



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental
e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem na Promoção de Saúde
Mental em Contexto Escolar de Adolescentes**

Paula Alexandra Gomes Ferreira Friães

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental
e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem na Promoção de Saúde
Mental em Contexto Escolar de Adolescentes**

Paula Alexandra Gomes Ferreira Friães

Orientador: Professora Doutora Patricia Pereira

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Patrícia Pereira pelo incentivo, disponibilidade e orientação e o apoio incondicional em momentos mais difíceis, em que me foi mostrando a luz e tornando mais claro o caminho para a concretização deste percurso.

Às orientadoras clínicas e a todos os profissionais de saúde com quem me cruzei nos diferentes contextos, que foram essenciais para esta aprendizagem.

Aos meus companheiros de jornada e colegas que participaram nesta etapa e foram essenciais para o apoio, estabilidade e consistência, tornando-a mais leve e confortável de percorrer.

Às minhas amigas que sempre me deram força e não me deixaram ficar parada face aos obstáculos do caminho;

Às crianças e adolescentes e suas famílias por o todo o carinho demonstrado e me terem permitido conhecer as suas lutas e histórias.

Um agradecimento especial à minha família, principalmente ao meu marido José e filhos Rodrigo e Bruna, por terem acreditado nos meus sonhos, apoiando-me e dando-me motivação para ser mais e melhor em todos os aspetos da minha vida.

Espero, que por mais difíceis que os desafios se tornem, continue a alcançar a concretização das minhas metas, certa de que nada acontece por acaso...

A todos, um Muito Obrigada!

“É fácil trocar as palavras
Difícil é interpretar os silêncios!
É fácil caminhar lado a lado,
Difícil é saber como se encontrar!

É fácil beijar o rosto,
Difícil é chegar ao coração!

É fácil apertar as mãos,
Difícil é reter o calor!

É fácil sentir o amor,
Difícil é conter sua torrente!

Como é por dentro outra pessoa?
Quem é que o saberá sonhar?

A alma de outrem é outro universo (...)

Nada sabemos da alma
Senão da nossa;

As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,

Com a suposição
De qualquer semelhança no fundo.”

Fernando Pessoa

RESUMO

A adolescência, sendo um período exigente e uma fase propícia ao aparecimento de alterações da saúde mental. De acordo, com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar (2008), mais de 50% das doenças mentais têm o seu início durante a adolescência (OMS, 2008).

A saúde mental constitui-se como temática prioritária da educação para a saúde, e a evidência indica que programas de promoção de saúde mental em contexto escolar, como modelo de intervenção global, contribuem para uma melhor saúde mental.

A promoção da saúde mental é um dos focos prioritários da intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, agentes privilegiados na conceção, implementação e avaliação de projetos de promoção de saúde mental.

Projetos neste âmbito privilegiam medidas de desenvolvimento de competências socioemocionais, direcionadas para o reforço dos fatores que aumentam os recursos em relação à sua saúde mental, aumento da capacidade de resistência do sistema e de diminuir a exposição face a fatores de risco.

A participação na dinamização do “Projeto + Contigo”, em contexto comunitário, já implementado pela equipa de saúde escolar, foi um mediador para a identificação das intervenções de enfermagem na promoção de saúde mental a adolescentes em contexto escolar. Através de um olhar sistémico sobre intervenções direcionadas ao grupo, sustentado por o Modelo de Sistemas proposto por Betty Neuman.

Neste relatório pretende-se, através de um processo narrativo e reflexivo sobre as vivências e aprendizagens nos contextos de estágio, perceber como contribuíram para o desenvolvimento de competências que caracterizam o especialista nomeadamente no âmbito da promoção de saúde mental em contexto escolar. Pretende também demonstrar o processo de autoconhecimento e a relação terapêutica como fatores fundamentais no desenvolvimento pessoal e profissional, em ambos os contextos de aprendizagem.

Palavras-chave: Adolescência, Competências Socioemocionais, Promoção De Saúde Mental, Saúde Escolar, Contexto Escolar.

