP (OE, 2001, 2017). Assim, colaborou e dinamizou alguns dos projetos das instituições, procurando contribuir para a prossecução dos mesmos, com intervenções planeadas e inovadoras, incorporando diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados sensíveis a ganhos em saúde. Utilizou instrumentos institucionais e outros pertinentes ao contexto de cuidados, com os mais recentes níveis de evidência. A prática nos diversos contextos clínicos, permitiu reconhecer estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Alguns exemplos desses projetos foram: o Projeto “+ Contigo” e o Programa de intervenção para a Promoção da Literacia em Saúde e SM, intitulado: SaudavelMente de férias na XXXII Expo Fago 2022 (Anexo I). Foi sugerido e aceite o nome “SaudavelMente”. Foi corresponsável pela organização da atividade com as crianças em idade escolar, realizando intervenção do treino da respiração consciente pela Técnica de Consciencialização da Respiração³ -

² Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

³ O treino da respiração consciente é um dos pontos gerais a ter em conta nos exercícios de consciencialização da respiração.

Inspiração e Expiração com recurso à mão e o treino de relaxamento corporal, pela Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson⁴, designado o momento de “Técnica do cão molhado”. Colaborou na 3ª sessão do Plano de Saúde Mental dos Profissionais de Saúde, intitulado: “O Papel das emoções na Prevenção dos Síndromes de *Stress* e *Burnout*”, com a prática da técnica de respiração consciente, observação dos pensamentos e escrita dos mesmos (Reestruturação do pensamento - aquando pensamentos negativos/menos positivos, voltar a escrevê-los no positivo) como estratégia de gestão e autocontrolo do stresse (Anexo II).

Elaborou o Programa de Intervenção Psicoterapêutica e Psicoeducacional de SM – SER PositivaMENTE, com o objetivo de reduzir a ansiedade e aumentar a resiliência como estratégia de *coping*. No final do programa de 6 sessões, realizado a um grupo de três adolescentes, obteve-se como resultados a melhoria da sintomatologia da ansiedade (diminuição dos sintomas físicos e ansiedade de separação/pânico) e do *coping* (objetivada mudança de status da resiliência) (Apêndice III).

Outra colaboração ativa foi referente ao projeto “Pastelaria”, com o objetivo de capacitar a pessoa com doença mental, de competências sociais, para uma melhor integração social e funcionalidade, e conseqüentemente, a promoção da redução do estigma. Interveio com o recurso a técnicas: de comunicação assertiva e de resolução de problemas, verificando-se a melhoria da gestão dos conflitos (entre as utentes que dividiam o espaço para concretizar os seus bolos) e a gestão de stressores (como horários e ingredientes), construindo em equipa uma organização mais funcional.

No contexto de internamento em pedopsiquiatria colaborou nos projetos: “CineCuidar”, “Culinária”, “Cuid’Arte” e “RelaxadaMente”. Observou, aprimorou técnicas de comunicação verbal e não verbal, e assertivas, estabelecendo relação terapêutica e intervindo de forma a capacitar a criança e adolescente de competências socioemocionais, para melhorar a autorregulação, interação social e funcionalidade. Concomitantemente, contribuindo para a integração no seu contexto familiar e comunidade (Apêndice IV).

Com base no aprendido, elaborou um PMCQCE especializado em ESMP à criança e

A respiração ocorre naturalmente no dia-a-dia, deve ser realizada pelo nariz (uma vez que nas fossas nasais o ar entra é filtrado e aquecido), de forma ritmada e continua. É uma das formas de respeito, foco e controlo sobre nós mesmos. Constitui o início da exploração dos movimentos do tórax e do abdómen que acompanham a respiração, manifestando o estado emocional da pessoa (Payne, 2003).

⁴ A técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson é um dos métodos mais utilizados em todo o mundo. É baseado na contração e posterior relaxamento de distintos músculos ou grupos musculares. Nas crianças, não existem dúvidas, que o lúdico, faz parte do seu desenvolvimento e neste caso específico, o jogo do cão molhado, tem como principal objetivo proporcionar um relaxamento rápido. Esta técnica consiste: em sugerir que a criança se imagine um cão. Que se movimenta como um cão, depois imagine que está em alerta, tensa a observar o que se está a passar. De repente sente o dono com uma mangueira na sua direção e que o molha. Depois, quando o dono fecha a mangueira, o cão solta o seu corpo, secando todo o pelo e assim a criança é levada ao relaxamento, libertando a tensão muscular relacionada com estado de alerta inicial (Payne, 2003; Rijo, 2020).

adolescente com dor crónica no domínio do autocontrolo da ansiedade associada à dor. Este projeto foi desenhado e implementado no serviço onde desempenha funções com o intuito de melhorar o atendimento de enfermagem com a estruturação de intervenção especializada em ESMP. O projeto em detalhe é apresentado no capítulo III deste relatório.

No domínio da **gestão dos cuidados**⁵ manteve uma postura de otimização na gestão dos cuidados, com supervisão dos EEESMP dos diferentes contextos de prática clínica, adotando um papel colaborativo perante as diferentes intervenções e respeitando todos os profissionais da equipa multidisciplinar. Assim, o trabalho de forma integrada e ativa numa equipa multidisciplinar, atinge prontidão na resposta às necessidades da pessoa, criança, jovem, família e comunidade, visando a promoção da saúde e prevenção de complicações.

Assumiu a gestão da administração segura da terapêutica, controlo do risco de infeção, gestão dos recursos e prevenção dos riscos ambientais. Integrou a equipa, participando nas reuniões de passagem de turno e comunitárias, por forma, a adequar competências e atividades mais apropriadas ao local e população, conduzindo à prática sustentada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Salienta os estilos de liderança maioritariamente democrático e estratégico, utilizados nos contextos de prática clínica, em que todos os profissionais da equipa multidisciplinar, defendem a sua identidade profissional e participam na tomada de decisão centrada nos interesses e necessidades das pessoas, retratando o trabalho de equipa. Assim, a sua participação em parceria, permitiu gerir pontos de vista e contribuir na definição dos objetivos e na identificação da melhor forma de os atingir, visando a melhoria dos cuidados.

Detém liderança situacional, demonstrou capacidade de adaptação do seu comportamento às diferentes situações de complexidade e de dificuldade, exibindo competências de escuta, reflexão e discussão das práticas mais atuais, nos diversos contextos de prática clínica.

Todo este processo de cuidados foi por si vivenciado com maior consciência, construindo assim, a sua identidade profissional, sustentada pela procura da melhor informação, para a tomada de decisão em equipa, recorrendo aos guias orientadores e às mais variadas técnicas atuais recomendadas, avaliando a execução das mesmas. Permitindo sentir-se parte integrante da equipa, uma líder participativa, talentosa e visionária, motivadora⁶ e

⁵ Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

⁶ O seu perfil comportamental característico, identificado com a ferramenta Human Master Indicator (HMI). É uma plataforma online, que usou como base os 16 perfis de personalidade do MBTI (Myers-Briggs Type Indicator). Realizou este teste na formação de *Coaching* Emocional Humanizado, para autoconhecimento, otimização do relacionamento interpessoal e comunicação eficaz. Esta ferramenta também é utilizada para o desenvolvimento das equipas de trabalho (Instituto Brasileiro de Trainers).

comunicadora, visando a otimização de um ambiente positivo e motivador, favorecendo a melhor resposta especializada às pessoas e grupos com quem se relacionou. Neste processo de desenvolvimento de liderança, reconhece aspetos com eficácia, da liderança participativa maioritariamente democrática, estratégica e visionária, sendo uma mais valia evidenciada ao longo do processo de aprendizagem e no projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ESMP, com mudanças positivas e resultados mais efetivos a longo prazo.

A formação técnico-profissional, relativa ao **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**⁷, proporcionada nos vários contextos de prática clínica, possibilitou uma melhor compreensão dos processos de cuidados e constituiu a oportunidade de adquirir e aperfeiçoar competências especializadas.

Nos contextos da profissão de enfermagem, é evidenciado o requisito de resposta às necessidades das pessoas, face aos cuidados e vulnerabilidades identificadas, com impacto na saúde e bem-estar. É uma profissão focada no “dar e servir”, deixando por vezes os profissionais numa posição de desgaste (a qual já vivenciou) ou numa postura de proteção que muitas vezes cria distanciamento. Todos sabemos que nos contextos de prática clínica a relação interpessoal, é a base de todo os cuidados, pelo que se torna fundamental os processos de autoconsciência e autodesenvolvimento, de nós mesmos enquanto pessoa e das nossas qualidades relacionais. Assim, sempre que tem oportunidade vai-se exercitando nessa busca, ouvindo Podcast, lendo sobre essas temáticas, participando em *Masterclass* e realizando algumas formações nesse sentido. Nesta perspetiva, teve como mentora uma das fundadoras da Humanidade⁸ em Portugal, que lhe motivou admiração e a inspirou na procura do cuidado humanista. A professora reforçava que o enfermeiro ao se desenvolver como ser humano, também se desenvolvia como profissional, assim, era capaz de compreender, aceitar e respeitar, ter compaixão e amor incondicional pela pessoa de quem cuida (Salgueiro, 2006, 2014). Sente que este processo de autodesenvolvimento se iniciou e tem um cariz de aprendizagem contínua, com foco na evolução.

O enfermeiro especialista assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem, diagnosticando as necessidades e intervindo com a prestação de cuidados suportados em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019) . A este respeito no sentido de desenvolver autoaprendizagens profissionais, com vista a desenvolver aprendizagens na área profissional da SM, frequentou o XIII Congresso da A Sociedade Portuguesa da

⁷ Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

⁸ Segundo Simões et al. (2008) referindo Jacquard (1988) “a humanidade representa o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências que existe graças a nós e que desaparecerá se nós desaparecermos, pelo que, o Homem tem a tarefa de aproveitar esse tesouro, já acumulado, e continuar a enriquece-lo”, é “a oferenda que os homens dão uns aos outros, depois de terem consciência de ser, e que se podem fazer mutuamente num enriquecimento sem limites” (pág. 98).

Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM) com o tema “Saber Mental: É Preciso Agir!” (Anexo III). Foi aprender mais sobre SM de forma teórico-prática pelas diversas visões, práticas, projetos, domínios de intervenções, operacionalização de conhecimentos e indicadores de resultado e ganhos em saúde, demonstrando que é urgente agir. Realizou dois cursos: “Estratégias de Promoção de Saúde Mental” e “Terapias de Terceira Geração” (Anexos IV e V). Uma das estratégias apresentada como promotora de SM, resultou de uma intervenção grupal baseada na metodologia *Design Tinking*⁹, como modelo de gestão de mudança. Em modo de conclusão, seria realizada uma aplicação de telemóvel promovendo a interação pessoal e grupal, sobre as temáticas: estigma, emoções, literacia em SM, autoconhecimento e pedido de ajuda.

Relativamente à formação em Terapias de Terceira Geração, foi um dos momentos iniciais e fulcrais, servindo de inspiração e foco, para o seu projeto de melhoria contínua. Estas terapias têm como base a Terapia Cognitivo-comportamental e o *Mindfulness*. Visam a capacitação de habilidade interrelacionais e citando a enfermeira “*as Terapias Cognitivo-comportamentais e o Mindfulness, dá-nos consciência do que muda em nós e do que muda no nosso cérebro*” levando ao autoconhecimento e responsabilidade pelo autocuidado.

O projeto de melhoria contínua dos cuidados em ESMP – Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica, foi construído incorporando as particularidades da adolescência (como uma fase caracterizada por diversas mudanças, tanto físicas como psicológicas e sociais, o que a torna complexa), a ansiedade (uma das principais causas, com uma prevalência de uma em cada cinco crianças, e a sua relação com a dor) e as premissas das técnicas cognitivo-comportamentais (cada vez mais usadas e com resultados efetivos). Com a partilha de saberes desta formação, obteve contributos para a estruturação da intervenção especializada, promovendo uma prática consciente e segura, manifestando capacidade de gestão dos comportamentos disfuncionais e adotando comportamentos de autocontrolo sustentados na prática de *Mindfulness*. Em detalhe, este projeto é apresentado no capítulo III. No mesmo congresso, apresentou dois pósteres intitulados: “Ansiedade numa adolescente com fibromialgia: Intervenção do EEESMP” e “Projeto de Intervenção do EEESMP: SER PositivaMENTE” (Anexos VI e VII).

Participou no II Encontro de Benchmarking de ESMP, com o tema: Inovar Mais, Cuidar Melhor, com igual impacto: na realização pessoal e profissional, na reflexão da necessidade

⁹ *Design Tinking* é um método para desenvolver soluções, de forma tecnologicamente e estrategicamente viável. Baseia-se na observação acompanhada com brainstorming e prototipagem rápida (Design thinking - PubMed). Esta estratégia, é tanto uma mentalidade quanto um conjunto de práticas que são baseadas em soluções, que relaciona informações, conhecimentos e propostas de soluções, escolhendo a forma de criar o processo da resolução. Um estudo mais recente, refere a aplicação da estrutura do *Design Thinking* às intervenções digitais de saúde mental e sugere o seu uso e estudo como uma das intervenções digitais de saúde mental para jovens, porque ajuda a reimaginar o desenvolvimento de soluções (Scholten & Granic, 2019).

de saber, agir e cooperar, para que o cuidado seja o melhor possível (Anexo VIII). A abordagem de temas que encheram a sua alma de gratidão (reconhecimento, orgulho, alegria interna) por poder fazer a diferença positiva na vida dos outros. Relembra as temáticas mais relevantes para o desenvolvimento de competências: a importância da comunicação, da articulação dos cuidados em rede, a promoção da SM com as estratégias de *coping*: relaxamento e *Mindfulness*, a forma de vender o “nosso produto” e a partilha dos ganhos com os projetos testados.

Com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados nos diversos contextos da práxis em ESMP, participou ativamente na realização das 1^{as} Jornadas Pedagógicas de ESMP, elaborou o logótipo, pertenceu à comissão científica e organizadora. Foi um momento de enriquecimento pessoal e profissional, pela partilha de trabalhos, projetos e contextos de trabalho, onde pôde contactar com outras realidades partilhadas, identificando-se com algumas das premissas para melhorar a SM, adquirindo motivação e inspiração para fazer parte integrante deste grupo de enfermeiros especialistas. Foi coautora do póster intitulado “CresSER PositivaMENTE” - a elaboração de um Programa de Intervenção Psicoterapêutica grupal, de carácter experiencial, nas crianças a frequentar o 1º ciclo. Com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de intervenção psicoterapêutica em enfermagem de SM na promoção de fatores pessoais protetores de SM, em crianças de 1º ciclo (Apêndice V). Este evento, teve como objetivo sensibilizar para a importância da intervenção do EEESMP nas problemáticas da SM das crianças e jovens, assim como, pessoas com doenças oncológicas e suas famílias, permitindo assegurar as melhores respostas às necessidades destas populações, o alívio do seu sofrimento e a promoção da sua saúde mental. Sente-se grata pelo retorno de investimento do valor, empenho, entrega ao Projeto de Intervenção do EEESMP: “SER PositivaMENTE”, por saber que se encontra em implementação nas escolas profissionais de uma região do centro de Portugal.

A implementação deste projeto constitui um indicador de resultado da mais-valia da aplicabilidade destes programas, e da importância da dotação de pelo menos um EEESMP nas equipas das UCC, para trabalhar no contexto escolar em parceria com outros especialistas (OE, 2019). Este projeto tem como premissa a intervenção preventiva, que visa proporcionar o desenvolvimento dos fatores pessoais protetores de SM, de competências sociais, de gestão emocional e de tomada de decisão (Apêndice III).

Participou na conferência da AMPLOS com o projeto “Ampliando Mentalidades” (Anexo IX). Foi um momento de informação e reflexão, que iniciou com a visualização da curta-metragem “Família Biscoito” sobre as problemáticas que atingem as crianças e adolescentes de diferente orientação sexual e identidade de género. Este *setting* e os seus

responsáveis legais necessitam de atenção, acompanhamento e intervenções diversificadas, terapêuticas e educacionais, devido ao elevado risco suicidário, depressão e ansiedade (Björkenstam et al., 2017; Geist et al., 2021; King et al., 2008).

Participou no II Congresso “Mais Acesso, Melhor Saúde: Capacitar Populações Vulneráveis”, com o objetivo de sensibilizar para a problemática das populações vulneráveis e as questões do acesso, melhor adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida (Anexo X). Ultimamente as situações de pandemia, guerra e outras, têm promovido situações de precariedade relativas às condições dignas de vida e de saúde, causando impacto a vários níveis. Este momento de partilha de experiências e saberes, foi importante para conhecer e refletir nos temas apresentados: “Diversidade cultural: desafios em saúde mental”, “Cuidados de saúde na multiculturalidade”, “Boas práticas na intervenção com populações migrantes” e “Testemunhos e Experiências de integração”. Da forma como podemos contribuir no acesso, diagnóstico e cuidados de saúde, assim como, para a inclusão social e económica destas populações, através do recurso a metodologias participativas e promotoras de *empowerment*. Foi autora o póster - Caso Clínico: adolescente com PCA Intervenções específicas do enfermeiro especialista em ESMP. Com o objetivo de evidenciar a importância do planeamento dos cuidados em ESMP e avaliar o contributo das intervenções específicas do EEESMP na promoção da responsabilização e melhoria do estado de saúde de uma adolescente internada numa Unidade de Pedopsiquiatria num Hospital Central (Apêndice VI). Estes momentos de partilha de trabalhos, projetos, motivações e inspirações, foram muito enriquecedores porque sustentam o valor e pertinência da investigação na ESMP.

Para o suporte da prática clínica sustentado na evidência científica, desenvolveu investigação nos diagnósticos de enfermagem mais comuns nos diversos contextos da prática clínica, divulgando os resultados através de estudos de caso e pósteres (Apêndice III, V, VI e VII). Trabalhou um dos diagnósticos mais comuns na população pediátrica (realidade presente tanto no seu contexto laboral diário, como no contexto da prática clínica diferenciado) a Ansiedade.

Este diagnóstico de enfermagem e o Autocontrolo da Ansiedade comprometido, levou-a a intervir no aumento do conhecimento sobre a ansiedade em SM, elaborando o PMCQCE intitulado *MindPower2Pain* (MP2P) - Autocontrolo da ansiedade do adolescente com dor crónica, em contexto de ambulatório. A apresentação do mesmo, encontra-se no capítulo III.

Realizou ao longo de todo este processo, formação profissional na área de Desenvolvimento Pessoal, tendo frequentado o Curso de Formação Master de Inteligência Emocional, Formação Internacional de *Coaching* Emocional Humanizado – CEH® e Formação de

Mindfulness, com o objetivo de consolidar conhecimentos e técnicas abordadas (Anexo X).

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Uma das competências cada vez mais desenvolvidas por si, é o **desenvolvimento do autoconhecimento e da autoconsciência**, corroborando a primeira das competências específicas do EEESMP¹⁰. O espírito de flexibilidade e abertura, que foi treinando e aprimorando ao longo da vida, têm vindo a permitir uma nova postura como pessoa e profissional. Acredita que que é fundamental estar consciente dos nossos comportamentos, por forma a cuidar em humanidade¹¹, promovendo uma relação terapêutica, baseada numa relação holística. Pratica este cuidado transpessoal e integrativo, identificando em cada relação estabelecida, emoções, sentimentos, valores, fatores protetores e desencadadores de patologia, englobando a mental. Este cuidado que ultrapassa a esfera pessoal ou individual, e que, privilegia as intervenções psicoterapêuticas, é a mudança para um novo paradigma do cuidar. Sente que consegue contribuir para esse paradigma, pois tem capacidade de adaptação do seu comportamento às diversas situações, alcançando a pessoa em sofrimento (mental ou não), atuando como uma facilitadora no processo de bem-estar, promovendo maior funcionalidade e integração estruturada na vida diária, das pessoas de quem cuida.

Em cada situação de cuidados, procurou validar com orientador/es e enfermeiros, a congruência entre a auto e a heteropercepção, constituindo-se importante para reconhecer os fenómenos de impasses terapêuticos. Em particular, relativo ao contexto do Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, por ser mãe, tinha receio de manifestar demasiada preocupação e/ou ansiedade intensa pelas histórias das crianças e adolescentes. No entanto, tal não aconteceu, pois, pela consciência que foi adquirindo e pelas aprendizagens e aperfeiçoamento de algumas das técnicas: de comunicação terapêutica e assertividade, de resolução de problemas e o treino do autocontrolo.

Foi igualmente importante, tomar consciência da linguagem verbal e não verbal, adequando aos contextos de prática clínica, por forma a ser autêntica e congruente, entre a linguagem e o corpo, habilidades de interação que dizem respeito ao modo como o cuidador coloca, comunica e toca a pessoa. Assim, durante a prestação de cuidados, procurou estar

¹⁰ Competência F1 - “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

¹¹ “Traz ganhos em bem-estar e acalmia, proporcionam um ambiente de serenidade na realização dos cuidados, que aliada a uma série de técnicas de manutenção, muito suaves, se reflete positivamente na saúde dos cuidadores, na satisfação profissional e no sentimento de realização profissional” (Simões et al., 2012, p. 82).

consciente da sua respiração, do contato visual e expressão facial, do toque, da distância adotada, da escuta e dos meios de comunicação que estava a usar (comunicação verbal e não verbal).

Ao longo dos contextos de prática clínica, o contato com a experiência em situação real e as diversas aprendizagens, foram alavancar a sua motivação e o impulso para ser ainda mais proativa e criativa, nunca duvidando que é possível transformar, crescer e escolher o positivismo, sustentando a compreensão da relação terapêutica e o desenvolvimento do seu autoconhecimento, como os pilares para a tomada de decisão fundamentada. Sente que hoje assume um papel de observador atento, o que lhe permite ponderar situações, inferir pontos de vista e analisar cada situação numa visão de globalidade. Todas as reflexões e tomadas de consciência foram crescentes e tiveram um impacto na melhoria da comunicação no contexto de relação terapêutica. A manutenção dos recursos internos (autocontrolo e gestão emocional), auxiliaram o seu equilíbrio emocional e psicológico, adequando a melhor resposta às situações de stresse pessoal e profissional.

Ao longo deste processo, resgatou a força de se focar nos seus objetivos e inferir *insights* para a resolução de desconfortos internos. Estando atenta à sincronicidade da vida, levando-a com mais leveza e amor, tornando-se melhor na sua imperfeição, a cada dia-a-dia. Ou seja, só se tomando consciência de nós mesmos é que nos podemos desenvolver e ser capazes de identificar no presente, emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem estar envolvidos nas relações, gerindo-as e mobilizando-nos para melhorar a relação terapêutica possível.

Numa perspetiva crítico-reflexiva, salienta que a presença na visualização das curtas-metragens no XIII Congresso da ASPESM intituladas: “No Limiar do Pensamento” e “As Cartas de Minha Mãe” foram um recurso terapêutico de reflexão no trabalho com as situações de estigma e da literacia em SM (Anexo XI). Ambas as curtas-metragens, pretendem desconstruir a imagem negativa da doença mental e promover o combater ao estigma ligado à doença mental. Demonstram a integração funcional e produtiva das pessoas com problemas mentais na sociedade, salientando a importância do papel da família e dos recursos ao longo do processo de recuperação. Especificamente a curta-metragem “No Limiar do Pensamento”, foi aquela que a impactou, sendo mãe, reviu-se na dificuldade e no sentimento de impotência de cuidar dos seus filhos (neste caso, acrescentando a doença mental), pois a mãe do adolescente com esquizofrenia, mesmo sendo enfermeira, confrontou-se com vários obstáculos e dificuldades para o cuidar. Salienta assim, a demonstração das dificuldades dos cuidadores, explorando a vulnerabilidade a que o cuidador está sujeito e a importância para a valorização do

autocuidado do cuidador.

Este tipo de aprendizagem com recurso ao audiovisual, é considerada como uma das estratégias da educação através das novas Tecnologias da Informação e Comunicação, e é uma das formas de disseminar o conhecimento. Segundo Wang e Jacobson (2011) as formas visuais revestidas de conceitos são usadas para produzir *insights*. Este tipo de aprendizagem, auxilia as pessoas a construir e transmitir consciência de si mesmas, pensamentos, compreensão e comunicação, que motivam a mudança conceitual e a transferência de novo conhecimento.

Relativamente à segunda das competências específicas do EESMP¹², **Assistência na otimização da SM no ciclo vital, que se refere ao desenvolvimento das competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em ESMP ao utente, família e prestador de cuidados** foi um processo progressivo e estruturante.

A prestação de cuidados, nos diversos contextos quer do ensino clínico, quer do estágio de natureza profissional, foi suportada no planeamento dos cuidados ESMP sustentado na CIPE® (OE, 2016), NIC (Butcher et al., 2020) e NOC (Moorhead et al., 2020). Coincidente com a relação de ajuda formal (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005), comunicação e relação terapêutica (Sequeira et al., 2020), conjecturas da intervenção terapêutica (Chalifour, 2009) e os padrões de qualidade dos cuidados especializados em SMP (OE, 2017). Um processo de cuidar que teve como premissa a promoção e proteção da SM e prevenção de complicações mentais.

Para a recolha de informação necessária e pertinente para avaliar o estado mental, foram usados instrumentos de diagnóstico como as técnicas comunicacionais, entrevista formal não estruturada (Chalifour, 2009), a entrevista semiestruturada com o guião FIFE (*Feelings* – Sentimentos; *Ideas* – Ideias; *Functioning* – Funcionamento; *Expectations* – Expetativas), a observação objetiva e subjetiva (Querido et al., 2019). Como instrumentos quantitativos usou: a Escala MoCA (Freitas et al., 2012; Freitas et al., 2013), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS (Pais-Ribeiro et al., 2007), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS) (Pais-Ribeiro et al., 2004), a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) (Salvador et al., 2017), a Escala de Autoestima de Rosenberg (Ferreira, 2001), a Escala do *Coping* Resiliente (Ribeiro & Morais, 2010), a Qualidade de Vida (Carona et al., 2015) e Questionário de Satisfação. Para avaliar a família usou: a Escala de FACES II (Olson, 2000) e a Escala APGAR Familiar de

¹² Recolher de informação essencial para compreender do estado de saúde mental, incluindo a promoção e proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. Neste processo são mobilizadas as técnicas de comunicação, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão e avaliação dos registos, com base nos sistemas relevantes de informação (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Smilkstein e a Escala APGAR (Figueiredo, 2013). Os respetivos registos foram efetuados nos sistemas informáticos: MedicineOne e SClínico.

