

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidade Curricular – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Perturbações de Ansiedade (Material Pedagógico de Apoio)

Elaborado pelo docente:

Celso Silva

Faro, setembro 2026

Índice

ENQUADRAMENTO	4
1. ANSIEDADE	5
1.1 PAPEL DA ANSIEDADE NA APRENDIZAGEM E ADAPTAÇÃO	5
2. NÍVEIS DE ANSIEDADE	7
2.1 ANSIEDADE LEVE	7
2.2 ANSIEDADE MODERADA	7
2.3 ANSIEDADE INTENSA	7
3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: NORMALIDADE VS. PATOLOGIA	8
4. RESPOSTAS HUMANAS À ANSIEDADE	9
4.1 RESPOSTAS FISIOLÓGICAS	9
4.1.1 Cardiovasculares	9
4.1.2 Respiratórias	9
4.1.3 Gastrointestinais	9
4.1.4 Imunidade reduzida	10
4.1.5 Neuromusculares	10
4.1.6 A nível urinário	10
4.1.7 A nível da pele	10
4.2 RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS	10
4.3 RESPOSTAS COGNITIVAS	11
4.4 RESPOSTAS AFETIVAS	11
5. PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE	12
5.1 PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	12
5.1.1 Sintomas mais frequentes	12
5.1.2 Fatores de Risco	12
5.1.3 Intervenções de enfermagem mais comuns	13
5.2 PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	13
5.2.1 Sintomas mais frequentes	13
5.2.2 Perturbação de Pânico – Características	14
5.2.3 Intervenções de enfermagem mais comuns	15

5.3 AGORAFOBIA	15
5.4 FOBIA SOCIAL	16
5.4.1 Situações típicas	16
5.4.2 Sintomatologia mais frequente que ocorre em situações sociais	17
5.4.3 Intervenções de enfermagem mais comuns	17
5.4.4 Tratamento	17
5.5 FOBIAS ESPECÍFICAS	18
5.5.1 Subtipos de fobias	18
5.5.2 Classificação de algumas fobias específicas	18
5.6 PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA.....	19
5.6.1 Obsessões	19
5.6.2 Compulsões	19
5.6.3 Padrões de obsessões / compulsões mais frequentes	20
5.6.4 Diagnóstico	21
6. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

ENQUADRAMENTO

A ansiedade constitui uma emoção universal e uma experiência individual eminentemente subjetiva. Intrinsecamente ligada à condição humana, ela surge de forma natural perante o desconhecido e funciona como um sinalizador que antecede novas experiências vitais, tais como o ingresso no meio escolar, o início de uma nova carreira profissional, ou a transição para a parentalidade.

Diferente do medo, que se ancora num objeto claro ou numa ameaça física tangível, a ansiedade não possui um objetivo ou estímulo exterior imediatamente específico; ela representa a resposta emocional e psicológica à avaliação que o indivíduo faz da sua própria vulnerabilidade.

Enquanto o medo envolve uma avaliação intelectual direta de um estímulo ameaçador concreto, a ansiedade emerge como a resposta emocional a essa avaliação, operando muitas vezes num plano subjetivo e antecipatório.

Em condições adaptativas, um certo nível de ansiedade é fundamental para a preservação, para o crescimento individual e para a autoafirmação da existência.

No entanto, quando esta resposta emocional se torna desproporcional, persistente e desconectada de ameaças reais, ela ultrapassa o limiar da normalidade, evoluindo para um padrão patológico que compromete a funcionalidade global e a qualidade de vida do indivíduo.

1. ANSIEDADE

A Ansiedade é uma emoção e uma experiência individual subjetiva:

- Pode ser provocada pelo desconhecido e precede novas experiências, como o ingresso na escola, o início num novo emprego ou ter um filho;
- Não tem um objetivo específico. Esta característica da ansiedade **diferencia-a** do medo:
 - O medo tem uma origem ou um objetivo específico que a pessoa pode diferenciar e descrever;
 - O medo envolve a avaliação intelectual de um estímulo ameaçador; a ansiedade é a resposta emocional a essa avaliação;
 - O medo é causado pela exposição física ou psicológica a uma situação de ameaça e produz ansiedade.
- A ansiedade pode estar ligada ao medo de punição, à desaprovação, à perturbação de um relacionamento, ao isolamento ou à perda do funcionamento corporal;
- A ansiedade é sentida quando são ameaçados os valores que a pessoa identifica com a sua existência;
- A cultura está relacionada com a ansiedade, porque esta pode influenciar os valores que a pessoa considera mais importantes;
- Uma pessoa pode enfrentar a ansiedade e crescer com a experiência, na medida em que os seus valores são mais poderosos que a ameaça;
- Todas as pessoas precisam de um equilíbrio entre a coragem e a ansiedade para a sua preservação, a sua satisfação pessoal e a afirmação da sua existência;
- Apenas superando as experiências de ansiedade a pessoa conquista a autorealização.