ABSTRACT

The adolescence, being a demanding period and a promising phase to the appearance of alterations on the mental health. According to the European Pact for Mental Health and Well-Being, more than 50% of mental illnesses begin during adolescence (WHO, 2008).

Mental health is a priority theme for health education, and the evidence indicates that mental health promotion programs in the school context, as a model of global intervention, contribute to better mental health.

The promotion of mental health is one of the priority focus of the intervention of mental health and psychiatry nurse specialist, privileged agents in the design, implementation and evaluation of mental health promotion projects.

Projects in this context focus measures to development of socio and emotional learning, directed to the reinforcement of the factors that increase the resources in relation to their mental health and the resilience of the system and to reduce the exposure to risk factors.

The participation in the dynamization of the "Project + Contigo", in a community context, already implemented by the school health team, was a mediator for the identification of nursing interventions in the promotion of mental health to adolescents in school context. Through a systemic look at interventions directed to the group, supported by the Systems Model proposed by Betty Neuman.

This report intends through a narrative and reflective process on the experiences and learning in the contexts of internship and to understand how they contributed to the development of skills that characterize the specialist, namely in the scope of the promotion of mental health in a school context. It also aims to demonstrate the process of self-knowledge and the therapeutic relationship as fundamental factors in personal and professional development in both learning settings.

Keywords: Adolescence, Social and Emotional Learning, Mental Health Promotion, School Health, School Context.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CAL – Comportamentos Auto Lesivos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ESEL – Escola superior de Enfermagem de Lisboa

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PSM – Promoção de Saúde Mental

RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SEL – *Social and Emotional Learning* / Competências Socioemocionais

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE	Pág.
0 INTRODUÇÃO	10
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Adolescência	14
1.2 Fatores de Proteção e Risco na Saúde dos Adolescentes	16
1.3 Saúde Mental e Saúde Escolar	18
1.4 Competências Socioemocionais	20
1.5 Promoção Saúde Mental em Contexto Escolar	22
1.6 Intervenções de Enfermagem em Contexto Escolar uma Abordagem Sistêmica	23
2 PERCURSO DE APRENDIZAGEM NOS CONTEXTOS	27
2.1 Desenvolvimento de Competências em Contexto Hospitalar	27
2.1.1 Estabelecer Relação Terapêutica	29
2.1.2 Intervenções em Grupos Terapêuticos	33
2.1.3 Processo Reflexivo e de Autoconhecimento	39
2.2 Desenvolvimento de Competências em Contexto Comunitário	44
2.2.1 Consulta de Enfermagem a Adolescentes	44
2.2.2 Participação num Projeto de Promoção de Saúde Mental em Contexto Escolar	48
3 INTERVENÇÕES DO EESMP NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO ESCOLAR	48
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS:

Anexo I – Certificado de Participação no VII Encontro + *Contigo*

APÊNDICES:

Apêndice I - Quadro I do Projeto - Interligação das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e Atitudes/Atividades nos Locais de Estágio

Apêndice II - Quadro II do Projeto - Interligação das Competências Específicas do EESMP e Atitudes/Atividades nos Locais de Estágio

Apêndice III – Estudo de Caso de uma Adolescente em Contexto Hospitalar

Apêndice IV – Atividade de Expressão Dramática a Grupo de Jovens na Unidade de Internamento

Apêndice V – Atividade de Expressão Dramática a Grupo de crianças na Unidade de Internamento

Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem no Estágio Contexto Hospitalar– Unidade de Internamento

Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem no Contexto Comunitário

Apêndice VIII – Situações Vivenciadas Consultas de Enfermagem – Reflexões e Aprendizagens

Apêndice IX – Processo de Enfermagem de uma jovem no âmbito da consulta de enfermagem

0 INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 9º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pretende-se com este relatório dar ênfase ao percurso de desenvolvimento de competências que caracterizam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, num processo narrativo e reflexivo acerca da pesquisa e do trabalho desenvolvido, no âmbito dos estágios em contexto hospitalar e comunitário, e posteriormente a sua discussão pública.