Ao longo deste processo de cuidados, evidencia como foco da sua prática, a criação de condições de um ambiente de prática de cuidados humanizados (simultaneamente conjugando ambiente, técnicas e calor humano). Sente, ser importante otimizar o ambiente hospitalar, para que se crie um ambiente terapêutico. Segundo Townsend (2011), o ambiente terapêutico é a terapia que envolve o meio, denominado de *milieu therapy*. Neste contexto, o ambiente terapêutico propicia proteção, apoio e desenvolvimento de competências pessoais e sociais, contribuindo para o ganho de autonomia e da melhoria da integração na vida diária. Através da otimização do ambiente, promoveu dinâmicas individuais e grupais, que facilitaram à pessoa, criança e adolescente, a expressão de sentimentos e emoções sem receios, sendo o papel do EEESMP determinante e facilitador no processo de recuperação.

Pela sua formação de quase duas décadas, o que faz de si, uma perita e uma referência¹³ nas áreas complementares. Pela sua prática profissional, a preparação e otimização do espaço com música vibracional e aromaterapia, promoveu um acolhimento personalizado e eficaz, que facilita a expressão de sentimentos, emoções e preocupações. O recurso à música como mediador terapêutico e a escolha dos óleos essenciais¹⁴ foi criteriosa¹⁵. Estes recursos foram utilizados no sentido de diminuir a ansiedade e promover o relaxamento.

O recurso à musicoterapia e à aromaterapia, induzem a harmonia bioenergética, diminuindo estados de ansiedade e stresse (Agatonovic-Kustrin et al., 2020; Emoto, 2020; Santos et al.,

¹³ Ao longo desses anos, passou por iniciado a perito, sente que é perita, porque desenvolveu o seu conhecimento nas áreas complementares (gosta de chamar, integrativas), promovendo a construção de um referencial sólido nas temáticas, como Aromaterapia, Auriculoterapia, massagem relaxante e terapêutica (reflexologia, drenagem linfática, shiatsu, Tui-Na) e com intervenções com visibilidade, apoiando-se nas premissas do processo de construção, referido por Patrícia Benner (2001). É formadora destas áreas em entidades de formação certificada: Cecoa, Profiforma e Inovinter.

¹⁴ Os óleos essenciais são componentes farmacologicamente ativos, substâncias aromáticas, líquidas e voláteis, com características bioquimicamente bem definidas, o que lhes conferem as propriedades terapêuticas específicas (Buckle, 2020). Os óleos essenciais promovem a estimulação do cérebro e do corpo, pela libertação da noradrenalina, serotonina, endorfinas e encefalinas (Schnaubelt, 2019; Tisserand, 2017). Vários estudos referidos no livro Base da química dos Óleos Essenciais e Aromaterapia (Wolffenbüttel, 2019) evidenciam o uso dos óleos na estabilização dos estados de ansiedade, transtornos de humor, bem-estar emocional e mental. Através da inalação, os componentes presentes nos óleos essenciais, podem afetar plasticidade sináptica (uma das importantes bases neuroquímicas para a aprendizagem e a memória) dos neurotransmissores: dopamina, serotonina e noradrenalina, atuando na transmissão de dados entre os neurónios, pelos recetores cerebrais.

¹⁵ Nos contextos de prática clínica, em contexto de UCC e Internamento de Psiquiatria, utilizou como recurso a música vibracional: a *Frequency Serotonina, Dopaminine, Endorphin* (nos 1^{os}, 2^{os} contatos e em SOS) e Transformação Positiva em 528HZ Cura emocional e física, ansiedade e renascimento (nos 3^{os} e seguintes contatos). Como fórmula de aromaterapia, usei um spray ambiental com uma sinergia de 2 gotas de Limão, 2 gotas de Eucalipto Citroedora e 2 gotas de Bergamota.

O óleo essencial de limão é considerado o grande desintoxicante e regenerador hepático, com propriedades anti-infecciosa e antiviral. O óleo essencial de Eucalipto tem propriedades descongestionantes, revigorante e sedativas e o óleo essencial de Bergamota considerado um óleo muito útil na ansiedade, nervosismo, agitação e insónia, com efeitos antidepressivos e calmantes (Schnaubelt, 2019).

No contexto de prática clínica em contexto diferenciado na Unidade Internamento de Pedopsiquiatria, utilizou como recurso a música vibracional *Happiness Frequency Serotonina Dopaminine, Endorphin* e Transformação Positiva em 528 Hz (como referiu anteriormente). E, como fórmula da aromaterapia, usou a inalação de uma sinergia com Limão, Bergamota e Laranja doce, colocando 2 gotas de cada óleo na manta pessoal dos adolescentes. O óleo essencial de Limão escolhido por ser indicado para a depressão e pelas propriedades de limpeza e entusiasmo. O óleo essencial de Bergamota por ser um óleo regulador e sedativo e óleo de Laranja Doce, pelas propriedades relaxantes e sedativas.

2022; Son et al., 2019). Estas intervenções autónomas e não farmacológicas são associadas aos tratamentos convencionais e melhoram a qualidade de vida da pessoa em sofrimento mental ou não. Como exemplo, um dos óleos essenciais, usado nos contextos de prática clínica foi o Bergamota, pelo seu efeito ansiolítico, capaz de atenuar a resposta da corticosterona face ao stresse agudo (Navarra et al., 2015 citando Saiyudthong e Marsden, 2010).

Na metodologia do estudo de caso clínico (realizar com rigor científico e metodológico, a prestação de cuidados à pessoa, criança, adolescente e família), realizou a contextualização das temáticas, respeitou as sete etapas estruturais para a elaboração de um estudo de caso (Galdeano et al., 2003), mobilizou diferentes técnicas específicas, apresentou os resultados e as conclusões, com implicação para a prática especializada nesta área específica de SM (Apêndice I, II, V e VII). Assim, os vários contextos de prática clínica foram evidenciados os efeitos positivos da implicação desta associação de intervenções específicas e especializadas do EEESMP. Relativamente ao contexto clínico na UCC, realizado sobre o grupo de adolescentes com ansiedade, foi implementado um programa com o objetivo de capacitação dos adolescentes de competências de relaxamento, comunicação e de resiliência para a gestão e o autocontrolo da ansiedade, verificando-se a redução da ansiedade e a melhoria do autocontrolo da ansiedade, equilíbrio do humor, melhoria da autoestima e do *coping* resiliente (Apêndice III).

Globalmente, são evidenciados na avaliação dos indicadores de resultados NOC: redução e controlo da ansiedade, melhoria da autoestima, equilíbrio do humor, comportamento de aceitação, facilitando uma melhor gestão do momento presente, verbalizando pensamentos de otimismo e bem-estar: “*Sinto-me mais capaz*” ... “*Sinto-me bem*” ... “*Já consigo relaxar melhor*” e, contribuindo desta forma, para a melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde.

No contexto de prática clínica diferenciada, gostaria de evidenciar o quanto pode ser influente recriar um ambiente terapêutico. O *setting* populacional encontra-se com desafios de transformação e adaptação e ficam desprovidos dos seus bens, pertences e pessoas significativas. Monteiro (2014), refere que o adolescente deve ter acesso a um ambiente com “ocupações, atividades e programas educativos” (p. 443), contrariando os efeitos menos positivos do internamento. Em pediatria são evidentes os resultados do recurso à musicoterapia e ao toque terapêutico (Ribeiro, 2021). Neste sentido, inspirada no trabalho de Masuru Emoto (2007, 2020), surgiu a ideia de colocar algumas frases positivas em locais estratégicos (espelho da casa de banho, corredor, sala de atividades) por forma a reforçar o pensamento otimista, a autoestima e a resiliência, otimizando ainda mais o ambiente terapêutico (Anexo XII). Neste contexto, foram criados também, marcadores de livros com

frases positivas e um exercício de relaxamento com um QR Code (guia do exercício) (Apêndice VIII). Foi verbalizado tanto pelos profissionais como por alguns adolescentes, frases positivas como: *“só de ler Be Happy, You are Beautiful, I am ... já me sinto melhor... parece que ganho força... aceito melhor quem sou...”*, *“quando leio a frase do meu marcador, sinto que vou conseguir ultrapassar este momento da minha vida”*, *“também quero, posso escolher um?”*.

Para além da otimização do ambiente, promoveu a construção de uma ligação interpessoal de confiança e favorável, que facilitou mudanças nas respostas humanas, traduzidas em ganhos em SM. O acompanhamento e o planeamento dos cuidados negociados com as pessoas, crianças, jovens e família, recorrendo ao uso das técnicas comunicacionais terapêuticas, de relação terapêutica e da relação psicoterapêutica, criando *rapport* (ou seja, criando uma relação empática, no sentido de minimizar a resistência), tornou-se uma relação mutuamente gratificante. Premissas que corroboram os autores Sequeira et al., (2020) e Townsend (2011).

Relativamente à **avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde mental da pessoa** desenvolveu competências de avaliação do estado mental incorporado na história de saúde. Este processo iniciou-se com a criação de condições para um atendimento otimizado à pessoa (família e/ou comunidade) e termina quando a pessoa transita na situação de doença/saúde. Sustentou a sua prática em vários modelos teóricos.

No contexto da prática clínica da UCC, o modelo que suportou a entrevista e a prestação de cuidados, foi o Modelo das Relações Interpessoais de Peplau e o Modelo da Relação Pessoa-a-Pessoa de Joyce Travelbee. Pôde constatar a mais-valia destes modelos, no estabelecimento da relação interpessoal, na relação humana terapêutica entre enfermeiro e pessoa, com foco na empatia, simpatia, relacionamento e os aspetos emocionais como sugerido por Alligood (2014).

No Serviço de Psiquiatria, o modelo que suportou a entrevista e a prestação de cuidados, foi o Modelo de Recuperação da Saúde Mental, sustentado nos modelos: Modelo das Relações Interpessoais de Peplau e o Modelo Tidal (Buchanan-Barker & Barker, 2005; Querido et al., 2019). O uso deste modelo, permitiu à pessoa, compreender as situações de sofrimento mental, facilitando o seu processo de recuperação de SM. É extremamente importante a identificação dos passos necessários para alcançar os objetivos e a preparação para superar os desafios diários, ou seja, o ganho de autoconsciência, envolvimento e compromisso para a ação. Sente que este modelo contribuiu para a promoção da SM, para a prevenção de complicações e para a ressignificação das experiências de vida com referenciado por Lima et al (2022).

De referir ainda, que no contexto de prática diferenciada, na UIP, os modelos que sustentaram a prestação de cuidados foram: o Modelo das Relações Interpessoais de Peplau (Querido et al., 2019) e o Modelo de Transições de Afaf Meleis (Enfermagem/CHUC-SIDE, 2017; Meleis, 2010; Meleis, 2011). Também recorreu em algumas situações pontuais, ao modelo da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Anne Case (Enfermagem/CHUC-SIDE, 2017). Especificando o Modelo de Transições de Afaf Meleis, ele relembra o desenvolvimento da criança e adolescente e as propriedades importantes necessárias para um processo de transição de doença/saúde, levando a alterações positivas dos sintomas, promovendo autocuidado, saúde e bem-estar e tornando-se como indicadores de resultado e satisfação.

Na fase de orientação, a avaliação do estado mental e das funções cognitivas e executivas mobilizou instrumentos de avaliação, recorreu-se às partilhas verbais e análise dos comportamentos, que evidenciam alterações na avaliação dos itens do estado mental (observação e supervisão). No desenvolvimento da relação, o uso de instrumentos validados (já anteriormente referidos), permitiram avaliar a ansiedade, depressão, stresse, autoestima, *coping* e qualidade de vida. Na coordenação, planeamento, implementação e desenvolvimento das intervenções, foram atendidas as necessidades individuais e grupais, das pessoas, crianças, jovens e família, no sentido do desenvolvimento participativo, com vista a obtenção de resultados positivos. A avaliação das intervenções, permitiu identificar a oscilação dos indicadores de resultados e os ganhos em saúde. Ser EEESMP, através do uso de si como instrumento terapêutico, facilitou a tomada de consciência sobre os problemas; contornou adversidades e usou as competências que foi estruturando em si, para a identificação dos potenciais recursos e limites, promovendo o reconhecimento das responsabilidades no papel do tratamento e autocuidado, facilitando assim às pessoas, crianças, jovens e família, a autonomia e a responsabilidade no processo de tomada de decisão (harmonia da relação e conclusão). Corroborar o pressuposto que os enfermeiros promovem “as melhores condições possíveis para ajudar o cliente a enfrentar a dificuldade que apresenta” (Chalifour, 2008, p. 120).

Quanto ao desenvolvimento da terceira competência de **ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a SM, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto**¹⁶ esta, visa toda a sistematização do processo de prestação de cuidados desenvolvidos e negociados com a pessoa e a equipa, por forma a

¹⁶ Competência 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.” Prescrição dos cuidados suportada na evidência científica, visando a promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa, atendendo ao seu ciclo vital e às suas respostas face aos problemas de saúde, reais ou potenciais (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21428).

restruturar a SM ou a maior funcionalidade da pessoa.

Respeitou a individualidade, as necessidades e as capacidades da pessoa, criança, jovem e família, adequando dinâmicas próprias de acordo com cada contexto, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança e autenticidade, que incitou à melhor recolha de dados possível. Recorreu a vários recursos como: a entrevista clínica e entrevista formal não estruturada (Chalifour, 2009), assente na entrevista FIFE (*Feelings* – Sentimentos; *Ideas* – Ideias; *Functioning* – Funcionamento; *Expectations* – Expetativas), a observação (Querido et al., 2019; Querido et al., 2019) e a instrumentos de avaliação pertinentes: Escala MoCA (Freitas et al., 2012, 2013), a Escala HADS (Pais-Ribeiro et al., 2007), a EADS (Pais-Ribeiro et al., 2004), a Escala MASC (Salvador et al., 2017), a Escala de Autoestima de Rosenberg (Ferreira, 2001), a Escala do *Coping* Resiliente (Ribeiro & Morais, 2010), a Qualidade de Vida (Carona et al., 2015) e NOC relativos à ansiedade, autocontrolo da ansiedade, redução do nível de ansiedade, redução da autoestima, equilíbrio do humor e comportamento de aceitação (da dieta e da medicação prescrita) e NOC do controle do distúrbio alimentar (Moorhead et al., 2020).

No decorrer da prática dos contextos clínicos, a sua tomada de decisão foi sustentada nos vários referenciais teóricos já anteriormente referidos. Recorreu à metodologia do processo de enfermagem, definiu os diagnósticos específicos em ESMP (segundo as taxonomias: NANDA, NIC, NOC e o sistema de classificação em enfermagem CIPE®), identificados com base nas avaliações de SM. Estruturou e implementou o plano de cuidados, com base nos resultados esperados sensíveis aos cuidados de SM. Foram ainda, avaliadas as intervenções de acordo com os indicadores estabelecidos, valorizando ganhos em saúde, obtidos pela modificação de comportamento e mudança de scores dos diagnósticos.

Recorrendo à metodologia do estudo de caso e ao método de gestão de caso, evidencia a sua integração e colaboração na organização, avaliação, negociação e benefícios facultados à pessoa, criança, adolescente e família.

Especificamente, no contexto de prática clínica no Serviço de Psiquiatria, o estudo de caso foi de uma adulta de 41 anos, com Perturbação Delirante Crónica, com a identificação dos diagnósticos: Cognição comprometida, Memória comprometida, Orientação comprometida, Gestão do regime terapêutico comprometido, Humor comprometido e Comunicação comprometida. Face às intervenções implementadas, constatou-se a evolução positiva do estado de saúde da utente. Ao longo do internamento, a utente foi-se apresentando mais vígil, interessada e com maior orientação auto e alopsiquicamente. Manifestou melhoras a nível de memória e pensamento (menos lentificado e aparentemente sem bloqueios). O estado de humor alterou, diminuindo os estados de humor mais depressivo e ansioso,

também manifestou expressões faciais de serenidade, alegria e por vezes, de diversão e sorriso. A postura foi-se alterando para uma postura de maior confiança, o que se transformou na maior capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas, verbalizando o aumento de bem-estar e funcionamento geral (Apêndice I e IX).

Relativamente ao contexto de prática clínica diferenciada, na UIP, o estudo de caso foi de uma jovem adolescente de 11 anos, com Perturbação do Comportamento Alimentar, com a identificação dos diagnósticos: Ansiedade, Baixa autoestima, Humor comprometido e Gestão do regime terapêutico comprometido. Face às intervenções implementadas, verificou-se uma evolução positiva no estado de saúde durante o internamento. A adolescente apresentou mudança do estado de humor, manifestando expressões faciais de serenidade, alegria, de diversão, sorrindo e melhorando o contato visual. Apresentou postura mais relaxada e confiante, verbalizando o aumento de bem-estar. Ganhou peso de forma estruturada. Demonstrou maior autocontrolo da ansiedade, recorrendo à técnica de respiração, aromaterapia (pediu informações e apontou no caderno, para depois usar em casa) e a meditação do aqui a do agora e do descanso baseada no *Mindfulness*. Cumpriu o regime terapêutico aquando do internamento (Apêndice II e X). A nota da de alta de enfermagem, evidencia a evolução positiva (Anexo XIII).

A quarta e última competência, desenvolvimento de **competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas**¹⁷, visam a reestruturação da SM da pessoa, recorrendo a técnicas e recursos mais adaptados a cada situação específica.

Teve a oportunidade de observar, integrar e desenvolver várias sessões de intervenções psicoterapêuticas e de cariz psicoeducativo, assentes nas premissas da entrevista clínica e motivacional, na relação de ajuda formal e informal, comunicação e relação terapêutica contribuindo para o tratamento, promoção da SM e prevenção de complicações, validando o autor Sequeira (2016). Por vezes, foram realizadas intervenções de psicoeducação pontuais, que apesar de não terem sido estruturalmente definidas em plano, garantiram uma atuação individualizada e oportuna, com cariz de reflexão e inferência das realidades das pessoas, crianças, jovens e família. Estas intervenções, estão muitas vezes relacionadas na sua maioria em processos de autoconsciência e na partilha privilegiada de informações sobre experiências de vida, recursos internos e externos, facilitando assim, a compreensão das temáticas, o aumento da autoconsciência, a capacitação para a melhor tomada de decisão,

¹⁷ Competência 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".

No planeamento de cuidados, são escolhidas as intervenções que foram identificadas e negociadas previamente com a pessoa, por forma a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja, e/ou um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, por forma a contribuir para a sociedade em que se insere. O enfermeiro é capaz de "interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar" (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

promovendo concomitantemente o aumento da literacia em SM.

Os estudos de caso, permitiram evidenciar a estruturação dos planos de cuidados, com recurso às ferramentas: genograma e ecomapa, e a intervenções distintas de ESMP, assim como, a avaliação destas, evidenciando a importância das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais, de acordo com as necessidades da pessoa, criança, jovem e família. Foram mobilizadas diferentes técnicas, como: a relação de ajuda, a psicoeducação, os treinos: da estimulação cognitiva e da memória, de técnicas comunicacionais e da assertividade, de resolução de problemas, de relaxamento, intervenção grupal e outras. Globalmente tiveram como enfoque o autocontrolo da ansiedade, o fortalecimento da autoestima e da resiliência pessoal, por forma a atingir satisfação na vida, bem-estar e qualidade de vida. Assim, foram estruturadas propostas das várias intervenções, visando, o autoconhecimento e o reconhecimento dos fatores individuais e de *coping* e a capacitação para competências pessoais, como: o autocontrolo.

O desenvolvimento destas competências permitiu o estabelecimento da relação terapêutica e de ajuda formal, acompanhando a pessoa, criança, jovem e família, no processo de consciência, autonomia na tomada de decisão, aquando do *insight*, da capacitação e adoção de respostas adaptativas face aos seus problemas, obtendo assim ganhos para a saúde (como por exemplo: partilha e reconhecimento de emoções, aumento dos processos de autoconsciência e dos recursos internos, melhor gestão emocional, melhoria do humor, autoestima, ansiedade, relação interpessoal) através das intervenções específicas em ESMP, previamente planeadas aquando da elaboração do plano de cuidados.

No contexto da UCC, as intervenções na comunidade, grupal e individual, foi elaborado um Projeto Intervenção Psicoterapêutica e Psicoeducacional de ESMP, em grupo de caráter experiencial, evidenciando o papel do EEESMP. Foram realizadas no total seis sessões, com o objetivo de capacitar para o treino de competências pessoais e sociais e treino de técnicas de relaxamento (em resposta aos focos: ansiedade, baixo *coping* resiliente, baixa autoestima). Como resultados da implementação do programa, constatou-se: a melhoria da sintomatologia da ansiedade, objetivada (em duas dimensões) pela diminuição dos sintomas físicos e ansiedade de separação/pânico. Relativamente ao *coping resiliente* foi objetivada mudança positiva do score da resiliência. Este trabalho foi apresentado em póster no XIII Congresso da ASPESM (Anexo VII) e atualmente está a ser implementado nas escolas alocadas à UCC. Têm tido resultados, constituindo um programa com bons indicadores sensíveis à SM, facilitando a aquisição de competências internas e resultados positivos, como: ganho de consciência, autoconfiança, autoestima e autonomia, melhor capacidade para lidar com o stresse e ansiedade, melhoria das competências psicossociais e uma maior

literacia em SM, e concomitantemente, um maior bem-estar e uma melhor SM (Apêndice III).

No contexto da prática clínica, no serviço de internamento de psiquiatria, nos focos de cognição e memória comprometida, realizou intervenção psicoterapêutica para a estimulação cognitiva e o treino da memória. No âmbito destas intervenções é importante, o envolvimento da pessoa no seu processo de recuperação. Constatou que a metodologia de Gestão de Caso ou Técnico de Referência, facilita uma maior proximidade entre técnico e pessoa, promovendo os processos de recuperação. Foi importante realizar entrevista centrada e em profundidade, por forma a orientar a utente, corroborando com o que refere Sequeira (2016). Todo o acompanhamento, permitiu o resgate e a descoberta de recursos internos para ficar mais desperta e concentrada. Destaca o uso do recurso da música, que em consonância com a implementação das intervenções psicoterapêuticas e socio terapêuticas do plano, contribui para a mudança positiva dos scores NOC, traduzindo-se na melhoria da concentração, memória e humor, tendo conjuntamente aumentando o nível de autoconfiança, obtendo-se assim, ganhos em saúde. É de referir que a envolvimento de outros profissionais e familiares, podem sustentar a recuperação, como por exemplo, o suporte financeiro pela segurança social ou familiares. Os cuidados de enfermagem prestados, em parceria com a família centram-se na relação terapêutica e dinâmica entre o enfermeiro e a família. É através da entrevista familiar (telefónica ou presencial) e/ou reunião familiar, que se realizam pontos de situação, planeiam a articulação dos cuidados, como: licenças terapêuticas, plano financeiro (viagens e compras), gestão medicamentosa (Apêndice I e IX).

Concomitantemente no contexto de prática diferenciada, na UIP, realizou intervenção psicoterapêutica para os focos de ansiedade, humor comprometido, baixa autoestima e gestão de regime terapêutico comprometido. Sendo muito importante estabelecer *rapport* e motivação, e evidencia também, que a metodologia do Técnico de Referência (enfermeiro e médico), facilita a maior proximidade, promovendo os processos de aliança terapêutica e recuperação. Como resultados NOC, a adolescente apresentou mudança positiva no *status* de diagnóstico. Apresentou melhoria do estado de humor, postura mais relaxada e confiante, verbalizando o aumento de bem-estar. Ganhou peso de forma estruturada. Demonstrou maior autocontrolo da ansiedade. Cumpriu o regime terapêutico aquando do internamento (Apêndice II e X). Foi apresentado o estudo de caso em forma de póster no Congresso “Mais Acesso, Melhor Saúde: Capacitar Populações Vulneráveis” (Apêndice VII).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem integrados prestados à família centram-se na relação de ajuda informal, aquando das chamadas telefónicas ou pontualmente de forma presencial, quando vêm trazer roupa, pertences, visitas (só quando permitidas) e/ou para as reuniões familiares (habitualmente é a enfermeira que faz funções de chefia que é o elo da

informação). Esta intervenção do EESMP está a ganhar estrutura.

Também a passagem pela consulta externa e hospital de dia, constituiu uma mais-valia. O atendimento à criança, adolescente e família, nestes serviços, permitiram a observação, diagnóstico e tratamento sistémico. A avaliação e a intervenção terapêutica multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, psicomotricista, educador de educação especial) individual ou grupal, semanalmente e com o número de sessões (de acordo com os programas instituídos) proporcionam um ambiente protetor e organizador, propício ao desenvolvimento de competências sociais e relacionais, da capacitação a nível da autorregulação, favorecendo o melhor funcionamento e a melhor integração na vida. A base da intervenção sistémica especializada de SM assenta nos programas de SM positiva, competências socioemocionais, parentalidade positiva e literacia em SM. É de referir que a articulação em rede com os serviços de cuidados primários é essencial. Teve a oportunidade de constatar aquando da consulta de enfermagem, os inúmeros casos de famílias disfuncionais e o quanto é importante que estas se sintam escutadas, reconhecidas e apoiadas. Neste contexto, o modelo de referência pelos enfermeiros é fundamental e a base da intervenção parental assenta na promoção da parentalidade positiva. Neste sentido, o conhecimento foi também validado pela participação num *Webinar* intitulado: “Desenvolver o presente, olhar o futuro - 1º *Webinar*: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família” (Anexo XIV).

PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A constatação da problemática da ansiedade associada à dor crónica nos adolescentes que são seguidos na Consulta da Dor Crónica Pediátrica (CDCP) despoletou a possibilidade de melhorar os cuidados através de um PMCQCE especializado em ESMP, com o objetivo de ser implementado no local onde exerce funções como enfermeira. O PMCQCE é denominado *MindPower2Pain* (MP2P) - Autocontrolo da Ansiedade no Adolescente com Dor Crónica e sustentado no Guião para a Organização de PMCQCE e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ambos documentos da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013, 2017).