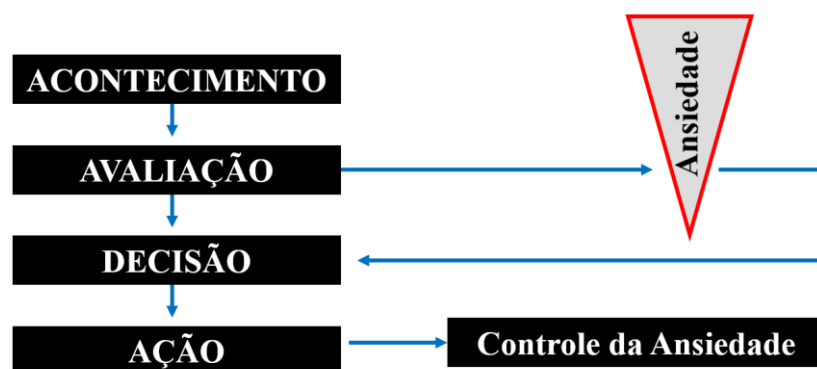
1.1 PAPEL DA ANSIEDADE NA APRENDIZAGEM E ADAPTAÇÃO

A Ansiedade tem um papel importante na aprendizagem e adaptação:

- Faz parte da vida psicológica normal;
- Prepara a pessoa para lidar com situações potencialmente danosas;
- Determina alterações no comportamento;
- O significado que é atribuído aos acontecimentos é que pode ou não ser ansiogénico;
- É um processo cognitivo.

Estar ansioso, significa que, uma determinada pessoa valoriza, segundo um sentido ameaçador para si própria, um ou vários acontecimentos do seu mundo envolvente (Figura 1 – Processo ansioso).

Figura 1 – Processo ansioso



2. NÍVEIS DE ANSIEDADE

Vamos classificar a Ansiedade em três níveis:

- Ansiedade Leve;
- Ansiedade Moderada;
- Ansiedade Intensa.

2.1 ANSIEDADE LEVE

- Associada com a tensão de vida quotidiana;
- A pessoa está alerta e o campo de percepção é aumentado;
- A pessoa vê, ouve e aprende mais do que antes;
- Este tipo de ansiedade pode motivar a aprendizagem e produzir crescimento e a criatividade;
- Não é um quadro patológico.

2.2 ANSIEDADE MODERADA

- A pessoa concentra-se apenas nas suas preocupações imediatas;
- Envolve o estreitamento do campo da percepção, a pessoa vê, escuta e aprende menos;
- A pessoa bloqueia áreas seleccionadas, mas pode prestar uma atenção maior, se ajudado a fazê-lo;
- É um quadro patológico.

2.3 ANSIEDADE INTENSA

- É marcada por uma redução significativa no campo da percepção;
- O indivíduo tende a focalizar um detalhe específico e a não pensar em qualquer outra coisa;
- Todo o comportamento é voltado para o alívio da ansiedade;
- É um quadro patológico.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: NORMALIDADE VS. PATOLOGIA

Importa diferenciar mais aprofundadamente a Ansiedade normal e patológica (Figura 2 – Ansiedade Normal (Fisiológica) vs Ansiedade Patológica).

Figura 2 – Ansiedade Normal (Fisiológica) vs Ansiedade Patológica

Critério	Ansiedade Normal (Fisiológica)	Ansiedade Patológica
Estímulo e Causa	Resposta proporcional a uma situação ou ameaça real conhecida.	Desproporcional à situação ou ocorre sem um motivo aparente.
Duração e Curso	Transitória. Cessa assim que o estímulo ou problema é resolvido.	Prolongada, persistente e tende a cronificar no tempo.
Impacto Funcional	Funciona como um estímulo adaptativo que melhora a performance.	Provoca sofrimento intenso, limitação e incapacidade psicossocial.