A intervenção no âmbito da Promoção de Saúde Mental (PSM) em contexto escolar foi uma escolha refletida, por constituir um dos pilares mais importantes para uma vida mais saudável e ser algo que considero de extrema relevância.

Como enfermeira a desempenhar intervenção numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sobretudo no âmbito da Saúde Escolar e de na minha prática ter iniciado os primeiros passos nestas intervenções, urge assim a necessidade de me desenvolver pessoal e profissionalmente, de forma a otimizar o “saber nomear” e o fundamentar das intervenções como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste sentido, a minha inquietação encaminhou-se para o desenvolvimento de intervenções no âmbito da promoção de saúde mental e com enfoque para uma prática tendo por base uma boa sustentação teórica, fulcral para a sua consistência.

A pertinência do tema interliga-se com competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em que um dos focos prioritários, é a promoção de saúde mental, que está subjacente a um conjunto de competências específicas, tais como o: *“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21428).

Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018, p. 21427) indica que, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção de 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.”

A promoção de saúde mental é também eleita pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), como o pilar da capacitação de crianças e jovens na educação para a saúde em meio escolar que remete para uma mudança de paradigma em saúde escolar, que tem como ponto de partida a evidência científica. Neste sentido, uma intervenção “apoiada por métodos ativos e trabalho por projeto, que valorizem a promoção de competências sociais e emocionais” (PNSE, 2015, p.18)

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 realça que a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças mentais, ao longo da vida, podem concentrar-se no desenvolvimento de competências individuais essenciais nos estágios formativos da vida, com programas para apoiar o desenvolvimento de relacionamentos seguros, na prevenção e tratamento de problemas emocionais ou comportamentais, especialmente na infância e adolescência (OMS, 2013).

O Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM), indica uma das metas a atingir em 2020 é a realização de "mais 30% de ações de promoção de saúde mental e de prevenção das doenças mentais" (PNSM, 2017, p.4).

Tendo em conta o referido anteriormente, verifica-se a pertinência do desenvolvimento de projetos de promoção em saúde mental em contexto escola, tendo na fase do projeto despoletado a seguinte questão de partida:

- Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção de saúde mental em contexto escolar?

Neste sentido traçaram-se, os objetivos, geral e os específicos para os dois momentos da prática clínica, hospitalar e comunitário.

O objetivo geral definido foi, desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, globais e específicas, para a promoção de saúde mental em contexto escolar. Os objetivos específicos para o estágio em contexto hospitalar foram de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na prestação cuidados a crianças e adolescentes, em situação aguda de doença e de participar em intervenções de cariz psicoeducacional, psicoterapêutico, socioterapêutico e relacional. No âmbito do estágio em contexto comunitário, um dos

objetivos fulcrais foi desenvolver competências de dinamização de grupos de jovens em contexto escolar num projeto de promoção de saúde mental.

Os locais de estágio proporcionaram a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo reforçar e aplicar o conhecimento adquirido, ampliando desta forma o processo de aprendizagem. Promoveram-se momentos de partilha de experiências, reflexão e de supervisão com os orientadores da escola e clínicos, os profissionais de saúde de ambos os contextos, colegas e professores das orientações tutoriais.

No estágio hospitalar participei em várias intervenções no âmbito dos cuidados psicoterapêuticos e sócio terapêuticos e na prestação de cuidados a crianças e jovens, onde tive oportunidade de estabelecer relação terapêutica. No decorrer do estágio comunitário participei em consultas de enfermagem a adolescentes e participação/dinamização em atividades de um projeto de promoção de saúde mental em contexto escolar.

A participação/dinamização de inúmeras atividades desenvolvidas nos diferentes *settings de aprendizagem*, proporcionou um aprofundamento da capacidade de reflexão crítica e de desenvolvimento pessoal, transversal ao processo de autoconhecimento. Em ambos os contextos, evidenciou-se a relação terapêutica como uma peça fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dispõe, bem como as suas competências relacionais e cognitivas, passíveis de ajudarem os adolescentes a aderirem ao projeto terapêutico.