O presente PMCQCE é sustentado nos princípios da investigação-ação, e recorreu ao Ciclo PDCA. Este projeto, inclui um programa de intervenção psicoterapêutica no autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica. O programa MP2P tem a duração mínima de quatro semanas. Foi planeado e estruturado em oito sessões, bissemanais, por forma a criar uma prática continuada e regulada, com o objetivo de integrar as competências de *Mindfulness*, treinando para ganhar o hábito diário¹⁸. As sessões individuais - sessão 0, 1 e final, têm uma duração entre 30-60 minutos e as sessões grupais - sessão 2, 3, 4, 5 e 6, com o máximo 12 adolescentes, têm uma duração entre 90-120 minutos¹⁹.

Após o programa, são realizadas consultas *Follow Up* (telefonicamente ou por modalidade online - via *Zoom*) após 15 dias, 1 mês e 3 meses, com duração de 30-45 minutos. Por forma, a monitorizar os adolescentes, sobre o uso das competências de *Mindfulness*, no autocontrolo da ansiedade e dor.

1. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A temática da dor, desde sempre despertou enquanto profissional de saúde, interesse e consequentemente investimento, no âmbito da medicina convencional e não convencional.

A dor pediátrica é uma das temáticas mais preocupantes na área da Saúde Infantil, sendo a dor crónica nos adolescentes, uma das queixas mais referida (Perquin et al., 2000). Na realidade profissional, constata a elevada prevalência de perturbações mentais, pertinentes de análise e reflexão criteriosa, nomeadamente a ansiedade. Esta temática, surge muitas

¹⁸ O psicólogo Jeremy Dean autor do livro *Making Habits, Breaking Habits: Why We Do Things, Why We Don't, and How to Make Any Change Stick*, refere que para que se criarem hábitos, é preciso disciplina, pois é desafiante deixar os hábitos antigos e substituí-los pelos novos. Ele evidencia vários estudos científicos, que referem o possível número de dias necessários para que se forme um novo hábito. Esses dias variam entre 21, 66 e 84 dias, dependendo do hábito e de pessoa para pessoa (Dean, 2013, 2015).

¹⁹ Valores de referência, sustentados na Proposta de valores de referência para as Dotações Seguras na Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2019).

vezes nos adolescentes com dor crónica, como fator primário ou secundário, com impacto negativo na vida diária dos adolescentes, ocasionando sofrimento e mal-estar (Silva, 2017).

Segundo a Rede de Referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2018), “cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência” (p. 11). Esta, é uma fase de desenvolvimento, onde ocorrem vários momentos de transição e de passagem com mudanças de ordem emocional (Monteiro, 2014) . Assim, emergiu o interesse pessoal e profissional, de trabalhar a SM e de desenvolver este PMCQCE, fazendo a diferença nos contextos da práxis em enfermagem.

2. PERCEÇÃO DO PROBLEMA

Perceber o problema é a base da questão para o conseguir resolver. Neste sentido, foram realizadas pesquisas com os termos DeSC/MeSH: Enfermagem, Saúde Mental, Autocontrolo, Ansiedade, *Mindfulness*, Adolescente e Dor crónica, nos motores de busca B-on e EBSCOhost e nas bases de dados, Pubmed, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Scielo. Foram selecionados artigos num período de 15 anos (por ser desafiante encontrar evidência na área), durante janeiro a maio de 2022 com acesso a textos completos gratuitos, com a pergunta de partida: qual a aplicabilidade das técnicas de psicoeducação e psicoterapêuticas de SM na CDPC ou das terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração, no autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica? Também se recorreu à Biblioteca Virtual em Saúde e a vários livros pertinentes.

Neste contexto, destaca a importância de conceptualizar a problemática, na sua realidade profissional e a revisão de algumas definições pertinentes para entender o problema.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA A PARTIR DA REALIDADE PROFISSIONAL

Da reflexão da sua prática profissional, emerge a elevada prevalência de perturbações emocionais e do comportamento, com repercussão na SM, estando estas muitas vezes, associadas a outros problemas, o que corrobora as Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (2009). Em particular a prevalência da ansiedade em associação a outros problemas, causa impacto negativo cada vez mais frequente na vida diária dos adolescentes (dor não controlada, insónia, absentismo escolar, entre outras). O equilíbrio emocional e o bem-estar são aspetos a que está atenta e norteiam a sua relação terapêutica com os adolescentes e família.

Assim, perceber o problema e dimensioná-lo evidencia a necessidade de refletir sobre alguns conceitos: adolescente, ansiedade, dor e dor crónica e intervenções de enfermagem

de SM. Pela evidência científica é salientada a importância de identificar os fatores que promovem o crescimento pessoal, autorrealização, atenção e a consciência de si próprio, nesta fase tão peculiar que é a adolescência.

O serviço da CDCP teve início a 12/7/2016, presta cuidados à criança, adolescente e família com dor crónica não oncológica. A equipa multidisciplinar é constituída por: duas médicas anestesistas, uma enfermeira e uma secretária clínica. De acordo com os dados de 2022, a consulta assiste 115 utentes com idades entre os 1-18 anos, com maior prevalência de atendimentos em adolescentes entre os 15-18 anos, do sexo feminino conforme descrito no seguinte gráfico da Figura 1.

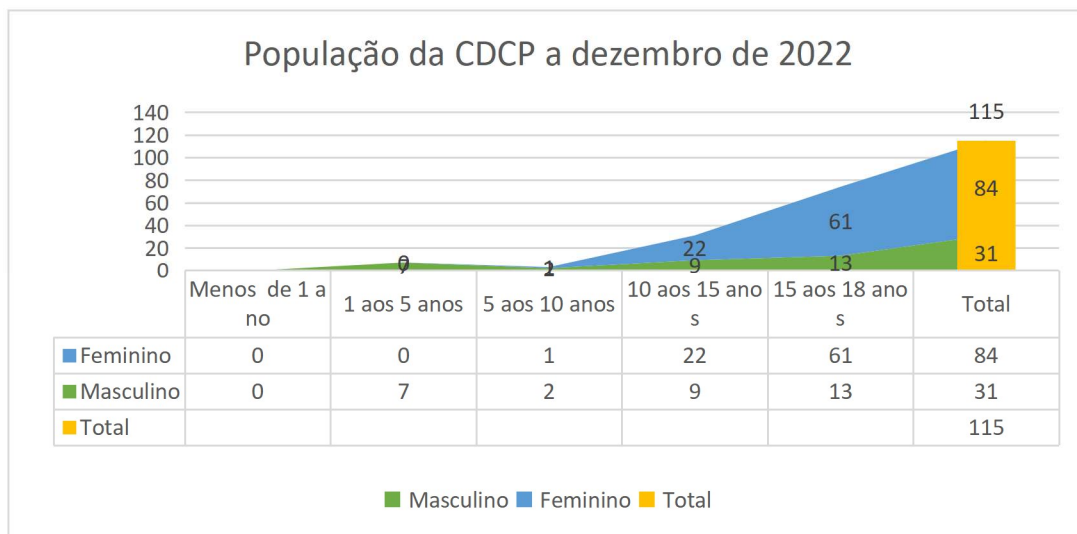


Figura 1 – População da CDCP a dezembro de 2022
Fonte: Dados da CDCP fornecidos pelo hospital

A população pediátrica CDCP apresenta diversas comorbilidades. Após a avaliação inicial, aquando da entrevista, da identificação do problema e planeamento dos cuidados, é avaliada a dor. Habitualmente é marcada uma próxima consulta, nos próximos 15 dias ou a um mês, com a possível intervenção autónoma de enfermagem (avaliando a dor antes e após o procedimento, com o intuito de avaliar o efeito no controlo da dor).

Atualmente, o serviço disponibiliza cuidados globais com recurso às técnicas não farmacológicas. Destas, são oferecidas às crianças, adolescentes e famílias, música e aromaterapia no ambiente; massagem terapêutica de shiatsu e reflexologia, e relaxamento como as técnicas de respiração (Lindquist et al., 2022). Este tipo de intervenções autónomas de enfermagem, demonstram eficácia em situações de dor, como é evidenciado no póster publicado no 2º PED CARE SUMMIT HP-CHUC 2022 (Anexo XV).

Segundo Sequeira e Sampaio (2021), a ESMP faz a diferença nos contextos da prática em enfermagem, diagnosticando precocemente e intervindo nas “respostas humanas

desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento” (p. 21427), sendo o EEESMP facilitador do aumento do *insight* sobre os problemas e as capacidades internas e/ou externas para a resolução dos mesmos, promovendo políticas de organização dos cuidados de SM e projetos de saúde que visem o bem-estar e a melhor qualidade de vida (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Assim, o EEESMP desempenha um papel determinante na excelência dos cuidados prestados, pela compreensão e intervenção terapêutica estruturada na promoção e manutenção da SM. Ajudando os utentes a reconhecerem o seu estado de ansiedade e stresse, assim como as suas causas, estabelecendo uma relação terapêutica, onde o uso das estratégias de gestão de ansiedade e stresse, apoiadas em abordagens de psicoeducação, capacitam os mesmos para a transição de processos que visam o equilíbrio mental, atuando na prevenção de complicações e promoção da SM (OE, 2011).

Desta forma, o EEESMP possui competências e conhecimentos, capazes de reduzir os sinais e sintomas de ansiedade e dor, com a aplicação de técnicas psicoterapêuticas como as técnicas de relaxamento, através de técnicas básicas de *Mindfulness*. Várias evidências referem que a capacitação dos adolescentes, através do desenvolvimento de estratégias pessoais preventivas (como as acima referidas) promove o impulsionar do sentimento de bem-estar e de satisfação pessoal (Beauchemin et al., 2008; Breedvelt et al., 2019; Oliveira & Menezes, 2022; Palermo et al., 2016) promovendo uma prática de autocuidado e de prevenção de complicações.

Refletindo em alguns dados epistemológicos, a importância dos cuidados diferenciados na área da SM, têm vindo a crescer. “Em 2005, a União Europeia calculava que as perturbações mentais, afetavam mais de 25% dos adultos na Europa, estando na origem da maior parte das 58.000 mortes anuais por suicídio. As perturbações mentais também são responsáveis por mais de 12% da incapacidade por doença a nível mundial. Na Europa este número sobe para os 24%” (OE, 2017, p. 3).

Referenciando o PNSM, publicado pela DGS em 2017 - “21% da população portuguesa tinha alguma perturbação da ansiedade e 17% sofria de depressão” (Chyczij et al., 2020, p. 2; DGS, 2017, p. 5).

As perturbações emocionais e do comportamento, nesta faixa etária tem vindo assumir proporções de interesses relevantes na área dos cuidados (Menezes et al., 2013). Em 2018 a OMS, verificou que em média 16% das crianças e adolescentes sofrem de alguma perturbação mental, sendo a prevalência de 6,5% de qualquer perturbação da ansiedade. Também, referenciado por Goldschmidt, et al., (2018) a problemática da ansiedade e de

outros comportamentos de risco têm uma elevada prevalência nas crianças e adolescentes. Andias et al. (2018) citando em King et al. (2011), referem que o predomínio da dor músculo-esquelética em pediatria é altamente variável e afeta, entre 4% e 40% das crianças e adolescentes. Também no mesmo estudo, segundo Hoftun, et al (2011), citado por Andias et al (2018), a dor parece interferir em: 60% nas atividades de lazer, 50% na qualidade das aulas e 34% no sono. Segundo Trinco e Santos (2015) citado por Morgado et al., (2020) um estudo epidemiológico, realizado num hospital pediátrico em Portugal, entre os anos 2011 a 2014, que reuniu 1403 adolescentes com idades entre os 13 e os 17 anos, que recorreram ao serviço de urgência, evidenciou um predomínio da ansiedade na ordem dos 66,3%.

Esta realidade aponta para a importância dos cuidados de enfermagem diferenciados na área da SMP, em linha com o Parecer n.º 1/2019 da OE, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que insta a resolução da lacuna da ausência de dotações seguras de enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica face à necessidade de Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2019).

2.2. ADOLESCENTE COM DOR CRÓNICA E ANSIEDADE

A OMS considera os adolescentes, aqueles que têm entre 10-19 anos e jovens entre 15-24 anos, referindo-se a pessoas jovens, aqueles que têm idades entre os 10-24 anos (WHO, 2018) . Tendo por base os descritores de saúde e a definição de adolescência, com as particularidades que recorrem na maioria à CDCP, pretende-se incluir neste PMCQCE, os jovens com idades entre os 13 até aos 18 anos.

A adolescência é um período com muitas mudanças físicas, sociais e emocionais, em que o bem-estar pode ser colocado em risco. São frequentes as mudanças de ordem emocional, nomeadamente a autoestima e autocrítica, ocorrendo vários momentos de transição e de passagem, do que é normal e/ou patológico (Monteiro, 2014) . É nesta idade que são desenvolvidas muitas competências, recursos mentais e socioemocionais, exigindo dos adolescentes, competências para lidar com os desafios que vão encontrando ao longo da vida (WHO, 2021).

A dor crónica é um problema de saúde que tem vindo a crescer. Em pediatria, estima-se que a prevalência seja de 25% nos adolescentes (King et al., 2011) , com impacto nas suas atividades da vida diária (30%) e até, podendo apresentar incapacidade grave (8%) (Boulkedid et al., 2018; Vega et al., 2018).

É usualmente definida, como uma dor constante, contínua ou intermitente, que dura mais de 3 ou 6 meses, sem causa aparente ou para além da cura da lesão que lhe deu origem (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2020) . Segundo Young e Kemper

(2013) referenciando um relatório de 2011 do Institute of Medicine of the National Academy of Sciences, cerca de 115 milhões de americanos sofrem de dor crónica, constituindo um custo elevado para a saúde, de 635 mil milhões de dólares por ano. Segundo a Presidente da APED, em entrevista à *SaúdeNotícias*, em outubro de 2021, refere a dor crónica como um dos fatores de custos elevados para a saúde. Como custos diretos: 610 milhões de euros em consultas, 730 milhões de euros em medicamentos e 275 milhões de euros em exames complementares e como custos indiretos: o absentismo, perda de produtividade e reformas antecipadas.

Vários estudos da prevalência de dor crónica, reunindo 1541 participantes, estimaram uma prevalência entre 29,1% e 75,9% (Geraldes, 2019), dos quais 36% da prevalência na população adulta (Azevedo et al., 2013) e de 15 a 25 % (Haraldstadet al., 2011) na população pediátrica. Nesta população, a faixa etária mais estudada é a adolescência, variando a idade dos participantes entre os 11 e os 19 anos.

Geraldes (2019) , refere dois estudos portugueses de Silva (2017) e Reigota (2015) que avaliam a prevalência da dor crónica pediátrica num total de 423 participantes, com a prevalência de 31,4% de dor crónica.

Um estudo de Sousa (2020) , refere que dos 1392 adolescentes inquiridos, 85,3% referem dor nos últimos 3 meses, com uma prevalência de dor crónica de 34% (1252, que responderam à questão da duração da dor).

Nos estados de dor crónica, os sintomas estão relacionados com o sistema nervoso central, traduzindo-se em contextos de dor neuropática como: dor com vários focos, cansaço, insónia, dificuldades de memória e transtornos de humor que podem estar associados a outras patologias (Phillips & Clauw, 2011) . Desta forma, “é preciso aprender a “viver com” ela. Esta dor que não mata forçosamente “envenena” a vida e a relação que estes doentes deixam de conseguir manter com os outros” (Metzger et al., 2002, p. 192) . A dor é uma experiência pessoal, sensorial e emocional desagradável, em que o utente vai aprendendo com as suas experiências de vida (APED, 2020).

Maioritariamente a dor não é eliminada, o objetivo do tratamento, é o controlo da dor e a redução do sofrimento que a ela está associada. O controlo da dor é um direito dos utentes e uma das competências de humanização dos profissionais de saúde (DGS, 2003).

Segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) as medidas terapêuticas vão para além da farmacologia. O controlo da dor é mais eficaz, quando se conjugam as técnicas farmacológicas e não farmacológicas. Estas últimas são, geralmente, de fácil recurso e de baixo custo, podendo ser ensinadas aos utentes e aplicadas em vários contextos (Sousa,

2009).

Cabe ao Enfermeiro Especialista ser o promotor de formação e investigação nesta área de intervenção de tratamento e prevenção da dor, quer a nível físico, comportamental e emocional (Mateus et al., 2008) . Recentemente, um estudo do American College of Physicians recomenda inicialmente para o tratamento da dor crónica lombar, as técnicas não farmacológicas, como: o exercício, a reabilitação, a acupuntura, a redução do stresse com recurso ao *Mindfulness*, *Tai Chi*, *Yoga*, relaxamento progressivo, *biofeedback* eletromiográfico, estimulação elétrica transcutânea, terapia cognitivo-comportamental e manipulação espinhal (Qaseem et al., 2017).

A dor em pediatria, influência significativamente a qualidade de vida, envolvendo o humor, o sono, o desempenho académico, o relacionamento pessoal e interpessoal, e pode ser uma tendência para o desenvolvimento da dor mais tarde na vida (Young & Kemper, 2013) . Também um estudo recente de Shaygan e Jaber (2022) refere que os adolescentes com dor crónica, experienciam: tristeza, redução da autoconfiança e medo da rejeição pelos pares, demonstrando diminuição da qualidade de vida e bem-estar mental.

Segundo Simons et al (2012), citado por Mano (2017) a ansiedade é um fator importante na dor crónica pediátrica, e significativamente mais comum na adolescência. Também referido por Mano (2017) , citando Walker et al (2010) e Shelby et al (2013) e Cunningham et al (2016), a ansiedade é um problema de saúde de elevada importância, com probabilidade de repercussões na idade adulta. A ansiedade acompanha-nos diariamente, faz parte da vida psicológica normal e prepara-nos para lidarmos com diversas situações. Todos nós, em determinado momento da vida, já vivenciámos um episódio de maior ansiedade, induzindo determinados comportamentos (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Por definição, a ansiedade caracteriza-se por um sentimento vago, difuso e desagradável, em reação a um determinado acontecimento ou perigo, apresentando frequentemente sintomas como: palpitações, sensação de aperto no peito, sudorese, falta de ar, desconcentração, transtornos abdominais e cefaleias. São associados à ansiedade, transtornos que partilham características de medo, ansiedade excessiva e perturbações comportamentais (American Psychiatric Association [APA], 2014). A ansiedade é uma emoção negativa manifestada por sentimentos de ameaça, perigo e/ou angústia (OE, 2016). É uma problemática com grande impacto na saúde, podendo ser uma patologia de base e/ou uma comorbilidade de outras patologias associadas. Em grau moderado, altera as rotinas da vida diária, consistindo num problema global, grave e incapacitante para muitas pessoas (Sampaio et al., 2011).

Lopes et al., (2021), citando o livro Social Anxiety Disorder de Rose e Tadi (2021) refere que

a etiologia das perturbações de ansiedade depende da interação de fatores psicossociais e ambientais, podendo ainda, estar relacionada com a genética, manifestando-se em disfunções neuropsicológicas e neurobiológicas. Os fatores que a autora refere são: stresse, traumas, história familiar (1º grau) de doenças psiquiátricas, comorbidades, entre outros.

A ansiedade promove dor e dificulta os processos de *coping* eficazes, e a experiência de dor potencia a ansiedade, dificultando a gestão da dor. Segundo Barros (2003), o “medo e ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor”. Também a dor crónica pode ser potencializada pela ansiedade, assim como, pela experiência de episódios anteriores de dor em que não houve um confronto eficaz.” (p. 118). Assim, existe uma relação estreita, entre ansiedade e dor. Torna-se assim, imperativo investir nesta área, no sentido de encontrar forma de quebrar este círculo vicioso, procurando otimizar a avaliação clínica, investigação diagnóstica, uniformizar procedimentos e referenciação.

Tanto os adultos como as crianças evitam a dor, e na maioria, existe o medo da dor e subsequente o aumento dos seus efeitos, levando ao mecanismo de catastrofização. Este mecanismo, “representa um conjunto de processos cognitivos/emocionais negativos que incluem ampliação (amplificação do significado da dor), ruminação (preocupação ansiosa com a dor) e pessimismo sobre as sensações de dor e sentimentos de desamparo na dor” (Friedrichsdorf et al., 2016, p. 3). A catastrofização pode ser reduzida com técnicas de distração (Friedrichsdorf et al., 2016).

A ansiedade é uma das problemáticas cada vez mais frequentes em idades mais jovens, atingindo 11,6% dos adolescentes e que em tempo pós-pandémico, os casos agravaram para 20,5%, afetando um em cinco adolescentes, requerendo a atenção por parte da SM (Racine et al., 2021).

Desta forma, realça-se, a importância de implementar programas com recurso a estratégias eficazes, por forma a capacitar os adolescentes para a gestão emocional na sua vida diária.

2.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM ANSIEDADE NA CONSULTA DE DOR CRÓNICA PEDIÁTRICA

A Enfermagem de SM “é uma área especializada (...) que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, (...) uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia” (OE, 2017, p. 2). É um trabalho desafiante, em que o EEESMP desenvolve compreensão e intervenção terapêutica na promoção e manutenção da SM, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial.

A relação psicoterapêutica é uma das competências do EEESMP, caracteriza-se por uma relação integrativa pessoal e profissional²⁰. O Modelo de Intervenção Psicoterapêutica tem eficácia a curto prazo, com efeitos positivos para o diagnóstico de ansiedade, no que concerne à avaliação do seu nível – o autocontrolo da ansiedade. Algumas das intervenções de enfermagem sugeridas são: redução da ansiedade, terapia de relaxamento, melhoria da autocompetência, entre outras. A autoconsciência face à doença é essencial, tornando-se facilitadora na readaptação e aquisição de novas competências (Sampaio et al., 2018), permitindo a resignificação da situação, da vivência do sentimento de esperança, a melhor gestão da sintomatologia face à doença, o bem-estar e a qualidade de vida (OE, 2011).

Estudos recentes, referem que a intervenção psicoterapêutica com base nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, tem efeito benéfico sobre: o cortisol; os processos inflamatórios; a qualidade do sono; o sistema imunológico; a dor aguda e crónica, entre outros, melhorando fatores biológicos e psicológicos, como por exemplo: diminuindo sintomatologia de ansiedade e depressão; melhorando: o autocontrolo emocional, a orientação volitiva e as funções imunológicas (Curtin & Norris, 2017; Gherardi-Donato et al., 2019; Rademaker et al., 2019).

2.3.1. Treino do autocontrolo no adolescente com ansiedade

O autocontrolo é definido de diversas maneiras, e refere-se habitualmente à capacidade de inibir respostas automáticas indesejáveis, alinhando o comportamento com metas, ideais, valores, moral e expectativas sociais a longo prazo. A dor está associada a um processamento cognitivo mais concreto e parece relacionar-se indiretamente com o autocontrolo, ou seja, à medida que a intensidade e a persistência da dor aumentam, a capacidade de pensar abstratamente é mais reduzida e essa relação parece ser exercida por meio de sentimentos de depressão (Gunnarsson & Agerström, 2018).

O autocontrolo é um tipo de volição, em que são organizadas as tomadas de decisões necessárias para a manutenção e conservação de saúde, por forma a lidar ativamente com as suas necessidades básicas, íntimas e atividades de vida diária. Descreve-se como a capacidade de controlar emoções, ou seja, o conseguir gerir-se emocionalmente. Esta gestão nem sempre é fácil e o seu sucesso, está dependente do nível de comprometimento da pessoa (Freitas & Mendes, 2020).

O autocontrolo é um fator para a felicidade e para uma vida saudável, promove bons resultados académicos e bem-estar interpessoal, como a autoestima e a regulação

²⁰ A relação psicoterapêutica permite “a construção de novas explicações para a causa do sofrimento, de novas vias de resolução de problemas (...), de libertação de emoções e sentimentos, a vivência de uma relação gratificante totaliza a relação psicoterapêutica, que se desenvolve na dimensão do real, imaginário e simbólico” (OE, 2017, p16).

emocional (Pechorro et al., 2020). Segundo Água et al., (2020) referenciando Tagney et al., (2004) “um alto nível de autocontrolo está positivamente relacionado com uma elevada autoestima e com competências interpessoais bem desenvolvidas” (p. 19).

Atualmente, a gestão do autocontrolo, assenta em abordagens cognitivo-comportamentais. Segundo Palermo (2012), o recurso a intervenções cognitivo-comportamentais é facilitador da melhoria dos resultados funcionais em adolescentes com dor crónica.

Na ESMP a intervenção psicoterapêutica das terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, para a gestão da ansiedade e da dor, constitui-se como um recurso com ganhos, corroborando as evidências já referidas anteriormente (Curtin & Norris, 2017; Gherardi-Donato et al., 2019; Goldin & Gross, 2010; Rademaker et al., 2019).

Os novos paradigmas das técnicas de relaxamento com o aparecimento das terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, como por exemplo, o *Mindfulness*, promovem a capacitação das pessoas para regularem as emoções negativas. Esta aprendizagem de técnicas, permite uma maior consciencialização do que está a acontecer no momento presente, escolhendo readaptar e atingir o resultado esperado - o autocontrolo. As pessoas sentem-se mais motivadas e autodeterminadas no processo de autocontrolo (*empowerment*) (Freitas & Mendes, 2020).

Relaxamento

O relaxamento é recomendado em todas as idades, mas especialmente nos adolescentes, promove a diminuição da tensão muscular, uma melhor qualidade de sono, diminui a fadiga, facilitando a gestão das emoções e dos impulsos, ou seja, competências de autocontrolo (Francischinelli et al., 2009).

O relaxamento induz uma modificação do estado de consciência, promove a vivência de sentimentos de paz e alívio da tensão, acalmando a mente. As técnicas de relaxamento, podem ser ensinadas e treinadas, com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade, traduzindo-se, em ganhos e benefícios para a saúde. O relaxamento assume especial importância nos adolescentes com dor crónica (OE, 2013).