4. RESPOSTAS HUMANAS À ANSIEDADE

4.1 RESPOSTAS FISIOLÓGICAS

4.1.1 Cardiovasculares

- Palpitações;
- Taquicardia;
- Hipertensão arterial;
- Tonturas;
- Desmaios;
- Hipotensão;
- Bradicardia.

4.1.2 Respiratórias

- Dificuldade respiratória;
- Pressão no tórax;
- Sensação de sufocamento.

4.1.3 Gastrointestinais

- Perda de apetite;
- Desconforto abdominal;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Diarreia;
- Cólicas.

4.1.4 Imunidade reduzida

- Aumento da suscetibilidade a constipações, viroses e outras doenças.

4.1.5 Neuromusculares

- Sobressalto;
- Insónia;
- Tremores;
- Rigidez;
- Inquietação;
- Tensão facial;
- Movimentos desajeitados.

4.1.6 A nível urinário

- Poliúria.

4.1.7 A nível da pele

- Rubor facial;
- Sudorese localizada ou generalizada;
- Prurido;
- Palidez facial.

4.2 RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS

- Inquietação;
- Tensão física;
- Tremores;
- Reação de sobressalto;
- Tendência a acidentes;

- Inibição;
- Fuga.

4.3 RESPOSTAS COGNITIVAS

- Prejuízo da atenção;
- Fraca concentração;
- Esquecimentos;
- Erros de julgamento;
- Preocupação;
- Bloqueio do pensamento;
- Diminuição do campo de percepção;
- Redução da criatividade;
- Diminuição da produtividade;
- Confusão;
- Vergonha;
- Perda de objetividade;
- Medo de perder o controle;
- Pesadelos.

4.4 RESPOSTAS AFETIVAS

- Nervosismo;
- Impaciência;
- Desconforto;
- Tensão;
- Medo;
- Alarme;
- Inquietação;
- Sobressaltos;
- Culpa;
- Vergonha.

5. PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE

5.1 PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

“Estou sempre preocupado. Sinto-me incapaz de relaxar. Às vezes ando de um lado para o outro, e outras vezes consigo ser constante. Preocupo-me com o que vou vestir para um jantar, ou sobre o que posso dar de presente a outra pessoa. Tenho sempre de me preocupar com alguma coisa.”

- Ansiedade e preocupação crónicas não realistas e excessivas;
- Dificuldade em controlar a ansiedade;
- Interfere de modo significativo na vida social, laboral ou pessoal;
- Não é diretamente causada por uma condição médica, ou por uma substância, e não se associa a uma outra perturbação psiquiátrica.

5.1.1 Sintomas mais frequentes

- Ansiedade e preocupação excessivas;
- Agitação;
- Cansaço fácil;
- Dificuldade de concentração;
- Irritabilidade;
- Aumento da tensão muscular;
- Alterações do sono;
- Náuseas ou diarreia;
- Queixas somáticas ou psicológicas vagas ou inespecíficas.

5.1.2 Fatores de Risco

- História familiar de Perturbação de Ansiedade ou alcoolismo;
- História pessoal de Depressão ou Perturbação de Ansiedade;
- Idade < 40 anos;
- Abuso de álcool.

5.1.3 Intervenções de enfermagem mais comuns

- Informação essencial para doentes e familiares:
 - O stresse e as preocupações têm efeitos psíquicos e mentais;
 - O melhor método para reduzir os efeitos da ansiedade é aprender técnicas de relaxamento.
- Ensinos específicos:
 - Relaxamento para diminuir os sintomas físicos;
 - Realizar atividades relaxantes;
 - Incentivar à prática de desporto;
 - Identificar as preocupações exageradas;
 - Encontrar estratégias para enfrentar os pensamentos negativos.

5.2 PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

É um ataque de pânico espontâneo, inesperado e intenso pode ser uma experiência avassaladora.

A pessoa está bem e sem maiores preocupações quando percebe algo indefinido, mas claramente ameaçador.

Pode acontecer uma sensação inesperada de falta de ar, tontura, balanço, flutuação ou alteração da percepção visual, pronunciam iminente risco de vida, perda da razão ou de consciência, o que nunca ocorre.

Os sintomas aparecem inesperadamente, não ocorrem imediatamente antes de uma situação que geralmente causa ansiedade ou aquando da exposição a esta (como nas fobias específicas). Não são desencadeados por situações em que a pessoa é foco da atenção de outro (como na fobia social).

Importa excluir fatores orgânicos.