O relaxamento é um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, mas necessita de ser treinado, para ajudar a atingir um estado de sensação de bem-estar e calma, promove a redução dos níveis de stresse, ansiedade ou raiva. “As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e podem diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde” (OE, 2017, p. 16). Segundo Mu et al (2009) a intervenção com técnicas de relaxamento poderá reduzir a dor

nomeadamente a cefaleia recorrente e a intensidade da dor em pediatria, num curto prazo e por períodos de 3 e 6 meses.

Estes métodos de relaxamento, são intervenções autónomas do enfermeiro, os quais podem induzir o relaxamento profundo ou superficial. São exemplos deste tipo de relaxamento profundo: o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e o Treino Autogénico de Schultz. Relativamente, ao relaxamento superficial, este é uma versão mais breve que os métodos anteriores, ou seja, induz um efeito imediato, visando a libertação rápida do estado de tensão (Payne, 2003). “Assim, a técnica de respiração profunda é exemplo disso” (Costa et al., 2019, p. 131).

Salientando algumas das conclusões do trabalho de Payne (2003) os efeitos do treino de relaxamento promovem ganhos em saúde, nomeadamente, redução dos níveis de ansiedade, melhoria dos aspetos do sono, redução do nível de dor e melhoria na sua gestão, maior controlo nas dependências (tabaco, álcool e benzodiazepinas) e perturbações alimentares, entre outras. Também Chen et al (2017) refere que estas técnicas têm um impacto positivo, nomeadamente no controlo da dor, ligado a quadros de enxaqueca e contextos cirúrgicos.

O relaxamento facilita assim, a prevenção e proteção do organismo face a patologias relacionadas com o stresse, promovendo a manutenção do uso de recursos como as estratégias de *coping* para gerir o stresse. Ou seja, ajudam a acalmar a mente, em situações de ansiedade, stresse e tensão muscular, promovendo maior energia física, mental e emocional (Payne, 2003; Shah et al., 2014).

- Respiração Consciente e Respiração Diafragmática

A técnica interventiva da respiração, oferece vantagens comparativamente a outras alternativas. É usada como terapia não farmacológica com vantagens e com níveis de segurança adequados, necessitando de um espaço reduzido, de fácil aprendizagem e aplicabilidade (Kim et al., 2015).

De acordo com Hayama e Inoue (2012) e Yu e Song (2010) citado por Chen et al., (2017) o relaxamento, através da respiração diafragmática, tem demonstrado ser eficaz na redução de sintomas inerentes à ansiedade. Estas técnicas devem ser ajustadas às especificidades clínicas da pessoa. Por exemplo, em quadros de ansiedade induzidos por foco de dor intensa, uma técnica de relaxamento muscular pode não ter aplicabilidade eficiente, estando mais indicado uma técnica de relaxamento com exercícios respiratórios e visualização guiada, dado produzir um efeito imediato positivo.

As técnicas específicas da respiração, nomeadamente a respiração diafragmática, tem um

efeito estabilizador e relaxante sobre o sistema nervoso autónomo. A respiração é controlada pelo sistema nervoso autónomo e quando existe um quadro de ansiedade ocorre uma hiperestimulação do sistema nervoso simpático que se traduz em respostas fisiológicas tais como taquicardia, tensão muscular e hiperventilação (Chen et al., 2017).

Segundo os mesmos autores, a técnica de respiração diafragmática vai estimular o sistema nervoso parassimpático a reduzir os níveis de ansiedade, a aumentar os níveis de dióxido de carbono sanguíneo, a elevar a temperatura corporal, estabilizando o batimento cardíaco e a pressão arterial. Segundo Neves (2011) citado por Marques e Delfino (2016) esta técnica contribui para a melhoria da imunidade, do padrão de sono e dos processos digestivos.

Chen et al (2017) no seu estudo experimental “*The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing relaxation Training for reducing Anxiety*”, concluíram que, após oito semanas de treino com a técnica de respiração diafragmática, o grupo experimental obteve reduções significativas na ansiedade, medidos pela Escala de *Beck Anxiety Inventory* demonstrando a utilidade desta técnica de relaxamento na redução dos níveis de ansiedade.

Também à semelhança destes estudos a Universidade Federal do Rio de Janeiro, contando com o Instituto de Psiquiatria, nomeadamente o núcleo: Laboratório de Pânico e Respiração (fundado pelo médico António Nardi), salienta a importância da fisioterapia, da consciência corporal e da respiração como ferramentas principais para lidar com as reações físicas e emocionais geradas pela ansiedade e stresse (Nardi et al., 2020; Rusky, 2021).

A prática diária da técnica de respiração pode regredir o stresse, contrariar a progressão de patologias e melhorar a qualidade de vida. Esta técnica associada à autorreflexão, pode libertar bloqueios emocionais, permitindo restabelecer os sentimentos (Brown & Gerbarg, 2017).

A prática da respiração, também chamada de *Pranayama* é um ramo clássico do *yoga*, constituindo-se também numa ciência moderna, com vasto potencial de cura e restabelecimento do equilíbrio nos sistemas de respostas ao stresse, alívio de sintomas de ansiedade, melhorando a saúde física, resistência e desempenho na vida do dia-a-dia (Brown & Gerbarg, 2017). *Pranayama* traduz-se do sânscrito como "controlo da energia" ou "expansão da energia", ou seja, significa consciência da respiração. Tem origem da palavra em sânscrito - *prana*, que significa “força da vida”, e *ayama*, que significa “extensão” (Brown & Gerbarg, 2009; Neto, 2011).

Respirar conscientemente é a forma de trazermos a nossa atenção da mente para o corpo e de nos concentrarmos no momento presente. É um ritual verdadeiramente calmante, rejuvenescedor e revitalizador, que contribui para o nosso equilíbrio (Cardoso, 2014) . A respiração promove a estabilização do sistema nervoso autónomo (com impacto na

regulação da frequência cardíaca e aumento da capacidade pulmonar), melhora a qualidade de sono e aumenta a sensação do bem-estar psicossocial e qualidade de vida (Neto, 2011).

De acordo com Oliveira e Duarte (2004) e Neto, (1998), citado por Willhelm et al., (2015) a respiração abdominal, também denominada diafragmática é o ato de respirar naturalmente, que consiste na entrada e saída do ar, no qual ocorre o movimento do diafragma, o que faz com que se veja o movimento do abdómen. Este processo, é a forma de respirar mais eficaz, que coincide com a forma que respiramos quando nascemos, a respiração faz-se a partir da movimentação do diafragma.

O movimento do diafragma durante a respiração permite a expansão dos pulmões, estes, recebem ar a cada inspiração, o que faz aumentar ainda mais ar nos pulmões, e consequentemente, mais oxigénio, que vai sendo distribuído pelo nosso corpo. Todo este processo fisiológico, facilita o funcionamento do metabolismo corporal, ou seja, todas as reações e funções dos sistemas do corpo são ativadas com a respiração, permitindo assim, a otimização da oxigenação dos tecidos no organismo (Chen et al., 2017)

A respiração diafragmática é mais profunda e lenta, facilitando o equilíbrio entre o oxigénio e o dióxido de carbono no sangue, o que promove um aumento de energia interna e o sentir do ritmo dos batimentos cardíacos normalizado. Em contrapartida, uma respiração a nível do tórax, provoca desequilíbrio, pois habitualmente os batimentos cardíacos ficam mais rápidos, e por vezes, ocorrem cefaleias, fadiga, ansiedade, podendo até ocorrer os ataques de pânico (Kjellgren et al., 2007).

A respiração diafragmática é fundamental para as nossas vidas, constituindo a base para a criação do estado de equilíbrio vital do corpo. Através de vários estudos, o treino da respiração diafragmática é uma das técnicas excelentes para aliviar sintomas psicofisiológicas decorrentes dos pensamentos disfuncionais (Chen et al., 2017; Kjellgren et al., 2007).

Aprender a respirar corretamente é simples e fácil. Reaprender a respiração diafragmática é um processo de tomar consciência e treinar o corpo.

• Mindfulness

Segundo Amaral (2012) citando KabatZinn (2003), Thera (1962) e Germer, (2005) *Mindfulness* é referido como “o coração da meditação budista” ou *brahmaviharas* (quatro elementos essenciais à natureza humana: bondade, compaixão, alegria e equanimidade) e nos últimos anos, na cultura ocidental, os seus princípios têm sido usados “como uma competência que nos permite ser menos reativos ao que acontece no momento presente, seja essa experiência negativa, positiva ou neutra” (p. 1). A mesma autora citando Bishop et al. (2004), refere que o *Mindfulness* assente em duas componentes: a autorregulação da

atenção (manter a atenção no momento presente) e a orientação para a experiência (curiosidade, abertura e aceitação). E, citando Siegel (2010), *Mindfulness* significa: recordar, consciência, intencionalidade da mente, atenção plena, mente lúcida e vigilante, alerta e autoconsciência.

No contexto científico, *Mindfulness* é um termo amplamente usado no âmbito de uma qualidade mental (características de personalidade, conjunto de habilidades ou estado psicológico) da pessoa, e/ou como uma prática de técnicas isoladas ou de programas de intervenção (Van Dam et al., 2018). Na ESMP a intervenção psicoterapêutica baseada nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração, para a gestão da ansiedade e da dor, constitui-se como um recurso com ganhos (Curtin & Norris, 2017; Gherardi-Donato et al., 2019; Goldin & Gross, 2010; Rademaker et al., 2019).

As terapias cognitivo-comportamentais, têm como premissa básica, a afirmação de que um processo interno e oculto de cognição (pensamentos), é capaz de influenciar as emoções e os comportamentos de uma pessoa (Laranjeira & Zanelatto, 2018).

As terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração abrangem diversas terapias, como a Terapia de Aceitação e Compromisso, a Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT) ou a Terapia Focada na Compaixão. Este cuidado holístico e humanizado promove o bem-estar: emocional, psicológico e social.

Os programas de intervenção clínica assentes no *Mindfulness* têm por base uma perspetiva humanista²¹ e positivista. O foco destas intervenções, não se centra única e exclusivamente, na redução e eliminação de sintomas, mas sim, no aumento da consciencialização dos seus processos internos (emoções e pensamentos) e externos, e na sua inter-relação com o mundo exterior. Estes programas, apresentam evidências positivas no tratamento de perturbações mentais, psicossomáticas e doenças físicas, facilitando a adaptação e o alívio do sofrimento (Duarte, 2009). Contribuem para a capacitação dos adolescentes, através do desenvolvimento de estratégias pessoais preventivas, que impulsionam o bem-estar e a satisfação pessoal (Bachemin et al., 2008; Breedvelt et al., 2019; Oliveira & Menezes, 2022; Palermo et al., 2016), promovendo uma prática de autocuidado e de prevenção de complicações.

Baseado em Greco et al (2011) a adoção de intervenções na pediatria, baseadas na

²¹ As teorias humanísticas de enfermagem, fundamentam-se na crença, de que os pacientes podem crescer de forma saudável e criativa, ajuda a promover a saúde mental e emocional, além da saúde física. O modelo foi criado por Josephine Paterson e Loretta Zderad e publicado pela 1ª vez em 1976. Eles defendiam, que a educação em enfermagem deveria ser baseada na capacidade do enfermeiro se relacionar e interagir com as pessoas (olhando para estas, como seres únicos), sendo essa relação fundamentada no treinamento, experiência, formação científica e médica. Nesta abordagem de enfermagem, não existe um método ou processo estereotipado para o cuidar. Cada pessoa é avaliada e tratada individualmente, caso a caso. Cada ser humano, sente, age e vive, possui autodeterminação, é livre de escolher e deve possuir autorresponsabilização. A Teoria Humanística de Enfermagem aplica tanto o Humanismo, quanto o Existencialismo à teoria de enfermagem. O modelo humanístico de enfermagem, engloba abordagens de enfermagem embasadas nas teorias individuais como: o modelo de enfermagem do iniciante a especialista de Patrícia Benner, e a teoria do cuidado de Jean Watson (Praeger, 2000).

atenção e na aceitação, exibem a necessidade de autorrelato e metodologias de avaliação como por exemplo o uso da Escala *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM). Esta escala permite avaliar uma ou mais competências inerentes ao *Mindfulness*: o momento presente e consciência do momento do aqui e do agora, e a capacidade de não julgamento face às experiências internas, como: pensamentos, emoções e sensações corporais (Cunha et al., 2013).

3. FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS

Este programa de intervenção do PMCQCE especializado em ESMP tem como objetivos gerais:

- Promover cuidados especializados em ESMP, através da implementação do programa MP2P - Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP;
- Demonstrar a pertinência da implementação do PMCQCE - Programa de Intervenção de ESMP, denominado Autocontrolo da Ansiedade no Adolescente com Dor Crónica.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Desenvolver uma metodologia sistemática de cuidados no autocontrolo da ansiedade e da dor;
- Promover o autocontrolo da ansiedade com os contributos do *Mindfulness* em contexto de CDCP;
- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao adolescente com ansiedade e dor crónica na CDCP;
- Garantir a promoção da saúde e a redução de complicações nos adolescentes da CDCP, através da implementação do PMCQCE especializado em ESMP.

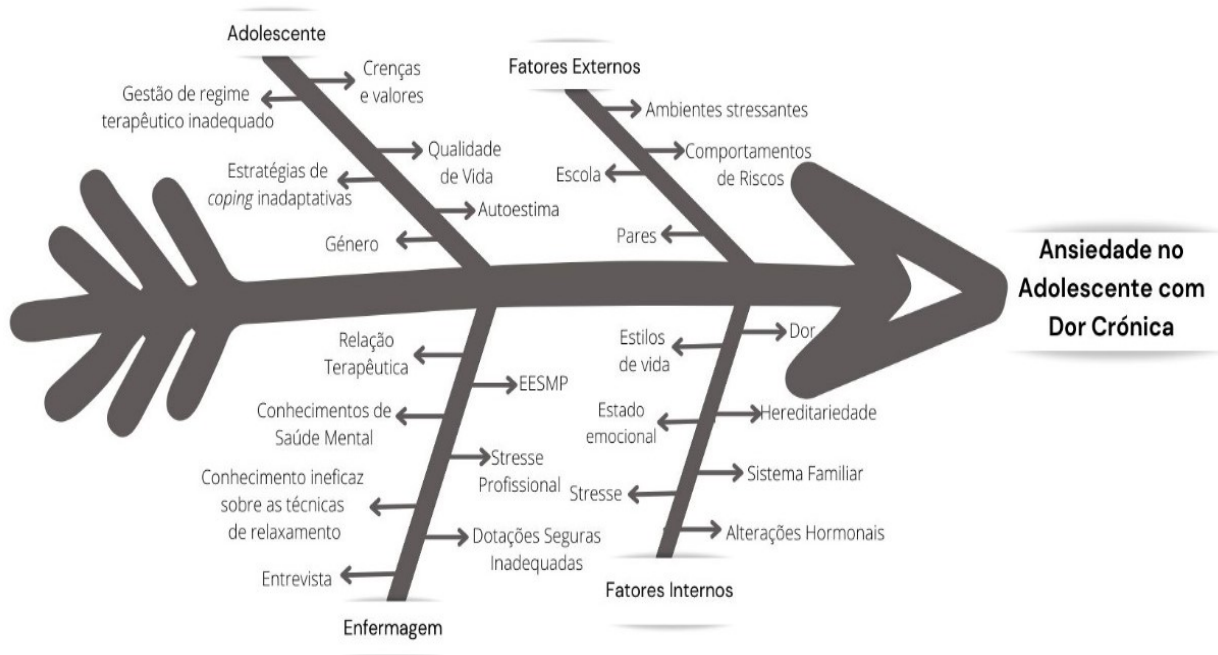
4. PERCEÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA

Perceber as causas do problema é fundamental para o conseguir resolver. Neste contexto, a revisão da literatura permitiu aclarar a temática em estudo e conhecer o propósito da implementação deste programa. Neste sentido pretendeu-se conhecer as intervenções autónomas de ESMP eficazes na gestão e redução da ansiedade e da dor, nomeadamente as técnicas cognitivo-comportamentais de relaxamento: respiração eficaz e *Mindfulness*, em adolescentes e escalas validadas para esta população.

Para este PMCQCE, foram escolhidas, para além da revisão da literatura, duas das variadíssimas ferramentas de qualidade que permitem a maior visibilidade e clareza da análise da causa do problema e que acompanham todo o processo com vista a atingir as metas, são elas: o Diagrama de Ishikawa e a Check List de Heather Palmer (OE, 2013b).

4.1. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Após a realização de um *brainstorming* com a equipa sobre as possíveis causas primárias e secundárias do problema, foram elencadas as causas do problema e discutidas as propostas de soluções a serem implantadas pela responsável do projeto, com supervisão de uma EEESMP. A seguinte figura, ilustra o Diagrama de Ishikawa do PMQCE especializado em ESMP do programa MP2P – Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP.



da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP.

Fonte: Elaboração própria

4.2. CHECK LIST DE HEATHER PALMER

Como sugerido pelo Guião para a organização de PCMQCE foi realizada a *Check List* de Heather Palmer (OE, 2013b). De seguida, são expostas as fases da *Check List*:

a) Identificação da(s) dimensões em estudo:

Efetividade: a eficácia e a eficiência das terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração: técnicas básicas do *Mindfulness* no autocontrolo da ansiedade, dor e promoção de competências de *Mindfulness*.

Adequação técnico-científica: é um estudo descritivo sustentado nos princípios da investigação-ação e elaboração do projeto de melhoria, que recorreu a conhecimentos com características técnicas que norteiam a prestação de cuidados. Serve a investigação da temática pertinente, o objetivo de produzir e divulgar os saberes técnico-científicos, permitindo a reflexão sobre a ação e mudança em contextos reais, bem como na qualidade dos cuidados.

b) Unidades em estudo:

Utilizadores incluídos na avaliação - Adolescentes que recorrem à CDCP com ansiedade.
Período da avaliação - 1º semestre de 2023.

c) Tipo de dados:

A avaliação dos dados e a avaliação da gestão da qualidade dos cuidados prestada é evidenciada pela utilização de indicadores sustentados no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde.

Tendo por base a Teoria de Meleis, uma teoria de médio alcance que sugere indicadores de processo (sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e *coping*) e de resultado, com o objetivo de evidenciar os processos de transição, traduzindo melhoria da qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, adequação e transformação pessoal (Meleis, 2011) . De seguida, são apresentados os indicadores de processo e de resultados, que definiu:

Indicadores de processo:

P1 - Taxa de presença nas sessões do programa dos adolescentes que aceitaram e completaram o programa:

$$\frac{\text{N.º de adolescentes da CDCP que completaram o programa}}{\text{N.º total de adolescentes da CDCP participantes no programa}} \times 100$$

P2 - Taxa de adesão às atividades propostas nas sessões aos adolescentes que aceitaram e completaram o programa:

$$\frac{\text{N.º de adolescentes da CDCP que realizaram as atividades propostas}}{\text{N.º total de adolescentes da CDCP participantes no programa}} \times 100$$

E indicadores de resultado:

R3 - Diminuição do nível de ansiedade da escala, avaliado da seguinte forma:

$$\frac{\text{N.º de adolescentes da CDCP com diminuição de ansiedade e com uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º total de adolescentes da CDCP no mesmo período}} \times 100$$

R2 - Modificação positiva do estado de diagnóstico, com aquisição de competências do cliente para utilizar as técnicas de relaxamento, avaliado da seguinte forma:

$$\frac{\text{N.º de adolescentes da CDCP com aprendizagem de habilidades com uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º total de adolescentes da CDCP no mesmo período}} \times 100$$

R4 - Satisfação do cliente – Avaliação por questionário.

d) Fontes de dados:

História clínica, entrevista e consulta do processo clínico e de enfermagem. Preenchimento de formulários *Google Forms*: de caracterização sociodemográfica e instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa:

- Escala Numérica (EN) da Dor, consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a “Sem Dor” e 10 à “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). O adolescente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação (DGS, 2003).
- A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) (March et al., 1997, validada para Portugal por Salvador et al., (2017) é um questionário de autorresposta que avalia a ansiedade em crianças e adolescentes. É composto por 39 itens avaliados numa escala *likert* de 4 pontos (entre 0 = Nunca e 3 = Muitas Vezes). A escala MASC possui quatro fatores principais, com subfactores. O 1º fator refere-se a “Sintomas Físicos”, num total de 12 itens: seis itens de sintomas de Tensão/Inquietude e seis itens de sintomas Somático/Autonómico; o 2º fator refere-se ao Evitamento do Perigo com um total de 9 itens: quatro itens de Perfeccionismo e cinco itens de *Coping* Ansioso; o 3º fator refere-se à Ansiedade Social, com um total de 9 itens: cinco itens de Humilhação/Rejeição e quatro itens de Desempenho Público e, finalmente, o 4º fator diz respeito à Ansiedade de Separação com um total de 9 itens. A nota global é obtida pela média dos diversos fatores e subfactores. As pontuações mais altas traduzem-se num indicador mais forte de perturbação de ansiedade. Com valores bastante positivos de consistência interna, relativamente para a nota global ($\alpha = 0.89$) e para os fatores sintomas físicos ($\alpha = 0.83$) e ansiedade social ($\alpha = 0.85$) e valores aceitáveis para os fatores evitamento do perigo ($\alpha = 0.70$) e ansiedade de separação ($\alpha = 0.70$) que confere viabilidade e fidedignidade (Salvador et al., 2017).
- Escala *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM) é um instrumento de autorresposta, constituído por 10 itens que avaliam a competência de *Mindfulness* em crianças e adolescentes. É utilizada uma escala de 5 pontos (que varia entre 0 que corresponde a nunca e 4 que corresponde a sempre) indicando o quanto cada afirmação é verdadeira para cada um. Na cotação, os itens devem ser invertidos, de forma que, quanto maior é a pontuação total da escala, mais competências de *Mindfulness* a criança e o

adolescente apresentam (podendo o total da escala variar entre 0 e 40). Apresenta uma adequada consistência interna ($\alpha = 0,80$; $FC = 0,85$) e fidedignidade teste-reteste ($r = 0,46$). Na generalidade, a CAMM é uma medida válida e fidedigna (Cunha et al., 2013). Noutro estudo mais recente o alfa do CAMM foi de 0,69, concluindo que a CAMM é uma medida de rastreio que se prevê bastante útil na avaliação do constructo do *Mindfulness* na população de crianças e adolescentes (Pacheco & Lemos, 2020).

- Questionário de satisfação constituído por uma escala numérica de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a “Nada satisfeito” e 10 a “Totalmente satisfeito”.

e) Tipo de avaliação:

Avaliação interpar que terá o objetivo de auxiliar o atingir de metas em saúde e a avaliação externa para garantir a adequação.

f) Critérios de avaliação:

Todos os adolescentes da CDCP com dor crónica e ansiedade (após a aplicação da escala) que aceitem participar no programa. Critérios de exclusão: adolescentes que sofram de alguma patologia aguda específica ou não tenham potencial para melhorar conhecimento e/ou capacidade cognitiva para aprender a técnica de relaxamento. Recorreu-se ao Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental (*The Short Portable Mental Status Questionnaire*). É um instrumento com 10 itens, avalia o défice da função cognitiva, com a pontuação de 0-2 erros: funcionamento mental normal; 3-4 erros: defeito cognitivo ligeiro; 5-7 erros: defeito cognitivo moderado; 8 ou mais erros: defeito cognitivo grave, permitindo definir se o adolescente está apto a entrar no programa, ou seja, para tal a pontuação tem de ser igual ou inferior a quatro (Apóstolo, 2012; Malhotra et al., 2013).

g) Colheita de dados:

A colheita de dados será feita pela enfermeira da CDCP e futura EEESMP. Esta é responsável pela colheita e análise de dados.

h) Relação temporal:

Estudo descritivo que utiliza os princípios da investigação-ação.

O estudo mostra-se no presente e o mesmo, pode ser seguido para o futuro.

i) Definição da população e seleção da amostra:

A população é institucional, amostra não probabilística por conveniência, ou seja, são os adolescentes que recorrem à CDCP com ansiedade, no período da fase de implementação (2º semestre de 2022 - 1º trimestre de 2023).

j) As medidas corretivas passíveis de serem usadas:

Medidas educacionais – Formação aos enfermeiros do serviço da CDCP; adequação dos materiais utilizados nas sessões do programa.

Medidas estruturais – Aquisição de materiais e otimização do espaço físico da CDCP.

5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES

O planeamento e execução das tarefas/atividades está estruturado em forma de manual do MP2P - Programa de Intervenção de ESMP no Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP²². Neste manual encontra-se o planeamento das sessões e respetivo material de apoio, e há acesso a todos os pormenores relativos ao enfermeiro responsável e às várias etapas de conceção do projeto: planos de sessões, diagrama da árvore de decisão sobre a aplicação das escalas de avaliação, critérios de inclusão/exclusão e critérios de alta.

5.1. FERRAMENTA 5W3H

Neste contexto de planeamento estratégico, recorreu à ferramenta - 5W3H (**What, Why, Who, When, Where, How, How much, How to measure**), que descreve de forma prática o plano de intervenção (Alves, 2012).

What?

MindPower2Pain (MP2P) - Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica. O acrónimo representa a ideia de o poder da mente e da atenção plena, promover o autocontrolo, a harmonia e o equilíbrio através do recurso a estratégias não farmacológicas. Ou seja, *Mind* de Mente, consciência e *Mindfulness*; *Power* de poder, capacitação, soluções robustas e estruturadas; “2” o somatório da Mente (*Mindfulness* e *Power*) e *Pain* - dor, sofrimento, desequilíbrio e desarmonia; trabalhando neste contexto, um dos fatores relacionados com a incidência de ansiedade nos adolescentes da CDCP. A imagem escolhida foi construída com imagens gratuitas retiradas da *Internet*²³. Na sua junção, a imagem final procura evidenciar a capacidade da competência de atenção plena, juntamente com a multidimensionalidade dos acontecimentos de vida diária, escolhendo manter o equilíbrio entre corpo, mente e espírito.