5.2.1 Sintomas mais frequentes

- Palpitações;
- Taquicardia;
- Sudorese intensa;
- Tremores;
- Sensação de falta de ar ou de sufocamento;

- Sensação de asfixia;
- Desconforto ou dor no peito;
- Náuseas ou mal-estar abdominal;
- Sensação de tontura, desequilíbrio, cabeça vazia ou desmaio;
- Balanço, flutuação ou alteração da percepção visual;
- Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio);
- Medo de perder o controlo ou enlouquecer;
- Parestesias;
- Arrepios ou calores repentinos;
- Medo de morrer;
- Pronunciam iminente risco de vida, perda da razão ou de consciência, o que nunca ocorre.

5.2.2 Perturbação de Pânico – Características

- O medo e a ansiedade são crescentes, acompanhados da certeza de que algo estranho e muito grave está a acontecer;
- A crise, geralmente, passa em 20 a 40 minutos e é seguida de sensação de cansaço, fraqueza, pernas bambas, como após um esforço físico intenso, ou um grande susto;
- Depois de chorar, descansar ou dormir um pouco, a pessoa volta ao normal, como se nada houvesse acontecido;
- Os ataques de pânico podem ocorrer em qualquer local, contexto ou hora, inclusive durante o sono;
- No auge das crises a pessoa pode tomar atitudes inadequadas como ingerir medicamentos sem indicação, descer do carro num local perigoso, abandonar os afazeres domésticos sem cuidados;
- As crises levam ao receio de novos episódios a chamada **ansiedade antecipatória**;
- Os ataques acarretam um **evitamento** de situações ou locais onde ocorreram ou onde ter um ataque de pânico possa ser perigoso ou inconveniente levando ao que chamamos agorafobia;
- Pode ocorrer grandes limitações para as atividades sociais e profissionais e para autoimagem da pessoa;
- O doente não consegue explicação para os seus sintomas, apesar das frequentes consultas e exames médicos, geralmente negativos.

5.2.3 Intervenções de enfermagem mais comuns

- Orientação para o doente e familiares:
 - A perturbação do pânico é frequente e existem tratamentos efetivos (psicoterapia + medicação);
 - A ansiedade produz em geral sintomas físicos alarmantes que passam quando diminuem a ansiedade;
 - Concentrar-se nos problemas físicos aumenta o medo.
- Orientações específicas para o doente:
 - Deve permanecer no mesmo sítio até que passe o ataque e deve concentrar-se no controlo da ansiedade;
 - Deve acreditar que é um ataque de pânico e que os pensamentos e sensações de medo vão passar em breve;
 - Identificar os medos exagerados que têm lugar durante os ataques de pânico;
 - Praticar uma respiração lenta e relaxada.

5.3 AGORAFOBIA

- Medo irracional a lugares ou praças públicas;
- Consiste em múltiplos e variáveis temores que provocam intensa ansiedade e constantes condutas de evitação;
- Existe medo a ficar indefeso frente a determinadas circunstâncias mais do que o medo da situação em si;
- Temores em sair de casa, a entrar em lojas, a multidões, a lugares públicos, a viajar de metro, autocarro, comboio, aviões;
- Na maioria dos casos trata-se de uma complicação da perturbação do pânico cujo a evolução crónica favorece a associação;
- O resultado final é um progressivo isolamento do doente ou a sua dependência de outras pessoas para levar uma vida normal;
- O característico da agorafobia é a conduta de evitação que apresenta o doente, e que em geral se amplia de forma grave e incapacitante;
- A diferença de outras fobias é que esta é de tendência crescente e abarca cada vez mais situações ou estímulos que são evitados;
- A ansiedade aparece sempre quando o doente sai de casa limitando desta forma a sua vida;
- Pode ocorrer aumento do consumo do álcool ou drogas sedativas para aliviar a ansiedade;

- Normalmente o doente sente-se mais seguro quando está acompanhado o que cria relações de dependência para quase qualquer tipo de atividade.

5.4 FOBIA SOCIAL

“Quando entro numa sala cheia de gente, corro e sinto que todas as pessoas olham para mim.

Fico sozinho num canto, mas não consigo pensar em nada para dizer a alguém.

É muito humilhante.

Sinto-me tão mal que prefiro ficar em casa, quando penso em sair fico ansioso.”

- Medo excessivo de situações em que uma pessoa pode fazer algo embaraçoso ou ser avaliada negativamente por outros;
- A exposição às situações sociais receadas provoca ansiedade e/ou pânico;
- A pessoa reconhece que o receio é excessivo;
- Evitamento das situações receadas, ou enfrentadas com intensa ansiedade e desconforto;
- O evitamento e a ansiedade antecipatória, interferem de modo significativo na vida do indivíduo;
- Geralmente começa na infância e adolescência (rara > 25 anos);
- Geralmente classificada como timidez ou inibição;
- Uma situação social que ponha em causa a integridade do Eu intensifica as dificuldades;
- Uma vez estabelecida, a sua remissão espontânea é rara;
- A intensidade dos sintomas é flutuante, relacionando-se com as necessidades de exposição social e a estabilidade das relações sociais;
- Alguns estudos sugerem uma base genética;
- Podem passar 10 ou 20 anos antes que o doente procure ajuda;
- Não é devido a efeitos fisiológicos de uma substância, ou a uma condição física geral.

5.4.1 Situações típicas

- Escrever;
- Comer;
- Falar em público;
- Usar casas de banho públicas;

- Ter um encontro;
- Festas;
- Falar com desconhecidos.

5.4.2 Sintomatologia mais frequente que ocorre em situações sociais

- Tremores;
- Hipersudorese;
- Rubor;
- Dificuldade de concentração;
- Palpitações;
- Tonturas;
- Sensação de desmaio;
- Náuseas;
- Diarreia.

5.4.3 Intervenções de enfermagem mais comuns

- Orientação para o doente e familiares:
 - Praticar métodos de controle da respiração para diminuir os sintomas vegetativos;
 - Fazer uma lista hierarquizada das situações temidas ou evitadas;
 - Encontrar estratégias para lidar com os receios;
 - Planificar ações para que o doente enfrente e supere as situações temidas;
 - Evitar o consumo de álcool ou medicamentos tipo benzodiazepinas.

5.4.4 Tratamento

- Terapia cognitivo-comportamental;
- Grupos de aptidões sociais;
- Grupos de apoio.

5.5 FOBIAS ESPECÍFICAS

- Medo acentuado, persistente e excessivo ou irracional quando na presença de um objeto ou situação específicos ou aquando da antecipação deste encontro com os mesmos;
- Ocorrem muitas vezes concomitantemente com outras perturbações de ansiedade;
- Podem iniciar-se em qualquer idade;
- A exposição ao estímulo fóbico produz sintomas avassaladores de pânico, incluindo palpitações, sudorese, tonturas e dificuldade em respirar;
- A pessoa reconhece que o seu medo é excessivo ou irracional mas sente-se impotente para mudar.

5.5.1 Subtipos de fobias

- Tipo animal: medo de animais ou insetos;
- Tipo ambiente natural: medo de objetos ou situações que ocorrem no ambiente natural, como alturas, tempestades ou água;
- Tipo sangue, injeção, lesões: medo de ver sangue, de uma lesão, levar uma injeção ou outro procedimento médico invasivo;
- Tipo situacional: medo de uma situação específica, como meios de transporte públicos, túneis, pontes, elevadores, voar, conduzir ou lugares fechados;
- Outros tipos: todos os outros tipos de medos excessivos ou irracionais, pode incluir o medo de contrair uma doença grave, medo de ruídos altos...

5.5.2 Classificação de algumas fobias específicas

- Ailurofobia – gatos;
- Acrofobia – altura;
- Algofobia – dor;
- Antofobia – flores;
- Aquafobia – água;
- Aracnofobia – aranhas;
- Astrafobia – raios;
- Belonofobia – agulhas;
- Brontofobia – trovões;
- Claustrofobia – espaços fechados;

- Cinofobia – cães;
- Gamofobia – casamento;
- Homofobia – homossexualidade;
- Numerofobia – números;
- Nictofobia – escuridão;
- Ocofobia – andar de carro;
- Pirofobia – fogo;
- Triscaidecafobia – número 13;
- Xenofobia – estranhos;
- Zoofobia – animais.

5.6 PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

5.6.1 Obsessões

São pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, que são intrusivos e inapropriados, provocam ansiedade ou mal-estar intensos e não são preocupações excessivas acerca de problemas da vida real; que a pessoa tenta ignorar ou suprimir ou neutralizar.

A pessoa reconhece que são produto da sua mente.

5.6.2 Compulsões

São comportamentos repetitivos ou atos mentais que as pessoas se sentem compelidas a executar em resposta a uma obsessão, e que têm como objetivo evitar ou reduzir a ansiedade ou mal-estar produzidos pelas obsessões.