MP2P é um programa de intervenção de ESMP, que se recorre da relação terapêutica, fundamentada na relação de ajuda formal e comunicação terapêutica. É um programa de intervenção psicoterapêutica sustentado pelas terapias cognitivo-comportamentais de

²² Link com parte do Manual de Intervenção de ESMP MP2P - Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica: [file:///C:/Users/PatriciaESanto/Downloads/9.9.23 Parte-do-manual-de-interven%C3%A7%C3%A3o-de-SMP_M2P.html](file:///C:/Users/PatriciaESanto/Downloads/9.9.23%20Parte-do-manual-de-interven%C3%A7%C3%A3o-de-SMP_M2P.html)

²³ Links das imagens: [Meditação - ícones de pessoas grátis \(flaticon.com\)](#) e [Pin em Educação Emocional \(pinterest.com\)](#)

terceira geração, enquadrado no PMCQCE especializado em ESMP dirigido aos adolescentes da consulta de dor crónica, com ansiedade.

A população pediátrica da CDCP apresenta diversas comorbilidades. Após a avaliação inicial, aquando da entrevista, da identificação do problema e planeamento dos cuidados, é avaliada a dor. Habitualmente é marcada uma próxima consulta, nos próximos 15 dias ou a um mês, com a possível intervenção autónoma de enfermagem (avaliando a dor antes e após o procedimento, com o intuito de avaliar o efeito no controlo da dor).

Why?

A adolescência é um período com muitas mudanças físicas, sociais e emocionais, sendo exigido aos adolescentes, competências mentais e socioemocionais para lidar com os desafios que vão encontrando ao longo da vida (WHO, 2021).

A ansiedade é uma emoção negativa manifestada por sentimentos de ameaça, perigo e/ou angústia (OE, 2016). É cada vez mais frequente em idades mais jovens, afetando um em cada cinco adolescentes (Racine et al., 2021). É uma problemática com grande impacto na saúde, podendo ser uma patologia de base e/ou uma comorbilidade de outras patologias associadas. Em grau moderado, altera as rotinas da vida diária, consistindo num problema global, grave e incapacitante para muitos (Sampaio et al., 2011).

Segundo Simons et al (2012), citado por Mano (2017) a ansiedade é um fator importante na dor crónica pediátrica, e significativamente mais comum na adolescência. Também referido por Mano (2017), segundo Cunningham et al (2016), Walker et al (2010) e Shelby et al (2013), a ansiedade é um problema de saúde de elevada importância, com probabilidade de repercussões na idade adulta, requerendo a atenção por parte da SM (Racine et al., 2021).

Como já foi referido anteriormente, o serviço disponibiliza cuidados globais com recurso às técnicas não farmacológicas. Destas, são oferecidas às crianças, adolescentes e famílias, música e aromaterapia no ambiente; massagem terapêutica de shiatsu e reflexologia, e relaxamento como as técnicas de respiração (OE, 2013a; Lindquist et al., 2022).

No entanto, sente que o EEESMP desempenha um papel determinante na excelência dos cuidados prestados, pela compreensão e intervenção terapêutica estruturada na promoção e manutenção da SM. Ajuda os utentes a reconhecerem o seu estado de ansiedade e stresse, assim como as suas causas, estabelecendo uma relação terapêutica, onde o uso das estratégias de gestão de ansiedade e stresse, apoiadas em abordagens de psicoeducação, capacitam os mesmos para a transição de processos que visam o equilíbrio mental, atuando na prevenção de complicações e promoção da SM (OE, 2011). A intervenção de psicoeducação é uma das formas de educar específica e possibilita a

compreensão dos factos de forma clara e precisa (OE, 2017), é a educação na saúde que tem como objetivo, a atenção nas atitudes e comportamentos de saúde, que contribuem para prevenir complicações e preservar a saúde global, fomentando a qualidade de vida (Lemes & Neto, 2017).

Assim, a importância dos cuidados de enfermagem diferenciados na área da SMP, é transversal aos contextos de cuidados, corroborando com o Parecer n.º 1/2019 da OE, da Mesa do Colégio da Especialidade em ESMP, que insta a resolução da lacuna da ausência de dotações seguras de enfermeiros de SMP face à necessidade de Cuidados de ESMP (OE, 2019).

Neste contexto, reconhece que o EEESMP possui competências e conhecimentos, capazes de reduzir os sinais e sintomas de ansiedade e dor, com a aplicação de técnicas psicoterapêuticas como as técnicas de relaxamento, através de técnicas básicas de *Mindfulness*. Assim, a capacitação dos adolescentes, através do desenvolvimento de estratégias pessoais preventivas (como as acima referidas), promove o impulsionar do bem-estar e da satisfação pessoal (Beauchemin et al., 2008; Breedvelt et al., 2019; Oliveira & Menezes, 2022; Palermo et al., 2016) , promovendo uma prática de autocuidado e de prevenção de complicações.

Este programa dá resposta a esta necessidade de estruturação de uma intervenção especializada focada na ansiedade e na capacitação dos adolescentes para o autocontrolo da ansiedade na gestão da dor.

Who?

População-Alvo: Adolescentes. Os critérios de inclusão são todos os adolescentes da CDCP com ansiedade. Como critérios de exclusão: todos os adolescentes que sofram de alguma patologia aguda específica ou não tenham potencial para melhorar conhecimento e/ou capacidade cognitiva para aprender a técnica de relaxamento.

Enfermeira responsável pelo projeto e sua implementação: Mestranda em ESMP - Patrícia Espírito Santo. Enfermeira há mais de 25 anos em pediatria. Passou por vários serviços: Medicina, Ortopedia, Bloco Operatório, Cirurgia de Ambulatório e Consulta da Dor Crónica. Nos quais, um dos focos de atenção e indicador de qualidade dos cuidados mais trabalhado, foi e é a dor e a sua gestão. Neste sentido, paralelamente à enfermagem, foi adquirindo competências nas áreas da medicina complementar, permitindo oferecer serviços ancorados numa abordagem de cuidar holístico e multifacetado, por forma a atingir o melhor equilíbrio e bem-estar. Presentemente, é terapeuta integrativa e formadora nas diversas áreas de formação: Aromaterapia, Massagem Terapêutica, Shiatsu, Reflexologia, Auriculoterapia,

How?

A implementação do Programa MP2P prevê um tempo de recrutamento. Nesta fase, é seguido o fluxograma da árvore de decisão de recrutamento, que se apresenta na Figura 2.

Os adolescentes são escolhidos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Aos adolescentes com critérios de inclusão e caso, eles e o seu responsável legal, aceitem participar no programa MP2P, é explicado e iniciado o Programa de Intervenção de ESMP.

São respeitadas as questões éticas do direito à autodeterminação, do anonimato e à confidencialidade e da possibilidade de abandono sem sofrer qualquer consequência.

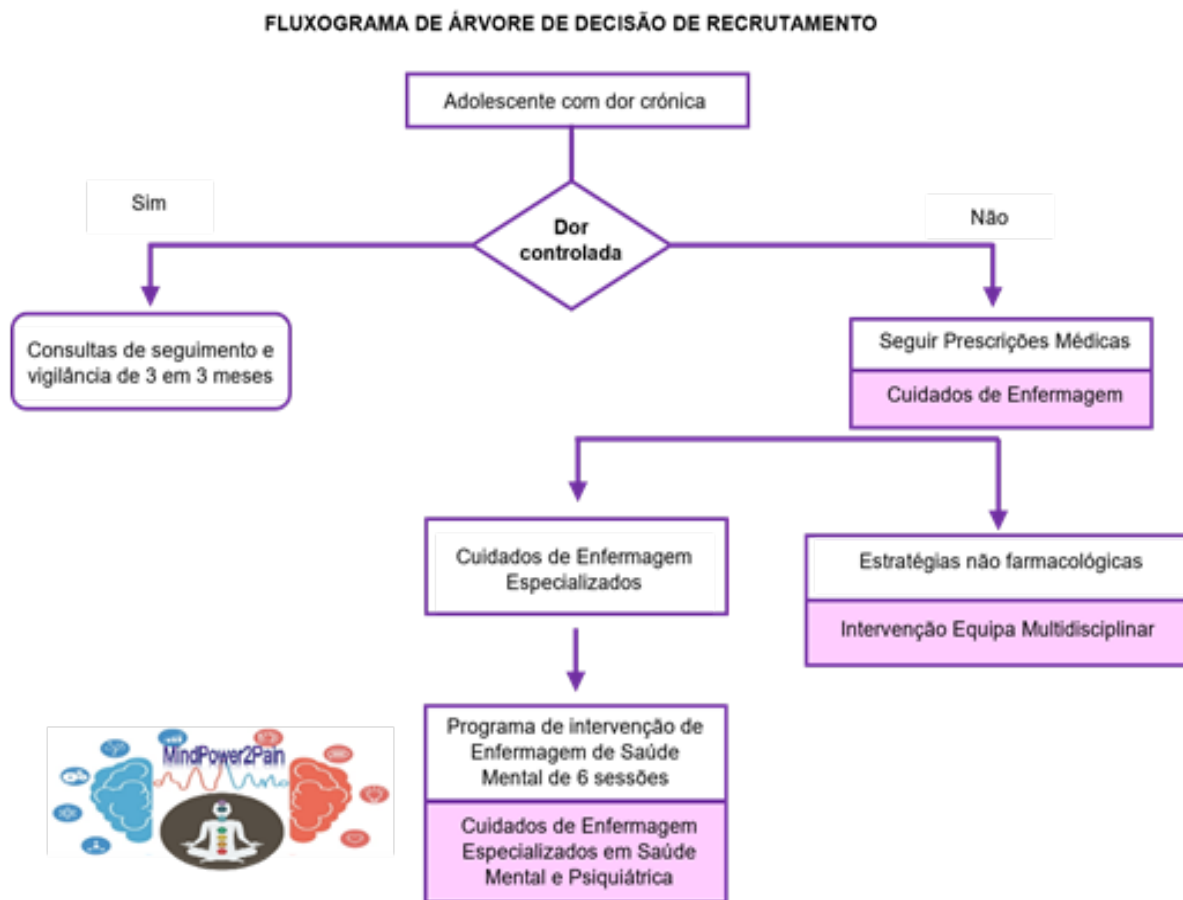


Figura 3 – Fluxograma de árvore de decisão de recrutamento dos adolescentes da CDCP
Fonte: Elaboração própria

Após este recrutamento, faz-se a triagem, dos adolescentes seguindo o fluxograma de árvore de decisão do programa de intervenção especializada de ESMP para os adolescentes com dor crónica (Figura 3).

O programa MP2P tem a duração mínima de quatro semanas. Está estruturado em oito sessões, bissemanais, por forma a criar uma prática continuada e regulada, com o objetivo

de integrar as competências de *Mindfulness*, treinando para ganhar o hábito diário²⁷. As sessões individuais – sessão 0, 1 e final, têm uma duração entre 30-60 minutos e as sessões grupais - sessão 2, 3, 4, 5 e 6, com o máximo 12 adolescentes, têm uma duração entre 90-120 minutos.

FLUXOGRAMA DE ÁRVORE DE DECISÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

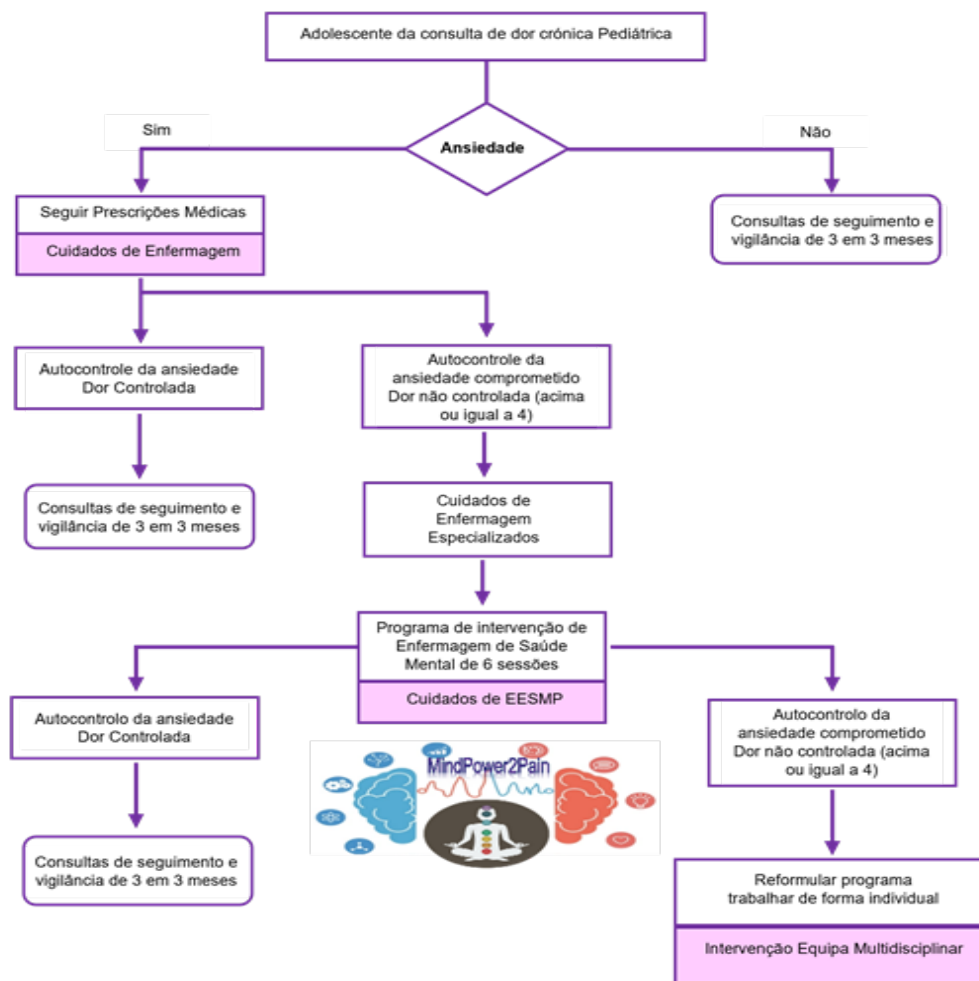


Figura 4 - Fluxograma de árvore de decisão do programa de intervenção especializada de ESMP para os adolescentes da CDCP com ansiedade
Fonte: Elaboração própria

Após o programa, são realizadas consultas *Follow Up* (telefonicamente ou por modalidade online - via *Zoom*) 15 dias, 1 mês e 3 meses, com duração de 30-45 minutos, por forma, a monitorizar os adolescentes, sobre o uso das competências de *Mindfulness*, no autocontrolo da ansiedade e dor. Na figura seguinte (Figura 4) é esquematizado todo o Programa MP2P.

²⁷ O psicólogo Jeremy Dean autor do livro *Making Habits, Breaking Habits: Why We Do Things, Why We Don't, and How to Make Any Change Stick*, refere que para que se criem hábitos, é preciso disciplina, pois é desafiante deixar os hábitos antigos e substituí-los pelos novos. Evidenciou vários estudos científicos, referindo que para que se forme um novo hábito, é necessário determinados dias, variando de 21, 66 e 84 dias, dependendo do hábito e de pessoa para pessoa (Dean, 2013, 2015).

ESQUEMA DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ESMP - MP2P

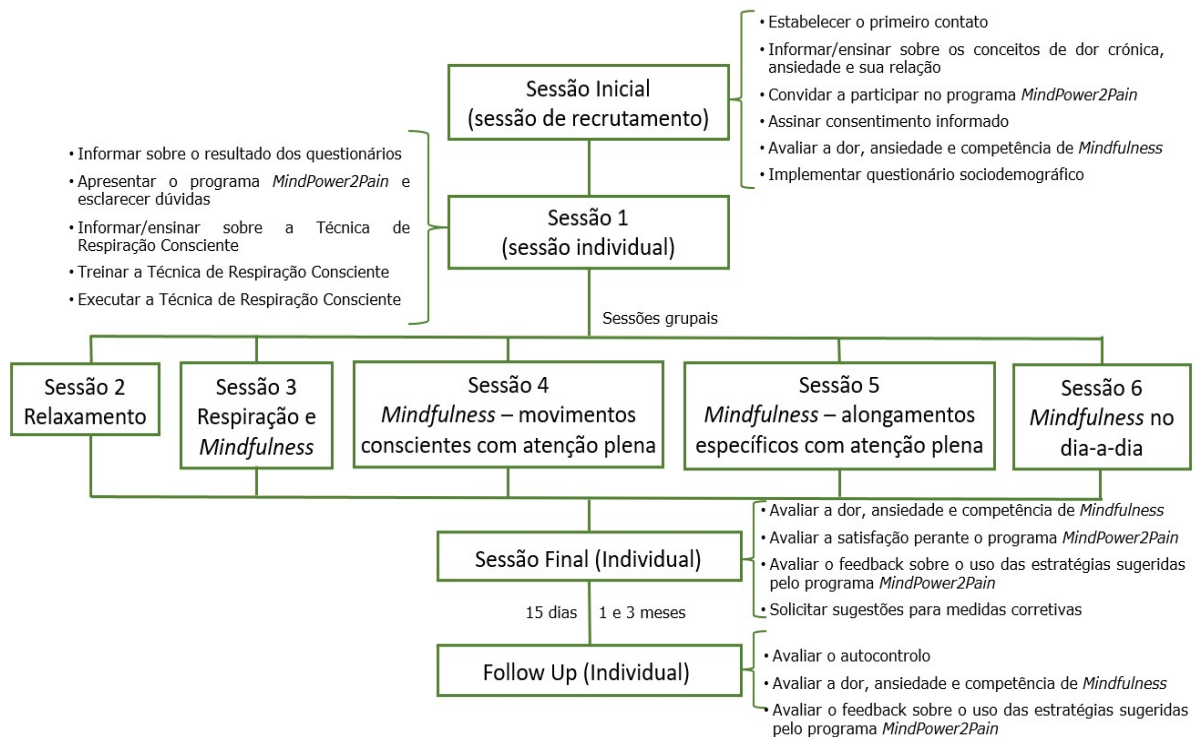


Figura 5 – Esquema do Programa de Intervenção especializada de ESMP MP2P
Fonte: Elaboração própria

Em todas as sessões, a atenção ao acolhimento do adolescente, teve como premissa a promoção de um clima de abertura, respeito, autenticidade e de interesse, facilitando um ambiente de confiança²⁸. Todo o espaço deve ser otimizado, tornando-se num ambiente terapêutico também denominado de *milieu therapy*²⁹. Neste contexto, o recurso a mediadores terapêuticos, como a música vibracional³⁰ e a aromaterapia³¹ promovem a redução da ansiedade e induzem o relaxamento (Agatonovic-Kustrin et al., 2020; Emoto, 2020; Santos et al., 2022; Son et al., 2019). Este ambiente é favorável para a expressão de sentimentos, emoções e preocupações.

²⁸ Um das fases da Relação de Ajuda Profissional, a Orientação da Relação, que corresponde ao primeiro encontro com a pessoa, ou seja, o início da relação propriamente dita e que perdura até à definição da necessidade de ajuda. Tem como objetivo, favorecer a criação de um ambiente de confiança; clarificar os papéis do profissional e pessoa que pede ajuda; acompanhar a pessoa na expressão da sua necessidade de ajuda; informar sobre os recursos internos e externos, direitos e deveres; e esclarecer dúvidas, por forma a facilitar o seu envolvimento e compromisso, fomentando a sua plena participação (Chalifour, 2009).

²⁹ O *Milieu therapy* ou o ambiente terapêutico propicia proteção, apoio e desenvolvimento de competências pessoais e sociais, contribuindo para o ganho de autonomia e favorecendo a melhor integração na vida diária (Townsend, 2011).

³⁰ A utilização da música como mediador terapêutico tem como finalidade promover a saúde e o bem-estar do paciente. De acordo com Baltazar et al. (2019) referindo Chanda e Levitin (2013) a música é uma estratégia com efeitos benéficos na redução do stresse, pois influencia as vias psicológicas, neurológicas e bioquímicas, referindo Fancourt et al. (2014). Por exemplo, ouvir música pode diminuir os níveis de cortisol (Khalfa et al., 2003; Linnemann et al., 2015), aumentar os níveis de serotonina e ativar áreas cerebrais envolvidas na recompensa (Evers & Suhr, 2000; Menon & Levitin, 2005), permitindo uma recuperação mais rápida (Thoma et al., 2013). Como música vibracional podem ser utilizadas as músicas: *Frequency Serotonina, Dopaminine, Endorphin, Happiness Frequency Serotonina, Dopaminine, Endorphin* e Transformação Positiva em 528HZ Cura emocional e física, ansiedade e renascimento.

³¹ A aromaterapia é o uso de óleos essenciais, compostos aromáticos vegetais voláteis concentrados, com múltiplas propriedades, capazes de facilitar no alívio de vários sintomas, prevenção de complicações e tratamento de algumas situações. Esta terapia está indicada na promoção e manutenção do bem-estar físico, mental e emocional, sendo também, um importante recurso no alívio e tratamento da dor (Buckle, 2020; Schnaubelt, 2019; Tisserand, 2017; Wolffbüttel, 2019). Como óleos essenciais, as propriedades terapêuticas da aromaterapia, podem ser usados os óleos essenciais de: limão, eucalipto, bergamota, lavanda e laranja doce).

A sessão 0 - sessão inicial, corresponde à fase de recrutamento dos adolescentes, realizada aquando da consulta da dor e tem como objetivo estabelecer o primeiro contato: informar e ensinar sobre dor crónica, ansiedade e a sua relação, apresentar o programa MP2P e convidar a participar, solicitar aos adolescentes e seus pais/representantes legais, que aceitam participar, a assinatura do consentimento informado (Apêndice XI); preencher os questionários (construído formulários *Google Forms*): de caracterização sociodemográfica³² e de avaliação³³: EN Dor (DGS, 2011); Escala MASC (Salvador et al., 2017) e Escala CAMM (Cunha et al., 2013).

Na sessão 1 – sessão individual, na qual é iniciado o processo de ajuda profissional. É utilizada a entrevista semiestruturada sustentada no guião FIFE (*Feelings* – Sentimentos; *Ideas* – Ideias; *Functioning* – Funcionamento; *Expectations* – Expetativas), a observação objetiva e subjetiva (Querido et al., 2019) e são apresentados os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação: EN Dor, Escala MASC e Escala CAMM. É proposto o plano de intervenção alicerçado no programa MP2P, lembrando que este, tem por base as técnicas cognitivo-comportamentais baseadas nas técnicas básicas de *Mindfulness*. É facultada informação sobre a Técnica de Respiração Consciente, ensinada, treinada e executada.

As sessões 2 a 6 - são sessões grupais do programa. No início de cada sessão, está contemplada a realização de um quebra-gelo, com o objetivo de criar dinâmica de grupo e favorecer o envolvimento do mesmo, promovendo a criação de uma relação terapêutica. É realizado o acolhimento do grupo, num clima de abertura, respeito, autenticidade e de interesse. Segue-se a fase de trabalho³⁴, com intervenções baseadas em técnicas cognitivo-comportamentais para o autocontrolo, por forma a promover a expressão de emoções e sentimentos, desenvolver competências de autocontrolo através das Técnicas Básicas de *Mindfulness*: Técnica de Respiração Consciente, Técnica de Respiração Abdominal, Técnica de *Body Scan*, movimentos conscientes com Atenção Plena, alongamentos específicos com Atenção plena e a Prática da Compaixão. Em cada uma destas sessões são realizados, o treino e a execução de cada técnica específica.

Antes do início e após o final da sessão, é solicitado o preenchimento dos questionários: Avaliação da Ansiedade e Dor, e, Avaliação da sessão (construídos em formulários *Google Forms*)³⁵. É também, realizada a monitorização dos adolescentes, através de escalas de

³² Link da Caraterização Sociodemográfica: <https://forms.gle/55rE6ApbssvFRtFR6>

³³ Link do instrumento de avaliação das várias escalas: <https://forms.gle/SAAUz6jqGWBhpDS6>

³⁴ Segunda fase da Relação de Ajuda Profissional, a Fase de trabalho, que contempla estratégias psicoterapêuticas e psicossociais, suscetíveis de responder às necessidades da pessoa. O enfermeiro encoraja o autoconhecimento e a expressão de emoções, favorecendo a aprendizagem e a expressão de novos comportamentos (Chalifour, 2009).

³⁵ Link da avaliação da Sessão 1: <https://forms.gle/HbxquaeE2kL6RNir5>

Link da avaliação da Sessão 2: <https://forms.gle/1zRTniRWUBp6PzWHA>

Link da avaliação da Sessão 3: <https://forms.gle/qmhZDWAsYsoe2MR18>

Link da avaliação da Sessão 4: <https://forms.gle/ztW8tHuQ7wr9UhtSA>

Link da avaliação da Sessão 5: <https://forms.gle/ohNJzMu9NNxj1pof6>

Link da avaliação da Sessão 6: <https://forms.gle/AyNZxPHbVYw6w3h8>

observação (com o objetivo de praticar a atenção plena a indicadores sensíveis a mudanças de comportamento) construídas na Escala da Ansiedade do SClínico (Quadro 3), os indicadores de resultados NOC: autocontrolo da ansiedade, redução do nível de ansiedade (Quadro 4) e controlo da dor (Quadro 5) e questionário de satisfação.

Quadro 3 – Escala da ansiedade, segundo o Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem para o serviço de CDCP (SClínico)

Avaliar a ansiedade		Não	Sim	Diagnóstico Ansiedade/ Sem Ansiedade
Sinais de preocupação				
Incapacidade em relaxar não relacionada com a doença				
Dificuldade em se concentrar				
Dificuldade em adormecer não explicada pela doença				
Presença de trémulo ou agitação				
Avaliar conhecimento sobre a ansiedade		Não demonstra	Sim demonstra	
Complicação da ansiedade				
Técnicas de relaxamento				
Técnicas de distração				
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre a ansiedade			Não	Sim
Capacidade cognitiva				
Consciencialização das mudanças no estado de saúde				
Força de vontade expressa na aprendizagem				
Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem				

Fonte: Elaboração própria com base na Escala da Ansiedade do SClínico do hospital

Quadro 4 - NOC da Ansiedade com os indicadores NOC Autocontrolo da ansiedade (1402) e NOC Nível de ansiedade (1211), com os indicadores específicos. Diagnóstico da situação sobre a ansiedade, verbalizada ou manifestada

NOC Autocontrolo da Ansiedade		Classificação do resultado NOC					1	2	3	4	5	Manifestações Físicas e Comportamentais Emoções e Sentimentos	
Data	140201 Monitorização da intensidade da ansiedade												
	140204 Busca de informação para reduzir a ansiedade												
	140215 Monitorização de manifestações físicas de ansiedade												
	140216 Monitorização de manifestações comportamentais de ansiedade												
	140217 Controle da reação à ansiedade												
NOC Redução do nível da Ansiedade		Classificação do resultado NOC					1	2	3	4	5	Manifestações Físicas e Comportamentais Emoções e Sentimentos	
Data	121101 Agitação												
	121103 Torcer as mãos												
	121105 Desconforto												
	121104 Nervosismo												
	121106 Tensão muscular												
	121109 Indecisão												

Legenda: Classificação do resultado NOC: 1 – gravemente comprometido; 2 – muito comprometido; 3 – moderadamente comprometido; 4 – levemente comprometido e 5 – não comprometido; NA – não aplicável

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5- NOC da Dor

NOC Controlo da dor (1605)		Classificação do resultado NOC					1	2	3	4	5	Manifestações Físicas e Comportamentais Emoções e Sentimentos
Data	160502 Reconhecimento do início da dor											
	160510 Diário para monitorar os sintomas ao longo do tempo											
	160503 Uso de medidas preventivas											
	160504 Uso de medidas de alívio não analgésico											
	160505 Uso de analgésico conforme recomendação											
	160511 Relato de dor controlada											

Legenda: Classificação do resultado NOC: 1 – gravemente comprometido; 2 – muito comprometido; 3 – moderadamente comprometido; 4 – levemente comprometido e 5 – não comprometido; NA – não aplicável

Fonte: Elaboração própria

São sugeridos também, em todas as sessões, exercícios para casa para treino das técnicas básicas de *Mindfulness*, para que se forme um novo hábito. Concomitantemente, são monitorizadas as sessões e as práticas dos exercícios sugeridos, através da construção de formulários no *Google Forms*³⁶.

Na sessão final, a Fase de Conclusão do fim da relação, serão apresentados os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação (EN Dor, Escala MASC e Escala CAMM) e a reflexão sobre as vivências, fatores facilitadores/dificultadores, resultados/ganhos da realização do programa (construído formulário *Google Forms*)³⁷. Após a sessão final, o programa prevê sessões *Follow-up*: 15 dias, 1, e 3 meses após o término do programa) e é feita a avaliação do programa MP2P (construído formulários *Google Forms*)³⁸.

O planeamento das sessões e os respetivos questionários (*Google Forms*) encontram-se descritos no manual do programa MP2P³⁹ onde pode consultar todos os pormenores: o tema, horário, duração e objetivos. Pode ainda, ser consultado: o guião para cada planeamento de sessão.

How much?

Neste momento, o custo de valor hora corresponde ao trabalho de um enfermeiro generalista que se encontra a obter o grau de mestre em ESMP, no entanto, prevê-se que este valor seja atualizado posteriormente, e com o impacto do projeto, coloca-se a possibilidade de ser integrado pelo menos mais um enfermeiro na equipa.

O cálculo dos tempos médios de execução de cada uma das intervenções e/ou atividades do enfermeiro aquando da realização deste projeto, teve por base a Proposta de valores de referência para as Dotações Seguras na Área da Especialidade de ESMP (OE, 2019).

Quanto à quantificação da necessidade de equipamentos como: cadeiras, almofadas, mantas e colchões, computador e colunas. Como materiais consumíveis: rolo de marquesa, lenços de papel, folhas brancas, canetas e lápis de cor. E prevê-se ainda, recorrer a mediadores como óleos vegetais e essenciais, em opção podem ser usados cítricos (limão e/ou laranja) ou ervas aromáticas (lavanda, alecrim e /ou eucalipto). No manual, pode encontrar-se a especificação dos equipamentos e materiais necessários a cada sessão.

³⁶ Práticas dos exercícios sugeridos na Sessão 1: <https://forms.gle/SEZdcENpBu1bzKHK6>

Práticas dos exercícios sugeridos na Sessão 2: <https://forms.gle/VRt8zRDsY2APBrTH9>

Práticas dos exercícios sugeridos na Sessão 3: <https://forms.gle/3kR9Xg8m4tfxDBmMA>

Práticas dos exercícios sugeridos na Sessão 4: <https://forms.gle/2v3tppxawwCpbbYTA>

Práticas dos exercícios sugeridos na Sessão 5: <https://forms.gle/aYBmWkFT89BE52N47>

Práticas dos exercícios sugeridos na Sessão 6: <https://forms.gle/GP65TfAze9YQEsxFA>

³⁷ Link da avaliação final do programa: <https://forms.gle/LuhPNVctaFdk5uny5>

³⁸ Link da avaliação da 1ª sessão *Follow-up*: <https://forms.gle/XHLttYnULuKZo1wV8>

Link da avaliação da 2ª sessão *Follow-up*: <https://forms.gle/agsCvhFqkMdcgNt57>

³⁹ Link com parte do Manual de Intervenção de ESMP MP2P - Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica: file:///C:/Users/PatriciaESanto/Downloads/9.9.23_Parte-do-manual-de-interven%C3%A7%C3%A3o-de-SMP_M2P.html

Tendo em conta os itens supracitados, deve ser solicitado o apoio para os materiais, equipamentos e os recursos humanos necessários, junto da Direção de Enfermagem em colaboração com os serviços de aprovisionamento e equipamentos.

How to measure?

Através da história clínica, da entrevista e da consulta do processo clínico e de enfermagem. Preenchimento de formulários no *Google Forms* de caracterização sociodemográfica e com os instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa (já anteriormente referidos): Avaliar a dor, através da EN Dor; Avaliar a ansiedade, através da Escala MASC; Avaliar a competência de *Mindfulness* através da Escala CAMM e Avaliar a satisfação através do Questionário de Satisfação.

6. RESULTADOS

Os resultados obtidos, e descritos neste capítulo referem-se aos objetivos definidos para o PMCQCE especializado em ESMP no que respeita à aplicação do Programa de Intervenção MP2P. Assim, decidi apresentar os resultados em três subcapítulos: caracterização dos participantes no programa e os dois objetivos gerais do PMCQCE, reportando em cada um, a consecução dos objetivos específicos previamente delineados.

Tratando-se de um PMCQCE, envolvendo a aplicação da metodologia científica e do processo de enfermagem, apresenta os resultados decorrentes da aplicação de metodologias qualitativas e quantitativas nas diferentes fases do mesmo, incluindo o diagnóstico, planeamento e execução, em consideração aos indicadores de processo e resultado.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Da população de adolescentes com dor crónica foram selecionados intencionalmente seis participantes através da aplicação dos critérios de elegibilidade, para integrarem o programa MP2P. Após as duas primeiras sessões uma das participantes desistiu de participar com o argumento do aumento da carga de trabalho escolar e a dificuldade na gestão do tempo na articulação do mesmo com a participação no programa. A este respeito referiu: *“Não consigo avançar no programa por causa das aulas... tenho muitos trabalhos e está a deixar-me muito stressada ter de faltar e vir às sessões” (P0)*.

Os adolescentes que participaram no MP2P tinham idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, sendo a idade média de 15,4 anos (DP=1,67), um do sexo masculino e quatro do sexo feminino, todos estão a frequentar a escolaridade obrigatória (8º e 9º do ensino básico e o 11º e 12º ano do ensino profissional).

De seguida, apresenta-se o resumo das características sociodemográficas (Tabela 1), em

que os participantes serão nomeados por uma codificação de letra e número.

Tabela 1 - Resumo das características sociodemográficas

Adolescentes	Idade	Sexo	Escolaridade	Tipo de ensino
P1	17	F	12 ^o	Profissional
P2	13	F	8 ^o	Regular
P3	17	F	10 ^o	Profissional
P4	15	F	10 ^o	Regular
P5	17	M	11 ^o	Profissional

Fonte: Elaboração própria

Na consulta de início da relação terapêutica na etapa de orientação, foi utilizado o guião de entrevista FIFE. Da análise temática do conteúdo das entrevistas emergiram **preocupações, ideias, percepções do impacto da dor crónica na sua vida, e expectativas face à evolução da sua situação de saúde e do apoio esperado** dos profissionais.

De forma geral, os adolescentes referem preocupações com a escola, saúde/doença, estados de ansiedade/nervosismo e com o futuro. Têm dificuldade em identificar sentimentos e emoções e na sua maioria guardam para si essas preocupações.

Quanto às **explicações das causas e sintomas**, dois dos adolescentes respondem não saber (P4; P5), alguns associam a dor e a ansiedade a problemas de saúde (P1; P3) e o stress foi apontado por dois participantes como causas dos sintomas e doença (P2; P3). Na globalidade as suas dores significam stress/preocupações e um dos adolescentes refere “*não consigo perceber*” (P5) e que, “*não tendo ideia da causa da doença*” (P4; P3; P5), um refere ter sido consequência do COVID (P2) e o outro atribui a situação atual aos seus “*problemas de saúde anteriores*” (P1).

Relativamente ao **funcionamento e impacto da doença no seu dia-a-dia**, os participantes referem sofrer impacto negativo da dor com limitações físicas e psicológicas na “*concentração e motivação*” (P3), “*atividades de vida diária*” (P1; P4), assim como, na vida das pessoas mais importantes. No impacto da dor, os adolescentes referem ter prescindido do “*desporto*” (P1; P4) e há quem refira “*não prescindo de nada, faço conforme as limitações*” (P5). Quanto aos objetivos de vida, o foco é colocado no terminar a escolaridade com sucesso.

Quanto às **expectativas**, na globalidade, os adolescentes, esperam do profissional ajuda para “*controlar a dor*” (P2; P5), “*contornar a ansiedade/stresse*” (P1; P3) e “*relaxar*” (P4). As opiniões dividem-se quanto à possibilidade de ajuda por parte dos profissionais, alguns consideram que os profissionais não os vão ajudar (P2; P3; P5) e outros referem que “*sim*” (P1; P4). Assim se divide também, a opinião dos adolescentes quanto às expectativas acerca do que irá acontecer com esta doença, entre “*não sei*” (P5), ou esperam que “*vai agravar*” (P2) e outros referem-se a esperanças colocadas nos tratamentos: “*aguardar a cirurgia que estou a aguardar...*” (P1).

Quanto ao que esperam do tratamento, referem “ficar mais tranquila acerca do meu problema” (P4), “aprendizagem para conseguir a viver melhor” (P1), “... maneiras simples para controlar a ansiedade que as possa usar no dia-a-dia” (P3), “... gerir melhor as minhas dores” (P2) e “controlar melhor a minha ansiedade” (P1; P5).

6.2. A CAPACITAÇÃO DO ADOLESCENTE PARA O AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE ASSOCIADA À DOR CRÓNICA ATRAVÉS DO PROGRAMA MP2P

6.2.1. Fase diagnóstica - Avaliação da dor, ansiedade e competência de *Mindfulness* dos adolescentes da CDCP

A avaliação diagnóstica que antecedeu à admissão ao MP2P incluiu a avaliação da intensidade da dor e dos sentimentos, cognições, funcionalidade e expectativas face à sua situação de saúde, a avaliação da ansiedade e da competência no uso do *Mindfulness*.

Dor

Observou-se a prevalência de dor moderada com uma média de intensidade de 5 (DP=1,00) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados da Escala EN Dor dos adolescentes da CDCP. Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão

Adolescentes	P1	P2	P3	P4	P5	
EN Dor	4	6	4	6	5	
Estatísticas Descritivas						
EN Dor	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
	5	4	6	5,00	5,00	1,00

Fonte: Elaboração própria

Ansiedade

A média da ansiedade do grupo de adolescentes observada na escala MASC foi de 54,60 (DP=21,94). Verifica-se uma grande dispersão de valores entre o mínimo de 39 (P2), correspondente a ansiedade normal e um máximo de 91 (P3), correspondente a uma ansiedade patológica, próxima do valor máximo da escala (117).

Na caracterização detalhada da média da ansiedade dos participantes realça-se o valor mais elevado obtido na dimensão da Ansiedade Social relativa ao fator Rejeição (M=1,72; DP=0,92), seguida do Evitamento do Perigo, no subfactor Perfeccionismo (M=1,70 DP=0,65). As médias mais baixas são relativas às dimensões: Ansiedade de Separação (M=0,67 DP=0,49) seguida dos Sintomas Físicos, que inclui os subfactores: Tensão/Inquietude (M=1,57 DP=0,76) e Somático/Autonómico (M=1,57 DP=0,84) (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados da Escala MASC dos adolescentes da CDCP. Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão

Adolescentes	P1	P2	P3	P4	P5
Escala MASC total	58	39	91	44	40
Estatística Descritiva					
Dimensões da MASC		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sintomas Físicos	Tensão	5	17	9,40	4,62
	Somáticos	5	18	9,40	5,03
Evitamento do perigo	Perfeccionismo	3	10	6,80	2,59
	Coping ansioso	6	10	7,80	1,48
Ansiedade Social	Rejeição	5	15	8,60	2,62
	Desempenho público	4	12	6,60	3,29
Ansiedade de Separação		2	12	6,00	4,42
Escala MASC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	5	38	91	54,60	21,94

Fonte: Elaboração própria

Competência de Mindfulness

Em resposta ao questionário de avaliação da competência de *Mindfulness* - CAMM, novamente destaca-se o adolescente (P3) com baixa competência de *Mindfulness* com um score: 13. Os restantes adolescentes apresentam ligeira competência de *Mindfulness* com scores de 20 (P5), 21(P1), 22 (P4) e 23 (P2) (Tabela 4).

Tabela 4 - Dados da Escala CAMM dos adolescentes da CDCP. Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão

Adolescente	P1	P2	P3	P4	P5
Escala CAMM	21	23	13	22	20
Estatística Descritiva					
Perguntas da Escala CAMM		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1. Fico zangado comigo próprio/a por ter sentimentos que não fazem sentido		0	3	1,60	1,14
2. Na escola vou de umas aulas para as outras, sem me aperceber lado do que estou a fazer		0	3	1,80	1,10
3. Mantenho-me tão ocupado/a que não me apercebo dos pensamentos ou sentimentos		0	4	2,40	1,52
4. Digo a mim próprio/a que não deveria sentir como me sinto		2	4	2,40	0,89
5. Afasto de mim pensamentos que me desagradam		2	3	2,40	0,55
6. É difícil para mim prestar atenção a uma só coisa de cada vez		1	3	2,00	1,00
7. Penso em coisas que aconteceram no passado em vez de pensar nas coisas que me estão a acontecer no momento presente		0	2	1,40	0,89
8. Fico zangado/a comigo próprio/a por ter determinados pensamentos		0	3	1,80	1,10
9. Penso que alguns dos meus sentimentos são maus e que eu não os devia ter		1	3	1,80	0,84
10. Proíbo-me de ter sentimentos de que não gosto		1	3	2,20	0,84
Escala CAMM	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	5	13	23	19,80	3,96

Fonte: Elaboração própria

6.2.2. Fase de planeamento e execução - Avaliação da dor, ansiedade e satisfação dos adolescentes da CDCP

A cada sessão do programa foi realizada a avaliação da dor, ansiedade (autorrelato com base na EN Dor e escala numérica de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a “Nada ansioso” e 10 corresponde a “Extremamente ansioso”) e da satisfação perante a sessão (escala numérica de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a “Nada satisfeito” e 10 “Totalmente satisfeito”). Também foi pedido uma palavra para classificar as sessões (Tabela 5).

Tabela 5 - Dados relativos à avaliação da dor, ansiedade (antes e após intervenção) e satisfação dos adolescentes ao longo das seis sessões do programa MP2P

Sessão	Adolescentes	EN		Ansiedade		Satisfação	Palavra
Sessão 1	P1	6	3	4	0	10	Tranquilidade
	P2	4	1	3	0	10	Relaxante
	P3	4	3	4	1	9	Calma
	P4	4	1	3	0	8	Calma
	P5	4	1	3	0	7	Tranquilidade
Sessão 2	P1	7	4	4	0	10	Calma
	P2	4	2	9	0	10	Tranquilizadora
	P3	3	3	4	3	8	Calma
	P4	5	5	3	3	9	Relaxante
	P5	3	2	2	0	8	Tranquilidade
Sessão 3	P1	6	4	4	1	8	Paz
	P2	5	4	3	2	10	Confiante
	P3	3	3	5	4	9	Serena
	P4	5	4	3	2	8	Serena
	P5	4	5	3	0	7	Tranquilidade
Sessão 4	P1	8	5	3	1	8	Calma
	P2	4	4	2	2	9	Tranquila
	P3	7	6	4	3	6	Dolorosa
	P4	5	4	2	2	9	Calma
	P5	4	5	3	0	7	Paz
Sessão 5	P1	7	3	4	0	9	Partilha
	P2	7	1	2	0	10	A despedida
	P3	7	6	4	3	10	Relaxante
	P4	6	6	2	2	9	Calma
	P5	5	5	2	2	8	Tranquilidade
Sessão 6	P1	6	4	4	1	10	Partilha
	P2	2	0	2	0	10	Atenção
	P3	8	7	4	3	9	Reconfortante
	P4	5	4	3	2	8	Relaxante
	P5	6	5	3	1	9	Tranquilidade

Fonte: Elaboração própria

Analisando os dados, todos os adolescentes se apresentaram bastante satisfeitos com as sessões e com mudanças de scores da ansiedade e dor, verbalizando palavras positivas (com a exceção de P3 que numa sessão referiu “*dolorosa*”). No entanto, mesmo que na globalidade dos adolescentes o nível de dor, antes e depois da intervenção da sessão tenha diminuído, houve sessões onde o nível de dor se manteve (P3; P4; P5) e outro em que

aumentou (P5). O caso do adolescente P3 manteve a dor em duas sessões e nas duas últimas sessões, referiu dor acima do nível moderado, sem melhoria após intervenção alocada à sessão, referindo “*dor intensa do joelho esquerdo*” (dor que tem sido frequente, sem noção de traumatismo associado). Após a saída dos adolescentes foi realizada massagem ao joelho e acupressão de alguns pontos, tendo revertido o nível de dor para 5). O adolescente P5, na sessão 4 referiu aumento da intensidade da dor após a intervenção do programa, “*sinto dores em exercícios em pé*”.

É evidenciada na globalidade a diminuição da ansiedade em todos os adolescentes após todas as intervenções do programa, atingindo scores 0, com as intervenções propostas do programa MP2P (Tabela 5).

Ao longo de cada uma das sessões do programa MP2P, os adolescentes foram convidados a realizarem atividades em casa, para que houvesse a integração do *Mindfulness* no dia-a-dia. À realização das mesmas, foi associada a construção de um portefólio de ansiedade e dor, com a identificação do nível de dor, as estratégias farmacológicas e não-farmacológicas usadas para o controlo da dor, especificando quais as estratégias de autocontrolo de ansiedade usadas e, por fim, a avaliação do nível de satisfação com as atividades terapêuticas sugeridas (Tabela 6).

Dos dados observados, salienta-se que a adesão às atividades terapêuticas propostas para casa foi de 100%, no entanto é de referir que com um dos adolescentes, foi necessário recorrer a lembretes por email, telemóvel e pessoa significativa (mãe).

Na globalidade dos adolescentes, ocorreu diminuição de intensidade de dor e ansiedade. Para o autocontrolo da dor e ansiedade recorreram em simultâneo a técnicas farmacológicas e não farmacológicas, demonstrando cada um dos adolescentes capacidade na gestão do regime terapêutico.

Relativamente às Técnicas Cognitivo Comportamentais, só na primeira sessão é que não usaram nenhuma, depois ao longo do programa recorreram às técnicas respiratórias e alongamentos específicos da coluna, para gerir a ansiedade e a dor.

Analisando os dados, os adolescentes referem diminuição da ansiedade. Relativamente à dor, houve um aumento nas sessões 3, 4 e 5, com uma diminuição na sessão 6. De referir que concomitantemente estas sessões coincidiram com semanas de avaliação escolar.

Tabela 6 - Dados relativos à avaliação das atividades terapêuticas sugeridas para casa a cada sessão do programa MP2P.

Sessão	Atividade Terapêutica		Média Ansiedade	Média Dor	Regime Terapêutico			Média Satisfação	Sentimento r/c a atividade terapêutica
	Opção escolhida	n.º de adolescentes			Medicamentos	Não medicamentos	TCC do MP2P		
1	1	3	4,40	4,40	X		Nenhuma	10	Relaxamento, calma, consciência, leveza.
	2	1							
	3	1							
2	1	1	3,00	4,40	X	X	Respiração consciente Respiração abdominal Distração: ler, ver filmes	10	Leveza, tranquilidade, paz, relaxamento.
	2	3							
	3	1							
3	1	4	2,00	5,20		X	Respiração consciente Respiração abdominal	9	Tranquilidade, segurança, calma
	2	1							
	3	2							
	4	3							
4	1	2	3,00	5,20	X	X	Respiração consciente Respiração abdominal	8	Calma, concentração, tranquilidade, relaxamento.
	2	2							
	3	3							
	4	2							
5	1	3	3,60	6,40		X	Respiração consciente Alongamentos da coluna com atenção plena	7	Relaxamento, leveza, concentração.
	2	1							
	3	1							
	4	3							
6	1	3	2,60	4,80	X	X	Respiração	9,8	Calma, motivação, relaxamento, partilha.
	2	5							
	3	2							
	4	1							

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à avaliação da satisfação das atividades terapêuticas sugeridas para casa a cada sessão do programa MP2P (Tabela 7), a média observada foi 8,73 (DP=0,75). Salienta-se que na sessão 4 foi observada a média mais baixa de 7,80 (DP=1,30).

Tabela 7 - Dados relativos à avaliação da satisfação das atividades terapêuticas sugeridas para casa a cada sessão do programa MP2P

Estatísticas Descritivas					
Atividades terapêuticas sugeridas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sessão 1	5	7	10	8,80	1,30
Sessão 2	5	8	10	9,00	1,00
Sessão 3	5	7	10	8,40	1,14
Sessão 4	5	6	9	7,80	1,30
Sessão 5	5	8	10	9,20	0,84
Sessão 6	5	8	10	9,20	0,84
Total	5	7,83	9,67	8,73	0,75

Fonte: Elaboração própria

Dos exercícios sugeridos na sessão grupal, um deles – exercício de *Mindfulness*: Movimentos conscientes com atenção plena (realizado em pé), teve impacto negativo na satisfação, dois dos adolescentes referiram “*Difícil estar de pé*” (P5) “*Senti-me dorida por*

estar de pé, fiquei com dores no joelho e nos ombros” (P3). A maior satisfação foi nas sessões 5 e 6, ambas com uma média de 9,20 (DP =0,84), seguida da sessão 2 com média de 9,00 (DP=1,00).

6.2.3. Fase de avaliação - Avaliação final da dor, ansiedade e satisfação dos adolescentes da CDCP

Após a implementação do programa MP2P, foi avaliado o seu impacto em cada um dos adolescentes. Foram novamente avaliadas as escalas: EN Dor, MASC e CAMM. Na seguinte tabela são apresentados os dados relativos às escalas: MASC, CAMM e EN Dor, no início e final da implementação do programa MP2P por adolescente (Tabela 8).

Tabela 8 - Dados relativos à diferença dos scores relativos às escalas: MASC, CAMM e EN Dor, antes e após a implementação do programa MP2P por adolescente

Adolescentes	Escala MASC		Escala CAMM		EN Dor	
	Início	Final	Início	Final	Início	Final
P1	53	56	21	22	4	3
P2	39	49	23	22	6	1
P3	91	97	13	5	4	7
P4	45	52	22	21	6	4
P5	43	55	20	19	5	5

Fonte: Elaboração própria

Avaliado o impacto do programa MP2P no grupo, após a implementação das seis sessões grupais (Tabela 9), é de referir que: relativamente à dor ocorreu uma redução da intensidade, observada a média na escala EN dor de 4,00 (DP=2,24) (todos os adolescentes relataram diminuição de dor, à exceção de P3).

Relativamente à ansiedade do grupo, foi observado um aumento, com uma média de 61,40 (DP=19,22), refletindo-se maior agravamento na dimensão dos Sintomas Físicos (subfactor da Tensão, comum a todos os adolescentes à exceção do P1), na dimensão do Evitamento (subfactor do Perfeccionismo, comum a todos os adolescentes à exceção do P1, que manteve e P4, que diminuiu), na dimensão da Ansiedade Social (subfactor da Rejeição, comum a todos à exceção do P1, que manteve e P3 que diminuiu) e na última dimensão relativa à Ansiedade de Separação (em todos os adolescentes). Também na globalidade, todos apresentaram menor competência de *Mindfulness*, à exceção do adolescente P1, refletindo-se maior agravamento nos comportamentos de não aceitação e não controlo do pensamento de concentração/atenção plena como evidenciam os scores das questões 4, 5, 6, 9 e 10 da escala CAMM.

O aumento do score total das referidas escalas pode estar relacionado, com a intervenção em contexto grupal, em que cada adolescente toma consciência da sua dor e dos seus níveis de ansiedade, podendo exacerbar a perceção desses mesmos níveis, aquando do

preenchimento dos instrumentos de avaliação (dimensões, subfactores).

Neste contexto, é de referir que ocorreram melhorias em algumas dimensões da escala da ansiedade - MASC. Mesmo tendo coincidido com as últimas sessões do programa de intervenção, a exigência de preocupação em contexto escolar (provas de avaliação), acompanhada com a expressão de sentimentos de preocupação com a escola, as notas e o terminar o período com sucesso (como já anteriormente foi referido), ocorreu diminuição nas médias: da dimensão de “Evitamento do Perigo” e subfactor “*Coping Ansioso*”, assim como, na dimensão de “Ansiedade Social” e subfactor “Desempenho Público”, acompanhado com mudança corporal que observou em alguns adolescentes apresentando uma postura mais erétil, ombros mais abertos e com a verbalização de “*Sinto-me mais confiante*” (P2, P1), “*Sinto que falo mais nas aulas*” (P2), “*Sinto que não me reservo tanto... foi mais fácil apresentar os trabalhos*” (P1). Da mesma forma, acontece com a competência *Mindfulness*, refletindo maior capacidade de autocontrolo pelos pensamentos de “zanga” e ainda, pela capacidade de estarem mais presentes no momento presente, refletindo melhoria nos scores das questões 1 e 2 da escala CAMM.