A reconhece que o seu comportamento é excessivo e irracional, mas é compelido a continuar o ato devido ao sentimento de alívio do desconforto por ele promovido.

A perturbação provoca mal-estar intenso e consome tempo ou interfere no funcionamento ocupacional, familiar ou social.

5.6.3 Padrões de obsessões / compulsões mais frequentes

Obsessões: contaminação, dúvida patológica, preocupações somáticas, necessidade de simetria ou ordem, impulsos agressivos ou sexuais.

Compulsões: verificação, lavagem, limpeza, contagem, interrogação ou afirmação repetitiva, colocação (simetria ou precisão), acumulação.

Contaminação:

- O objeto temido é difícil de evitar (ex: pó, gérmes, urina);
- É frequente a crença de que a contaminação passa de um objeto ou pessoa a outra com o mais mínimo contato;
- Os comportamentos compulsivos são:
 - Lavagem reiterativa (que pode provocar problemas dermatológicos devido ao excessivo uso de água ou detergentes);
 - Evitamento compulsivo de objetos supostamente contaminados (nos casos extremos os doentes não conseguem sair de casa por temor aos gérmes).

Dúvida patológica:

- Esta obsessão implica um risco de acidente (esquecer-se de fechar a torneira ou a porta);
- Implica o aparecimento de rituais de verificação (por exemplo: verificar inúmeras vezes se fechou a torneira ou a porta).

Pensamentos impositivos / intrusivos:

- Nestes casos, não existem rituais;
- Estas obsessões costumam ser pensamentos repetitivos de carácter agressivo (por exemplo, ferir um filho), sexual (por exemplo, uma imagem recorrente pornográfica) ou religioso, que o doente considera reprovável.

Simetria:

- Caracteriza-se pela necessidade de dispor as coisas segundo uma ordem necessária;
- Pode provocar compulsão de lentidão (pode chegar a demorar horas para se pentear, comer, barbear, etc).

Outros padrões:

- Lentidão patológica ou acumulação patológica (de objetos inúteis, lixo, etc.).

5.6.4 Diagnóstico

- Frequentemente as pessoas mantêm os sintomas em segredo (têm vergonha dos sintomas, temem ser julgados “malucos” ou pensam que são fraquezas da sua personalidade);
- A pessoa costuma ter consciência da doença (reconhece que são absurdas, excessivas e irracionais);
- É necessário durante a anamnese perguntar ativamente pelos sintomas:
 - Hábitos de higiene pessoal excessivos;
 - Excesso de tempo investido nos hábitos quotidianos;
 - Preocupação excessiva e permanente por algum tema;
 - Preocupações com ordem, simetria.

6. CONCLUSÃO

O estudo e a compreensão das perturbações de ansiedade constituem um pilar indispensável na formação teórica e prática em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Como observado, a transição da ansiedade enquanto mecanismo fisiológico e adaptativo para uma manifestação patológica exige do profissional uma competência de avaliação altamente refinada.

Identificar com clareza o limiar em que o sofrimento subjetivo anula a funcionalidade da pessoa é o passo primordial para traçar diagnósticos de enfermagem precisos e precoces.

O papel do enfermeiro transcende a mera vigilância sintomática.

Através do estabelecimento de uma relação terapêutica estruturada, de uma comunicação não-verbal adequada e do domínio de técnicas não-farmacológicas, como a reeducação respiratória e a psicoeducação, o enfermeiro assume-se como um agente promotor da autonomia e estabilidade emocional da pessoa. Ao capacitar a pessoa a reconhecer os seus próprios gatilhos e ao desmistificar os sintomas somáticos (como os vivenciados de forma avassaladora na perturbação de pânico), quebra-se o ciclo vicioso do medo e do evitamento fóbico que alimenta estas patologias.

Conclui-se, portanto, que a abordagem de enfermagem nestas perturbações deve ser simultaneamente holística e baseada na evidência científica.

Ao integrar o suporte empático na crise com estratégias de reabilitação a longo prazo, e estendendo esta intervenção à estrutura familiar, garante-se um plano de cuidados humanizado. Este plano é capaz de mitigar o estigma social associado à saúde mental, prevenir a cronificação da doença e restabelecer o bem-estar e a integração psicossocial plena da pessoa.

REFERÊNCIAS

APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5a Ed. Revista). Climepsi Editores.

DGS. (2017). Programa nacional para a saúde mental. https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf

DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>

Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. C. B. Saraiva (Ed.). Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. ISBN 978-989-752-413-4.