Na seguinte tabela, são apresentados os dados relativos aos scores totais das escalas: intensidade da dor (EN Dor), ansiedade (MASC) e Competência de *Mindfulness* (CAMM), relativamente ao início e final da implementação do programa MP2P (Tabela 9). É também avaliada a satisfação final do programa.

Relativamente à avaliação final do programa MP2P é interessante analisar resumidamente as respostas dos adolescentes. A opinião sobre os objetivos e funcionamento evidencia a importância deste programa, considerando esta “*formação interessante*” (P1; P2) e “*com conteúdos úteis para o dia-a-dia*” (P3; P5). Quanto ao desempenho do enfermeiro responsável, dois dos adolescentes referiram sentir-se fortemente satisfeitos e os outros três, plenamente satisfeitos, evidenciando três características pessoais e profissionais da enfermeira: “*capacidade de motivar*” (P3; P5), “*demonstração de interesse pelas dificuldades*” (P1) e o “*bom relacionamento estabelecido*” (P2).

Deixaram comentários como: “*gostei muito destas sessões*” (P2); “*muito bom*” (P5); “*julgo que foi um programa que nos ajudou, naquele tempo, a deixar de lado certas preocupações e podermos sentir as coisas como deve ser, que é algo importante*” (P3).

Como sugestões, escreveram: “*não fazer duas vezes por semana*” (P2), “*fazer só exercícios sentado ou deitado*” (P1), “*... encurtar o tempo dos exercícios de pé...*” (P3; P5). E, que recomendariam o programa, a “*alguns amigos*” (P2), “*à irmã*” (P1) e a “*toda a gente que lidar com ansiedade no quotidiano*” (P3).

Tabela 9 - Dados relativos à avaliação final, estatísticas descritivas da avaliação das escalas: EN Dor, MASC (por dimensões e subfactores) e CAMM (por pergunta) no início e fim do programa MP2P

Estatísticas Descritivas										
Escala Numérica da Dor			Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
			Início	Final	Início	Final	Início	Final	Início	Final
Total	N	5	5	1	6	7	5,00	4,00	1,00	2,24
Escala MASC			Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
			Início	Final	Início	Final	Início	Final	Início	Final
Sintomas Físicos	Tensão		5	7	17	18	9,40	11,80	4,62	0,78
	Somático		5	8	18	18	9,40	10,40	5,03	0,71
Evitamento do perigo	Perfeccionismo		3	4	10	12	6,80	7,40	2,59	0,78
	Coping Ansioso		6	6	10	11	7,80	7,60	1,48	0,39
Ansiedade Social	Rejeição		5	6	15	15	8,60	9,20	4,62	0,71
	Desempenho Público		4	2	12	12	6,60	6,40	3,29	0,95
Ansiedade de separação			2	5	12	14	6,00	8,60	4,42	0,42
Total	N	5	38	47	91	95	54,60	61,40	21,94	19,22
Escala CAMM			Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
			Início	Final	Início	Final	Início	Final	Início	Final
1. Fico zangado comigo próprio/a por ter sentimentos que não fazem sentido			0	1	3	2	1,60	1,80	1,14	0,45
2. Na escola vou de umas aulas para as outras, sem me aperceber lado do que estou a fazer			0	0	3	3	1,80	2,00	1,09	1,23
3. Mantenho-me tão ocupado/a que não me apercebo dos pensamentos ou sentimentos			0	0	4	4	2,40	2,40	1,52	1,52
4. Digo a mim próprio/a que não deveria sentir como me sinto			2	0	4	3	2,40	1,60	0,84	1,14
5. Afasto de mim pensamentos que me desagradam			2	1	3	3	2,40	2,00	0,55	0,71
6. É difícil para mim prestar atenção a uma só coisa de cada vez			1	0	3	2	2,00	1,00	1,00	1,00
7. Penso em coisas que aconteceram no passado em vez de pensar nas coisas que me estão a acontecer no momento presente			0	0	2	2	1,40	1,40	0,89	0,89
8. Fico zangado/a comigo próprio/a por ter determinados pensamentos			0	1	3	3	1,80	1,80	1,09	0,84
9. Penso que alguns dos meus sentimentos são maus e que eu não os devia ter			1	0	3	2	1,80	1,60	0,84	0,89
10. Proíbo-me de ter sentimentos de que não gosto			1	1	3	3	2,20	2,00	0,84	0,71
Total	N	5	13	5	23	22	19,80	17,60	3,96	7,23

Fonte: Elaboração própria

Nota: círculo verde (score melhorou) e círculo vermelho (score piorou).

6.2.4. Fase de avaliação das consultas *Follow-up* - Avaliação da dor, ansiedade e satisfação dos adolescentes da CDCP

Relativamente ao autocontrolo de ansiedade, avaliada pela escala NOC, os adolescentes mostraram capacidade de monitorizar a intensidade da ansiedade, identificando as situações mais propícias ao seu aparecimento (ganho de consciência), recorrendo na globalidade às técnicas terapêuticas ensinadas no programa MP2P. Quanto às monitorização das manifestações físicas de ansiedade, os adolescentes refletiram melhoria da ansiedade (e da dor), verbalizando “*Regular ou controlar a ansiedade*” (P3), “*Sinto-me menos ansiosa*” (P4), “*Controlo melhor a minha ansiedade*” (P5). Relativamente ao controlo

da reação à ansiedade, a globalidade dos adolescentes verbalizou melhor capacidade para gerir a ansiedade com o uso das técnicas terapêuticas básicas sugeridas, evidenciando as técnicas de: Respiração Consciente, Respiração Abdominal, Alongamentos Específicos com Atenção Plena e a escovagem dos dentes com Atenção Plena.

Quanto às manifestações somáticas, salienta-se que os adolescentes reconhecem os sintomas físicos e comportamentais da ansiedade e a relação simbiótica entre ansiedade e dor, no entanto é de salientar as mudanças mais significativas nos adolescentes P3 e P5. No P3 demonstrou melhor capacidade de “*Controle da reação à ansiedade*”, mesmo verbalizando dor intensa (NOC Autocontrole da ansiedade) e no P5 com a melhoria na “*Monitorização de manifestações físicas e comportamentais*” (tinha um discurso muito pobre e não identificava os sintomas relacionados com a ansiedade, pelo que não tinha controlo da reação à ansiedade).

A manifestação de redução do nível de ansiedade foi verbalizada na globalidade dos adolescentes por diminuição da sensação de nervosismo, tensão e desconforto. Os adolescentes também manifestaram maior capacidade no controlo da dor, usando medidas preventivas - reajustando práticas de exercício físico (P2), da adoção de posturas mais ergonómicas (P2; P3; P5), melhor gestão do regime terapêutico (medicamentoso (P2; P5) e não medicamentoso), recorrendo a técnicas cognitivo-comportamentais sustentadas em intervenções baseadas em *Mindfulness*. Os adolescentes referem manter a prática das atividades terapêuticas sugeridas no programa MP2P: “*Respiração*” (P1; P2; P3), “*Respiração controlada e alongamento da coluna*” (P2; P4; P5), “*Escovagem dos dentes com Atenção Plena*” (P2; P5), “*Exercícios de Mindfulness*” (P1; P3).

Na Tabela 10 são apresentados os resultados obtidos da avaliação das consultas *Follow-up*. Ao longo das consultas *Follow-up* os valores de intensidade de dor e de ansiedade diminuíram, os adolescentes manifestaram os seguintes sentimentos: “*Estou muito bem* (P1; P2), “*Sinto-me cada vez melhor desde que comecei a fazer este programa*” (P1). “*Sinto-me bastante melhor e estou muito tranquila e sinto-me mais calma*” (P1), “*Consigo respirar fundo e usar as técnicas de respiração, ajudando-me a tentar encarar os meus problemas de outra perspetiva e tomar decisões mais acertadas*” (P3), “*Sinto-me menos ansiosa*” (P4), “*Mudou a minha ansiedade... consigo controlar melhor a minha ansiedade*” (P5).

Na 1ª consulta *Follow-up* foram negociados alguns desafios por forma a melhorar o autocontrolo. Relativamente aos adolescentes P3 e P5, foram sugeridas atividades terapêuticas para melhorar a ansiedade e a dor. Na adolescente P3 que referiu “*Conseguí usar as técnicas de respiração para me acalmar quando estou mais ansiosa ou stressada com alguma coisa; a maior parte das vezes funciona*”, foi negociado treinar e executar a

Técnica de Respiração Abdominal antes de dormir, por forma a criar o hábito (sendo uma técnica que reconhece e já executa em SOS), como estratégia para induzir o relaxamento para dormir (esta adolescente apresenta insónia inicial).

No caso do adolescente P5, o desafio foi de incrementar a prática de alongamentos específicos no horário que foi combinado (antes do jantar) para alívio da dor e a prática da atenção plena quando se senta (adota frequentemente postura incorreta e pouco ergonómica), este adolescente praticava o exercício de atenção plena da escovagem dos dentes e técnica de respiração consciente, de forma consistente todos os dias.

Salienta-se que P1 refere fazer as práticas de forma aleatória *“Faço todos os exercícios em geral, seguindo a sugestão das sessões”* e refere *“É uma experiência incrível e acho todos os que se sentem mais cansados e mais infelizes deviam experimentar”* (adolescente visivelmente com mais dificuldades por patologias várias). P3 referiu

“Consigo respirar fundo e usar as técnicas de respiração, ajudando-me a tentar encarar os meus problemas de outra perspetiva e tomar decisões mais acertadas” (...) “as técnicas da respiração abdominal, os alongamentos específicos e a escovagem dos dentes, permitiram sentir-me melhor, tanto das dores como da ansiedade... só quando tenho treinos de dança mais intensos é que fico com mais dores”,

pelo que foi negociado o esquema de analgesia em SOS e ajuste de tempos de treinos (que tende a recusar).

Constata que cada vez mais é pertinente a abordagem da ansiedade e a dor, eles são sintomas comuns frequentes no dia-a-dia, podendo causar impacto em algumas atividades de vida diária e interferir na qualidade de vida em idade adulta.

No seguimento das intervenções, a sua monitorização e avaliação, os adolescentes foram evidenciando melhoria ligeiras nos scores (mesmo que nos instrumentos de avaliação passados no início e final do programa, não se evidenciem essas mudanças).

As práticas de técnicas cognitivo-comportamentais como o *Mindfulness*, caso estejam integradas na rotina no dia-a-dia, podem facilitar a gestão e o autocontrolo da dor e da ansiedade, corroborando a necessidade de consciencialização do processo de ansiedade e dor. Esta consciencialização sobre a problemática da ansiedade e dor nos adolescentes com dor crónica, é esplanada na caracterização da população em estudo, em que é evidenciada a prevalência de níveis de dor e ansiedade.

Assim, o ensino, o treino e a execução das técnicas terapêuticas, visam a capacitação dos adolescentes, por forma, a facilitar a adesão e a integração na vida diária, estas são estratégias simples, objetivas, de curta duração e de fácil concretização.

Tabela 10 - Dados relativos às consultas *Follow-up*, estatísticas descritivas da avaliação das escalas: EN Dor, MASC (por dimensões e subfactores) e CAMM (por pergunta) na 1ª (15 dias) e 2ª consultas (1 mês) após a implementação do programa MP2P

Estatísticas Descritivas										
E N Dor			Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
			1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Total	N	5	4	--	8	--	5,80	--	1,64	--
	N	4	--	3	--	4	--	3,5	--	0,58
Escala MASC			Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
			1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Sintomas Físicos	Tensão		5	6	18	18	11,20	10,00	4,76	5,66
	Somático		5	5	18	17	10,20	8,75	4,76	5,56
Evitamento do perigo	Perfeccionismo		5	3	10	9	6,60	6,00	1,95	2,94
	Coping Ansioso		7	6	11	11	8,00	7,75	1,73	2,36
Ansiedade Social	Rejeição		4	4	14	15	8,00	8,25	4,00	4,79
	Desempenho Público		4	4	12	12	6,60	5,75	3,13	3,59
Ansiedade de separação			5	4	15	9	8,80	6,50	4,30	2,08
Total	N	5	43	--	90	--	59,40	--	18,01	--
	N	4	--	36	--	80	--	54,00	--	19,95
Escala CAMM			Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
			1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
1. Fico zangado comigo próprio/a por ter sentimentos que não fazem sentido			1	0	3	4	1,80	2,00	0,84	1,63
2. Na escola vou de umas aulas para as outras, sem me aperceber lado do que estou a fazer			0	0	3	3	2,00	1,75	1,41	1,50
3. Mantenho-me tão ocupado/a que não me apercebo dos pensamentos ou sentimentos			0	4	0	4	2,20	2,25	1,48	1,71
4. Digo a mim próprio/a que não deveria sentir como me sinto			1	0	2	2	1,80	1,25	0,45	0,96
5. Afasto de mim pensamentos que me desagradam			1	0	2	3	1,80	2,00	0,45	1,41
6. É difícil para mim prestar atenção a uma só coisa de cada vez			0	0	2	2	0,80	0,75	1,09	0,96
7. Penso em coisas que aconteceram no passado em vez de pensar nas coisas que me estão a acontecer no momento presente			0	0	3	2	1,40	1,25	1,14	0,96
8. Fico zangado/a comigo próprio/a por ter determinados pensamentos			1	1	3	2	2,00	1,75	1,00	0,50
9. Penso que alguns dos meus sentimentos são maus e que eu não os devia ter			1	1	3	2	2,20	1,75	0,84	0,50
10. Proíbo-me de ter sentimentos de que não gosto			1	1	4	4	2,60	2,25	1,34	1,26
Total	N	5	6	--	25	--	18,60	--	7,60	--
	N	4	--	10	--	25	--	17,00	--	6,16

Fonte: Elaboração própria

Nota: círculo verde (score melhorou) e círculo vermelho (score piorou).

7. MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

A consciencialização sobre a problemática da ansiedade e dor nos adolescentes com dor crónica, é esplanada na caracterização da população em estudo, em que é evidenciada a prevalência de níveis de dor e ansiedade.

Face aos resultados obtidos, o projeto abre uma janela de oportunidade para a valorização da capacitação dos adolescentes de técnicas de autocontrolo da ansiedade e dor, baseado em terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração terceira geração, evidenciando a

importância de atender à saúde em geral e particularmente à saúde mental, pelo que tem como desígnio integrar-se como EEESMP na CDCP.

Assim, propõe dinamizar formação contínua: em serviço e interdisciplinar, formando outros enfermeiros, médicos e pais, destas técnicas terapêuticas. Como EEESMP tem como intenção implementar o programa de intervenção MP2P, com as atualizações adequadas, com reajustes nas sessões, como por exemplo: espaçamento de bissemanal para semanal, realizar algumas sessões em formato online, realizar consulta individual em situações pertinentes e colocar como reforço pelo menos mais duas sessões (para integrar a rotina e o hábito).

Sente ser importante, fazer uma proposta de integrar os diagnósticos: autocontrolo da ansiedade, consciencialização comprometida e *coping* comprometido com as intervenções: aconselhamento, entrevista motivacional, melhoria da autocompetência. melhoria do *coping*, técnica de reestruturação cognitiva, intervenção em grupo, promoção da capacidade de resiliência, com os resultados: autocontrolo, redução dos níveis de ansiedade e dor, usando a linguagem de enfermagem classificada.

Corroborando a preocupação contínua das instituições de saúde, pela busca da qualidade da prestação dos cuidados em saúde e pelo investimento na melhoria estrutural, organizacional, e capacitação dos profissionais para o aperfeiçoamento dos seus processos de trabalho (Danno et al., 2021) . Neste contexto, propõe a realização de investigação através de um estudo longitudinal em método misto.

Gostaria de mencionar que devido à contingência de mudanças de diretor de serviço, foi desafiante implementar o programa, tendo estado desde maio de 2022 até fevereiro de 2023 para obter parecer. Nomeadamente, também a carência de recursos humanos na consulta, tiveram implicações negativas na dinamização do programa. Sente ser essencial efetuar uma reflexão sustentada na análise SWOT: **Strengths** (forças: pontos fortes do ambiente interno), **Weaknesses** (fraquezas: pontos fracos no ambiente interno), **Opportunities** (as oportunidades do ambiente externo) e **Threats** (as ameaças do ambiente externo), com o objetivo de realizar o planeamento estratégico de melhoria.

A figura seguinte (Figura 6) ilustra a análise SWOT do PMCQCE especializado em ESMP do programa MP2P – Autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP



Figura 6 – Análise SWOT do PMCQCE especializados em ESMP do programa MP2P
 Fonte: Elaboração própria

8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO E EDUCAÇÃO EM ESMP

Tendo por base a metodologia de projeto, o programa MP2P procurou capacitar os adolescentes para o autocontrolo da ansiedade e dor, através de uma abordagem assente na aprendizagem colaborativa e cooperativa, ativa e experiencial. É um projeto alinhado aos padrões de qualidade em ESMP, nomeadamente nos enunciados descritivos relativos à satisfação do utente, promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação e readaptação, organização dos cuidados de enfermagem e relação psicoterapêutica (OE, 2017).

Tais premissas, permitiram a construção da prestação de cuidados de enfermagem, envoltos num ambiente saudável promotor de SM através da promoção de competências, como: o sentimento de segurança, a autonomia, a adaptabilidade, a capacitação para gerir o stresse, a autoconsciência, a autoestima, a autoconfiança, a relação pessoal e interpessoal, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância, almejando a promoção da literacia em SM e concomitantemente o equilíbrio e bem-estar do adolescente.

Foi extremamente gratificante acompanhar este grupo de adolescentes. Divulgar e refletir os resultados obtidos com os adolescentes e alguns pais, foi empoderador e potenciador do atingir o objetivo máximo que é o autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica.

Reconhecer a importância da consciência e a aquisição de competências para o autocontrolo da ansiedade e gestão da dor, levando a um novo padrão de integração, em que o adolescente, reconhece: que a dor não ameaça a sua identidade, que estas intervenções promovem o fortalecimento da consciência corporal e relembram a importância da autoresponsabilização pelo autocuidado e bem-estar.

Um programa é como um percurso, no qual, foi devolvido aos adolescentes que, os pensamentos não têm a dor como foco e que eles próprios, devem assumir um papel ativo nas suas vidas, ressignificando a adoção da nova possibilidade de um novo estilo de vida, usando como recurso algumas das estratégias terapêuticas de forma autónoma, sugeridas no programa MP2P.

Todo este processo foi evidenciado neste programa de intervenção, onde a expressão de sentimentos/emoções positivas e a mudança física e de comportamentos, foram uma das primazias da manifestação de uma melhor qualidade de vida destes adolescentes. Os momentos de partilha de sucesso com os adolescentes e pais, alimentaram a motivação e o reconhecimento, de ambas as partes, empoderando a relação terapêutica profissional, entre adolescente, família e profissional. Celebrando ambos, estes sucessos e vitórias.

Os resultados foram partilhados com a equipa da CDCP, que reconheceu a sua importância enquanto facilitadora no processo de aquisição de estratégias terapêuticas eficazes no autocontrolo da ansiedade, integrando o programa nos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, foi realizado novo agendamento do Programa de Intervenção MP2P, para dezembro de 2023 (época de férias letivas) com os reajustes e as medidas corretivas sugeridas como críticas construtivas, resultantes dos *feedbacks* recebidos.

Pretende divulgar os resultados com os restantes serviços, bem como, realizar comunicação livre, póster e publicação de artigo, no sentido de disseminar a evidência e investigação na área de SM enquadrada em contextos diferenciados e populações vulneráveis, cada vez mais transversal aos diversos contextos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução deste relatório permitiu consolidar conhecimentos adquiridos quer a nível teórico, quer a nível prático, aliados à consciência de que podemos sempre aperfeiçoá-los. Foi um momento de empoderamento como pessoa e profissional. Todo este percurso é a concretização da comprovação da importância do cuidar holístico sustentado na base da evidência científica.

Conclui um ciclo de estudos, de um percurso de investimento pessoal e profissional, no reconhecimento profundo do saber-ser, do saber-saber e saber-fazer, consciente de que este processo de crescimento vai de encontro a alguns pressupostos que comandam a sua vida, ou seja: nada está tão bom que não possa ser melhorado; um é maior que zero; e se algo não está a dar certo, muda a estratégia, mas não o objetivo.

Trabalhar em pediatria sempre a motivou a nível pessoal e profissional. Sente que consegue, com abertura e acolhimento, estabelecer uma relação de ajuda formal e informal com a criança, jovem e família. Suportada por Benner (2005), reconhece no seu percurso profissional, uma prática evolutiva de avançado a perito, com procura e evidencia de saberes nos vários domínios científico, técnico e prático da profissão. Os cuidados complexos são por si vivenciados de forma fluída. Hoje, com maior consistência científica e pensamento crítico, permitindo uma intervenção mais objetiva e com maior visibilidade.

Todas as intervenções realizadas nos contextos de prática clínica, foram sustentadas na evidência científica, procurando partilhas inovadoras práticas, o que permitiu o desenvolvimento das competências especializadas do EEESMP nos diversos domínios (Regulamento n.º 515/2018, 2018). A consolidação destas competências ocorreu através: da realização da sua mobilização como instrumento terapêutico, empregando intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, em resposta às necessidades da pessoa, criança, adolescente, família e comunidade; e, com a realização do projeto de melhoria contínua em ESMP, centrado no autocontrolo da ansiedade no adolescente com dor crónica da CDCP.

A realização deste projeto consistiu num grande desafio pessoal e profissional, que foi de encontro à busca da qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, confluindo para um ciclo de mudança e reflexão em saúde (Danno et al., 2021; Martins et al., 2022). Assim, com base na metodologia do projeto, foi implementando e avaliando o mesmo, sempre na procura de novos saberes, contribuindo desta forma, para o aumento do conhecimento científico e da prática baseada na evidência.

Relativamente à aplicação do Ciclo de Deming e a metodologia 5W3H, foram ferramentas

que lhe permitiram operacionalizar, verificar e validar o impacto das intervenções do programa nos adolescentes da CDCP com ansiedade. Particularmente a segunda ferramenta, permitiu-lhe delinear de forma mais organizada, a implementação do programa MP2P, reconhecendo as suas ações, definindo responsabilidades, métodos de execuções, prazos e recursos associados.

Face aos resultados obtidos, o projeto demonstra a importância da valorização dos cuidados de ESMP nos diferentes contextos de prática clínica, evidenciando a importância de atender à saúde em geral e à saúde mental em particular, dos adolescentes da CDCP, corroborando as premissas dos autores: Racine et al (2021), Shaygan e Jaber (2022) e Mano (2017).

Com a implementação do programa de intervenção MP2P, através das intervenções de psicoterapêuticas, com recurso a técnicas cognitivo-comportamentais sustentadas em intervenções baseadas em *Mindfulness*, constatou a melhoria nos processos de autoconsciência (Sampaio et al., 2018); de autocontrolo da ansiedade (Chen et al., 2017; Nardi et al., 2020; Rusky, 2021) ; de resignificação, autogestão, melhor bem-estar e qualidade de vida (Freitas & Mendes, 2021) com contributos no evitamento da catastrofização da dor (Friedrichsdorf et al., 2016). Sendo este programa impacto positivo, traduzindo ganhos em saúde nos adolescentes da CDCP com ansiedade (Curtin & Norris, 2017; Gherardi-Donato et al., 2019; Goldin & Gross, 2010; Rademaker et al., 2019) . O programa MP2P contribui para a capacitação dos adolescentes, demonstrando maior comprometimento no seu autocuidado, que foi impulsando por terem mantido uma prática regular, atingindo bem-estar e a satisfação pessoal (Beauchemin et al., 2008; Breedvelt et al., 2019; Oliveira & Menezes, 2022; Palermo et al., 2016).

Salienta a prestação de cuidados de qualidade, na qual se tornou fulcral o desenvolvimento do autoconhecimento e a capacidade reflexiva dos diversos papéis adotados, tanto de facilitadora, como de formadora, líder ou pessoa de recurso, assentes nas teorias: das Relações Interpessoais de Peplau, Teoria da Relação Pessoa-a-Pessoa de Joyce Travelbee e o Modelo de *Tidal* de Phil Baker (Modelo de Recuperação e Empoderamento no Cuidado em Saúde Mental). Nas diversas práticas clínicas demonstrou conhecimentos científicos, técnicos e humanos, com o prenúncio de um julgamento clínico e tomada de decisão sustentada nos princípios científicos e ético-deontológicos.

A sua atuação como profissional, num percurso e compromisso diário, de melhoria interna e externa, ou seja, de crescimento pessoal e profissional, conduziu-a a iniciar esta viagem, que hoje conclui, com altos e baixos, recuos e avanços, mas da qual, retira o prazer e gratidão de cuidar de forma holística e com humanidade, focada na promoção da SM das pessoas, da família, dos grupos e da comunidade, alicerçada na relação terapêutica

estabelecida, possibilitando à pessoa, criança, adolescente e família, um processo de transição de saúde/doença, ou situacional da forma mais saudável possível, fazendo a diferença na vida de quem cuida. Esta conduta foi e é favorável a uma prestação de cuidados empoderadores de uma prática especializada e diferenciada em enfermagem.

Este documento constitui uma partilha do que foi feito, sentido e refletido, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento, na aquisição de competências de especializadas e de Mestre em ESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agatonovic-Kustrin, S., Kustrin, E., Gegechkori, V., & Morton, D. W. (2020). *Anxiolytic Terpenoids and Aromatherapy for Anxiety and Depression* (pp. 283–296). https://doi.org/10.1007/978-3-030-42667-5_11
- Água, J., Patrão, I., Pimenta, F., & Leal, I. (2020). Escala Breve de Autocontrolo (EBAC): validação numa amostra de jovens portugueses. Em *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 409–417). Faculdade de Ciências da Saúde.
- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work* (10.ª ed.). Elsevier.
- Alves, V. L. de S. (2012). *Gestão da Qualidade. Ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da Saúde*. Martinari.
- Amaral, D. F. do. (2012). *Os Imensuráveis: Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala SOFI (Self-Other Four Immeasurables) UC/FPCE*. Universidade de Coimbra.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5-TR (Texto Revisto)* (5.ª ed.). Artmed Editora.
- Andias, R., Neto, M., & Silva, A. G. (2018). The effects of pain neuroscience education and exercise on pain, muscle endurance, catastrophizing and anxiety in adolescents with chronic idiopathic neck pain: a school-based pilot, randomized and controlled study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(9), 682–691. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1423590>
- APED. (2020). *APED - Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor - Definições*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Em *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (pp. 1–118).
- Baltazar, M., Västfjäll, D., Asutay, E., Koppel, L., & Saarikallio, S. (2019). Is it me or the music? Stress reduction and the role of regulation strategies and music. *Music & Science*, 2, 205920431984416. <https://doi.org/10.1177/2059204319844161>
- Baranne, M. L., & Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5–14 years. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0225-4>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (2.ª ed.). Climepsi Editores.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness Meditation May Lessen Anxiety, Promote Social Skills, and Improve Academic Performance Among Adolescents With Learning Disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34–45. <https://doi.org/10.1177/1533210107311624>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.ª ed.). Quarteto Editora.
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Andersson, G., Cochran, S., & Kosidou, K. (2017). Anxiety and Depression Among Sexual Minority Women and Men in Sweden: Is the Risk Equally Spread Within the Sexual Minority Population? *The journal of sexual medicine*, 14(3), 396–403. <https://doi.org/10.1016/J.JSXM.2017.01.012>
- Boulkedid, R., Abdou, A. Y., Desselas, E., Monégat, M., Leeuw, T. G., Avez-Couturier, J., Dugue, S., Mareau, C., Charron, B., Alberti, C., Kaguelidou, F., Bali, D., Hoxha(Qosja), A., Kola, E., Talvik, I., Andrieu-Galien, J., Annequin, D., Blanchet, R., Desguerre, I., ... Healy, P. (2018). The research gap in chronic paediatric pain: A systematic review of randomised controlled trials. *European Journal of Pain*, 22(2), 261–271. <https://doi.org/10.1002/ejp.1137>
- Breedvelt, J. J. F., Amanvermez, Y., Harrer, M., Karyotaki, E., Gilbody, S., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). The effects of meditation, yoga, and mindfulness on depression, anxiety, and stress in tertiary education students: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10(APR). <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00193/FULL>
- Brito, M. L. da S. (2021, Maio). O Enfermeiro como terapeuta de referência. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–58. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-refer-ncia-nas-equipas/full-view.html>
- Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2009). Yoga Breathing, Meditation, and Longevity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 54–62. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04394.x>
- Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2017). *Respire - O Poder Curativo da Respiração* (1.ª ed.). Lua de Papel.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. J. (2005). *Tidal Model - A Guide For Mental Health Professionals* (1.ª ed.). Routledge.

- Buckle, J. (2020). *Aromaterapia Clínica: Óleos essenciais no cuidado da saúde*. Editora Laszlo.
- Butcher, H. K., Wagner, C., Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2020). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem (7.ª ed.)*. Guanabara Koogan.
- Cardoso, S. (2014). *O Poder da Energia Positiva*. Pergaminho.
- Carona, C., Silva, N., Moreira, H., Canavarró, M. C., & Bullinger, M. (2015). Does the small fit them all? The utility of Disabkids-10 Index for the assessment of pediatric health-related quality of life across age-groups, genders, and informants. *Journal of Child Health Care*, 19(4), 466–477. <https://doi.org/10.1177/1367493514522867>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção* (Vol. 2). Lusodidacta.
- Chanda, M. L., & Levitin, D. J. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(4), 179–193. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007>
- 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. <https://doi.org/10.1111/ppc.12184>
- Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A. L., Jesus, L., & Alexandre, J. P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress in patients of a family health unit in northern Portugal. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(2), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Comissão Nacional da UNESCO - Portugal. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias Sector de Ciências Sociais e Humanas*, 1–12.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2019). *Parecer sobre Tratamento Compulsivo e Direitos das Pessoas com Doença Mental* (pp. 1–6).
- Costa, S., Valentim, O., Seabra, P., & Nogueira, M. J. (2019). Efeito das Técnicas de Relaxamento na Ansiedade em Pessoas com Doença Mental: a scoping review. *ResearchGate*, 129–138.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Child and adolescent mindfulness measure (CMM): estudo das características psicométricas da versão portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 459–468. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300005>
- Cunningham, N. R., Jagpal, A., Tran, S. T., Kashikar-Zuck, S., Goldschneider, K. R., Coghill, R. C., & Lynch-Jordan, A. M. (2016). Anxiety Adversely Impacts Response to Cognitive Behavioral Therapy in Children with Chronic Pain. *The Journal of Pediatrics*, 171, 227–233. <https://doi.org/10.1016/J.JPEDS.2016.01.018>
- Curtin, K. B., & Norris, D. (2017). The relationship between chronic musculoskeletal pain, anxiety and mindfulness: Adjustments to the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Scandinavian journal of pain*, 17, 156–166. <https://doi.org/10.1016/J.SJPAIN.2017.08.006>
- Danno, C. H., Esteves, L. S. F., & Bohomol, E. (2021). Quality improvement programs and the professional nursing practice environment: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>
- Dean, J. (2013). *Making habits, breaking habits: why we do things, why we don't, and how to make any change stick*. Hachette Books.
- Dean, J. (2015). *Porque Fazemos o Que Fazemos*. Bertrand Editora.
- Design thinking - PubMed*. (sem data). Obtido 5 de Junho de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18605031/>
- Diário da República. (2019). Lei n.º 95/2019. Em *Diário da República n.º 169/2019, Série I* (pp. 55–66). Diário da República n.º 169/2019, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Diário da República. (2021). Decreto-Lei n.º 113/2021. Em *Diário da República n.º 240/2021, Série I* (pp. 104–118). Diário da República n.º 240/2021, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Diniz, A., Calado, B., Almeida, M., Rodrigues, N., Caseiro, J. M., Bastos, Z., Cristina, A., Fernandes, F., Leonor, A., António, R., Ferreira, G., Melo, A., Gonçalves, A., Lopes, B. C., Salgado, J. A., Carlos, J., Ludovina, P., Rodrigues, M., Cardoso, M. A., ... Bouças, S. B. (2001). Plano Nacional de Luta contra a Dor. Em *Direção-Geral da Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgsaude.ptTel.:218430500Fax:218430530>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Dor como o 5º Sinal Vital Registo Sistemático da Intensidade da Dor. *Comissão Nacional de Controlo da Dor*, 1–2. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Dor-como-5-Sinal-Vital-Registo-sistematico-da-intensidade-da-Dor.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. *Ministério da Saúde*, 1–269.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Norma: 015/2015. *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa Nº 09/DGCG*, 1–4.
- Domingos, M. L. G. F. (2011). *O impacto das actividades lúdico-pedagógicas na socialização das crianças na ludoteca*. Escola Superior de Educação João de Deus.
- Duarte, J. R. G. (2009). *Os Benefícios de Estar no Presente: O Papel do Mindfulness na Saúde Física e Mental: Uma Revisão Empírica*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Emoto, M. (2007). *As Mensagens Escondidas na Água* (4.ª ed.). Estrela Polar.
- Emoto, M. (2020). *As Mensagens Escondidas na Água*. Lua de Papel.
- Enfermagem/CHUC-SIDE, G. S. de I. em. (2017). *Tomada de Decisão em Enfermagem no CHUC - O Percuso da Mudança*.
- European Association for Children in Hospital. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada* (Instituto de Apoio à Criança, Ed.; 3.ª ed.). EACH European Association for Children in Hospital.
- Fancourt, D., Ockelford, A., & Belai, A. (2014). The psychoneuroimmunological effects of music: A systematic review and a new model. *Brain, Behavior, and Immunity*, 36, 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.10.014>
- Ferreira, J. P. L. (2001). Escala de Auto-Estima (Rosenberg, 1965) Adaptação a partir da Rosenberg Self-Esteem Scale elaborada por Morris Rosenberg 1965). Em *Escala de Auto-estima (Rosenberg, 1965) Adaptação efetuada por José Pedro Leitão Ferreira*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Grau, C. F., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 55–60.
- Francischinelli, A. G. B., Modena, T., & Morete, M. C. (2009). Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos. *Revista da Dor*, 10 (1), 19–24.
- Freitas, D., & Mendes, R. (2021). Treino do Autocontrolo. Em *Enfermagem em Saúde Mental* (pp. 196–198). Lidel.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37–43. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3182420bfe>
- Freitas, S., Simões, M. R., Marôco, J., Alves, L., & Santana, I. (2012). Construct Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 242–250. <https://doi.org/10.1017/S1355617711001573>
- Friedrichsdorf, S., Giordano, J., Desai Dakoji, K., Warmuth, A., Daughtry, C., & Schulz, C. (2016). Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints. *Children*, 3(4), 42. <https://doi.org/10.3390/children3040042>
- Funk, M., Ivbijaro, G., Saraceno, B., Freeman, M., Epping-Jordan, J., Faydi, E., & Drew, N. (2009). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Em Organização Mundial de Saúde (OMS) & Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) (Eds.), *Publicações na Biblioteca da OMS*. Publicações na Biblioteca da OMS.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Geist, C., Greenberg, K. B., Luikenaar, R. A. C., & Mihalopoulos, N. L. (2021). Pediatric Research and Health Care for Transgender and Gender Diverse Adolescents and Young Adults: Improving (Biopsychosocial) Health Outcomes. *Academic pediatrics*, 21(1), 32–42. <https://doi.org/10.1016/J.ACAP.2020.09.010>

- Geraldes, N. P. N. (2019). *Epidemiologia da dor crónica pediátrica em Portugal* [Mestrado Integrado em Medicina]. Universidade da Beira Interior.
- Gherardi-Donato, E. C. D. S., Fernandes, M. N. de F., Scorsolini-Comin, F., & Zanetti, A. C. G. (2019). Mindfulness: reflexão sobre limites e potencialidades para a assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e52. <https://doi.org/10.5902/2179769233058>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83–91. <https://doi.org/10.1037/a0018441>
- Goldschmidt, T., Marques, C., & Xavier, M. (2018). Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Em *República Portuguesa de Saúde* (pp. 1–95). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/10/RRH_Psiquiatria-da-Infancia-e-da-Adolescencia_2018.pdf
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing Mindfulness in Children and Adolescents: Development and Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606–614. <https://doi.org/10.1037/A0022819>
- Gunnarsson, H., & Agerström, J. (2018). Clinical pain, abstraction, and self-control: being in pain makes it harder to see the forest for the trees and is associated with lower self-control. *Journal of Pain Research, Volume 11*, 1105–1114. <https://doi.org/10.2147/JPR.S163044>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Garcez, R. M., & Barros, A. L. B. L. de. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020* (11.ª ed.). Artmed.
- Instituto Brasileiro de Trainers. (sem data). *Human Master Indicator (HMI)*. Obtido 4 de Junho de 2023, de <https://www.institutolyouman.com.br/hmi#wrap>
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem* (1.ª ed.). Lusodidacta.
- Khafa, S., Bella, S. D., Roy, M., Peretz, I., & Lupien, S. J. (2003). Effects of Relaxing Music on Salivary Cortisol Level after Psychological Stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 999(1), 374–376. <https://doi.org/10.1196/annals.1284.045>
- Kim, S., Roth, W. T., & Wollburg, E. (2015). Effects of therapeutic relationship, expectancy, and credibility in breathing therapies for anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 79(2), 116–130. <https://doi.org/10.1521/bumc.2015.79.2.116>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152(12), 2729–2738. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.016>
- Kjellgren, A., Bood, S. Å., Axelsson, K., Norlander, T., & Saatcioglu, F. (2007). Wellness through a comprehensive Yogic breathing program – A controlled pilot trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-7-43>
- Laranjeira, R., & Zanelatto, N. (2018). *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais: Um guia para terapeutas* (2.ª ed.). Artmed Editora.
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lima, J. L. R. de, Gonçalves, H. M., Belo, F. M. P., Francisco, L. C. F. de L., Silva, L. K. B. da, Alves, N. R., Santos, M. Z. de A. L., & Albuquerque, M. C. dos S. de. (2022). Aplicabilidade do Tidal Model por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(1), e45711125168. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25168>
- Lindquist, R., Tracy, M. F., & Snyder, M. (2022). *Complementary Therapies In Nursing Promoting Integrative Care* (9th ed.). Springer Publishing Company.
- Linnemann, A., Ditzen, B., Strahler, J., Doerr, J. M., & Nater, U. M. (2015). Music listening as a means of stress reduction in daily life. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.06.008>
- Lopes, A. B., Souza, L. L. de, Camacho, L. F., Nogueira, S. F., Vasconcelos, A. C. M. C., Paula, L. T. de, Santos, M. de O., Atavila, F. P., Cebarro, G. F., & Fernandes, R. W. B. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, 1–7. <https://doi.org/10.25248/reac.e8773.2021>

- Malhotra, C., Chan, A., Matchar, D., Seow, D., Chuo, A., & Kyung Do, Y. (2013). *Diagnostic Performance of Short Portable Mental Status Questionnaire for Screening Dementia Among Patients Attending Cognitive Assessment Clinics in Singapore*. 42(7), 315–319.
- Mano, K. E. J. (2017). School Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Pain. *Pain research & management*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/8328174>
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários* (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Ed.). Ministério da Saúde.
- Marques, E. L. L., & Delfino, T. E. (2016). Contribuições das Técnicas de Respiração e Mindfulness no manejo do stress ocupacional. Em *O Portal dos Psicólogos* (pp. 1–13). www.psicologia.pt
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). O impacto da investigação-ação no desenvolvimento da enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 14(2), 38–47.
- Martins, M. G. A., Machado, A. P. M., Gouveia Marta Cristina da Silva, Carvalho, P. S. da C. P. de, & Renca, P. F. N. N. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1.ª ed.). Papa-Letras. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Mateus, A. M. L., Ferreira, B. M. A., Monforte, E. M. M., Ferreira, F. M. B., Alvarenga, M. I. C. dos S. F., Silva, M. de F. V., & Leite, M. J. T. da P. T. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor* (Cadernos da Ordem d..., Vol. 1). Ordem dos Enfermeiros.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª). Lippincott Williams & Wilkins.
- Menezes, B., Oliveira, D., Sasseti, L., & Prazeres, V. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral de Saúde.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor. Avaliação da Dor, Modalidades de Tratamento Psicologia do Doente* (1.ª ed.). Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2013). Decreto-Lei n.º 137/2013. Em *Diário da República n.º 193/2013, Série I* (pp. 6050–6061). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Ministério da Saúde. (2021). Decreto Lei n.º 113/2021. Em *Diário da República n.º 240/2021, Série I* (pp. 104–118). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde. (2014). Lei n.º15/2014 de 21 de março - Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. *Ministério da Saúde*.
- Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde. (2006). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. 1–12.
- Monteiro, G. R. S. da S., Morales, J. C. O., Costa, S. F. G. da, Gomes, B. da M. R., França, I. S. X. de, & Oliveira, R. C. de. (2016). Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*, 16(4), 487–500. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência de acordo com o DSM - 5* (1.ª ed.). Lidel.
- Moorhead, S., Johnson, M., Swanson, E., & Maas, M. L. (2020). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (6.ª ed.). Guanabara Koogan.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2020). A utilização de vinhetas na saúde mental: Tradução e adaptação transcultural de uma vinheta de ansiedade social em adolescentes. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 6(2), 1–11. <https://doi.org/10.31211/rpics.2020.2.2.179>
- Mu, P.-F., Chen., Y.-C., & Cheng, S.-C. (2009). The effectiveness of non-pharmacological pain management in relieving chronic pain for children and adolescents. *JBI library of systematic reviews*, 7(34), 1489–1543. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907340-00001>
- Murcho, N. Á. C. M. (2014). *Saúde Mental Comunitária: uma perspetiva de integração nos cuidados de saúde primários* (Vol. 14). Cadernos do GREI. https://www.researchgate.net/publication/270451723_Saude_Mental_Comunitaria_uma_perspetiva_de_integracao_nos_cuidados_de_saude_primarios
- Nardi, A. E., Okuro, R. T., Souza, C. C. C. de, Sousa, F. K. F. de, Santos, G. M., & Araújo, L. C. da C. de. (2020). *Cartilha de Práticas Respiratórias para o Manejo do Estresse e Ansiedade*. LABPR (Laboratory of Panic and Respiration), UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), IPUB (Instituto de Psiquiatria da UFRJ) e FAPERJ (Fundação Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro). http://www.polbr.med.br/ano20/praticas_respiratorias.pdf

- Navarra, M., Mannucci, C., Delbò, M., & Calapai, G. (2015). Citrus bergamia essential oil: from basic research to clinical application. *Frontiers in Pharmacology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fphar.2015.00036>
- Neto, A. R. das N. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos médicos dos hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 56(3), 158–168.
- Neto, F., & Rolo, P. (2022). *Relatório de Atividades UCC Pombal*.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 31, 35–47.
- Oliveira, I. R. S., & Menezes, M. S. (2022). Mindfulness como Prática de Autocuidado para a Saúde Mental de Enfermeiro / Mindfulness as a Self-Care Practice for Mental Health of Nurses. *ID on line. Revista de psicologia*, 16(60), 515–536. <https://doi.org/10.14295/idonline.v16i60.3394>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 1–24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Guia Orientador de Boa Prática de Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança: Vol. Série I, nº6* (O. dos Enfermeiros, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros*, 1–7.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE ® Versão 2015* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, 1–19.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer nº1/2019 de 25 de janeiro da Mesa do Colégio da Especialidade de ESMP* (pp. 1–7). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01-2019_25012019_mceesmp_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf
- Pacheco, D. S., & Lemos, L. (Orientadora). (2020). *Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM): estudo das características psicométricas da versão portuguesa aplicada à população brasileira*. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1118>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Palermo, T. M. (2012). *Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain in Children and Adolescents* (1.ª ed.). Oxford University Press (OUP) USA. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=jJpAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=_ZNDOnoAXd&sig=GL7ddSHnP1y8ihSeN8zWDVxbPbY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Palermo, T. M., Law, E. F., Fales, J., Bromberg, M. H., Jessen-Fiddick, T., & Tai, G. (2016). Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*, 157(1), 174–185. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000348>
- Paulo, M. F. M. S., & Casado, J. I. S. (2021, Junho 2). Intervenção em estimulação multissensorial e Snoezelen. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología n.º 1, Vol. 2*, 23–34.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2.ª ed.). Lusociência.
- Pechorro, P., Pontes, C., DeLisi, M., Alberto, I., & Simões, M. (2020). Escala Breve de Autocontrolo: Validação e Invariância numa Amostra de Jovens Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 54(1). <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.01>
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Salvat Editores.

- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., Van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., & Van Der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain*, 87(1), 51–58. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00269-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00269-4)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência.
- Phillips, K., & Clauw, D. J. (2011). Central pain mechanisms in chronic pain states – maybe it is all in their head. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 25(2), 141. <https://doi.org/10.1016/J.BERH.2011.02.005>
- Praeger, S. G. (2000). Josephine Paterson e Loretta Zderad. Em *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (4.ª ed., pp. 241–251). Artmed.
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
- Querido, A., Tomás, C., & Laranjeira, C. (2019). Avaliação Objetiva e Subjetiva do Utente. *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Evidências da Conceção à Ação*, 1–26. <https://doi.org/10.25766/m459-3b92>
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2019). Treino de Comunicação, Observação e Registo do Exame Mental. *Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, 1–25. <https://doi.org/10.25766/4rkz-wc51>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rademaker, M. M., Stegeman, I., Ho-Kang-You, K. E., Stokroos, R. J., & Smit, A. L. (2019). The Effect of Mindfulness-Based Interventions on Tinnitus Distress. A Systematic Review. *Frontiers in neurology*, 10. <https://doi.org/10.3389/FNEUR.2019.01135>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), 4744–4750.
- Regulamento n.º 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2(151), 21427–21430.
- Ribeiro, I. (2021). Terapias Complementares em Saúde Mental. Em *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed., pp. 258–262). Lidel.
- Ribeiro, J. L. R., & Morais, R. (2010). Adaptação Portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 5–13. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219018001>
- Rijo, D. B. (2020). Guião para treino de relaxamento com crianças. Em *Desafiar para Motivar* (pp. 1–6).
- Rusky, R. (2021, Maio 23). *Como a respiração pode ajudar você a viver bem*. Correio Braziliense. <https://www.correio braziliense.com.br/revista-do-correio/2021/05/4926159-como-a-respiracao-pode-ajudar-voce-a-viver-bem.html>
- Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. *Enfermagem e o Cidadão. Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 10, 1–3.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um imperativo do nosso tempo: Introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti*. Portugal: IGM Portugal-Humanidade.
- Salvador, M. do C., Matos, A. P., Oliveira, S., S. March, J., Arnarson, E. Ö., Carey, S. C., & Craighead, W. E. (2017). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): Propriedades psicométricas e análise fatorial confirmatória numa amostra de adolescentes portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 45(3), 33–46. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.03>
- Sampaio, F. M. C., Ribeiro, A. M. M., & Santos, A. C. B. (2011). A Ansiedade e os Sistemas de Informação em Enfermagem: Elaboração de um catálogo CIPE®. *Ebook - III Congresso SPESM «Informação e Saúde Mental»*, 73–80.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Santos, E. C. G. dos, Silva, D. de N. A. da, & Damasceno, C. A. (2022). Use of essential oils in the treatment of anxiety disorder in children: an integrative review. *Research, Society and Development*, 11(7), e34111729972–e34111729972. <https://doi.org/10.33448/RSD-V11I7.29972>
- Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel.
- Schnaubelt, Dr. K. (2019). *Aromaterapia Médica: curando com os óleos essenciais* (1.ª ed.). Editora Laszlo.

- Schofield, P., Davies, B., & Hutchinson, R. (1998). Evaluating the use of Snoezelen and chronic pain: the findings of an investigation into its use (Part II). *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 4(5), 137–143. [https://doi.org/10.1016/S1353-6117\(98\)80088-7](https://doi.org/10.1016/S1353-6117(98)80088-7)
- Scholten, H., & Granic, I. (2019). Use of the Principles of Design Thinking to Address Limitations of Digital Mental Health Interventions for Youth: Viewpoint. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1). <https://doi.org/10.2196/11528>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Sequeira, C., Amaral, A. C., Gonçalves, P., Sampaio, F., Barroso, T., & Teixeira, A. I. C. (2020). A Comunicação e a Relação Terapêutica. Em *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 71–107). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2021). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed.). Lidel.
- Shah, L. B. I., Klainin-Yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>
- Shaygan, M., & Jaber, A. (2022). The experience of chronic pain among adolescents: suffering and attempt to overcome pain? *BMC Pediatrics*, 22(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03617-3>
- Silva, M. R. da. (2017). *Dor crónica ou recorrente, ansiedade relacionada com a dor e impacto escolar numa amostra de adolescentes portugueses*. Universidade de Lisboa.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável The meaning of the philosophy of «humanidade» in the context of the provision of care to the dependent person. *Revista Referência*, 2(7), 97–105.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Referência-Revista de Enfermagem*, 3(6), 81–93. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965010>
- Sirkkola, M. (2014). Everyday Multisensory Environments, Wellness Technology and Snoezelen ISNA-MSE's XII World Conference 30. *HAMK University of Applied Sciences*, 1–161. www.hamk.fi/julkaisut
- Son, H. K., So, W.-Y., & Kim, M. (2019). Effects of Aromatherapy Combined with Music Therapy on Anxiety, Stress, and Fundamental Nursing Skills in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4185. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214185>
- Sousa, J. F. C. de. (2020). *Estudo da dor crónica em adolescentes* [Mestrado Integrado em Medicina]. Universidade da Beira Interior.
- Sousa, M. de F. C. de O. de. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação - aplicação*. Universidade de Coimbra.
- Thoma, M. V., La Marca, R., Brönnimann, R., Finkel, L., Ehlert, U., & Nater, U. M. (2013). The Effect of Music on the Human Stress Response. *PLoS ONE*, 8(8), e70156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070156>
- Tisserand, R. (2017). *Aromaterapia para todos* (1.ª ed.). Editora Laszlo.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidados na prática baseada em evidência* (6ª). Lusociência.
- Van Dam, N. T., Van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36–61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- Vega, E., Beaulieu, Y., Gauvin, R., Ferland, C., Stabile, S., Pitt, R., Gonzalez Cardenas, V. H., & Ingelmo, P. M. (2018). Chronic non-cancer pain in children: we have a problem, but also solutions. *Minerva Anestesiologica*, 84(9). <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12367-4>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Verheul, A. (2014). Snoezelen – nothing has to be done, everything is allowed. *Everyday Multisensory Environments, Wellness Technology and Snoezelen. HAMK University of Applied Sciences*, 26–44.
- Wang, M., & Jacobson, M. J. (2011). Guest Editorial - Knowledge Visualization for Learning and Knowledge Management. *Educational Technology & Society*, 14(3), 1–3. https://www.researchgate.net/publication/220374318_Guest_Editorial_-_Knowledge_Visualization_for_Learning_and_Knowledge_Management

- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>
- Wolffenbüttel, A. N. (2019). *Base da Química dos óleos essenciais e Aromaterapia: Abordagem Técnica e Científica* (3.ª ed.). Editora Laszlo.
- World Health Organization. (2002). Prevention and Promotion in Mental Health. *Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Dependence*, 1–25.
- World Health Organization. (2018). *Adolescent health*. WHO Library Cataloguing.
- World Health Organization. (2021, November). *Adolescent mental health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2022, July 17). *Saúde mental: fortalecendo nossa resposta*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Young, L., & Kemper, K. J. (2013). Integrative care for pediatric patients with pain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(7), 627–632. <https://doi.org/10.1089/ACM.2012.0368>