No que respeita à estrutura, este relatório é constituído por quatro capítulos: no primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico onde se abordam as seguintes temáticas: a adolescência, os fatores protetores e de risco na adolescência, saúde mental e saúde escolar; as competências socioemocionais e a promoção da saúde mental em contexto escolar; intervenções de enfermagem em contexto escolar uma abordagem sistémica. Segue-se o segundo capítulo, onde se menciona o percurso de aprendizagem decorrente da experiência nos contextos, subdividindo-se pelos contextos hospitalar e comunitário em que se especificam os aspetos de aprendizagem específicos de cada contexto. No contexto hospitalar sobretudo no estabelecimento de uma relação terapêutica e nas intervenções em

grupos terapêuticos. No contexto comunitário na intervenção nas consultas de enfermagem a adolescentes e na participação num projeto de promoção de saúde mental. O terceiro capítulo centra-se nas intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção de saúde mental em contexto escolar. No quarto capítulo apresentam-se as considerações finais e finaliza-se com as referências bibliográficas.

A organização e formatação deste relatório foi realizada de acordo com as Normas APA.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento concetual apresentado neste capítulo mobiliza diversos conceitos para fundamentar este relatório, entre os quais: a adolescência; os fatores de risco e proteção na saúde dos adolescentes; a saúde mental e saúde escolar; as competências socioemocionais; a promoção de saúde mental em contexto escolar e as intervenções de enfermagem em contexto escolar, numa abordagem sistémica.

1.1 Adolescência

As diferentes estruturas organizacionais consideram distintos limites cronológicos da adolescência, sendo que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) este limite está entre os 10 e os 19 anos enquanto para a Organização das Nações Unidas (ONU) está entre os 15 e os 24 anos (Eisenstein, 2005).

A adolescência, segundo a OMS, é o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem os processos psicológicos e os padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta. Entre elas, está a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (OMS, 2000).

Assim, durante este processo o adolescente compreende os valores para viver em sociedade, e isto dá-se através da convivência em família, na escola e com os pares, através da imitação e identificação, sendo que estes alicerces fazem parte do seu desenvolvimento social (Antunes, 2011).

Os adolescentes, em geral, são um segmento relativamente saudável da população. No entanto, a adolescência, sendo um período exigente de transição crítica, marcado por mudanças físicas, psicológicas, sociais, emocionais e interpessoais, é a fase em que se iniciam grande parte dos problemas de saúde mental (Peres & Rosenberg, 1998).

Como mencionado no PNSE a “OMS estima que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentam, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade” (PNSE, 2015, p.13).

A adolescência representa assim um período decisivo do desenvolvimento humano, em que poderá suceder, com maior ou menor risco, dependendo das condições ambientais nas quais os indivíduos estiverem inseridos, perturbações a nível da Saúde Mental.

“As mudanças que ocorrem podem ter um papel fundamental na explicação da adolescência como um período de crise, caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental” (Santos, 2014, p.54).

Nesta etapa de vida existe um aumento da suscetibilidade à adoção de comportamentos de risco, pelo que se tornou essencial o desenvolvimento de planos/projetos e estratégias que promovam a adoção de comportamentos de saúde saudáveis nos jovens (OE, 2010).

Ao desenvolver atividades promotoras de saúde, pretende-se fornecer suporte aos adolescentes, auxiliando-os a protegerem-se e a manter a sua saúde.

Por isso, compete ao enfermeiro preparar e informar os adolescentes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Os enfermeiros quando prestam ajuda de forma a auxiliar o desenvolvimento de competências para enfrentar a transição – mestria – também atingem um nível de funcionamento e de conhecimento sobre a forma como podem mobilizar a energia e os recursos do meio envolvente (Schumacher & Meleis, 2010).

Neste sentido, na intervenção dos enfermeiros devem ser valorizados os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença

Assim, os enfermeiros são agentes facilitadores desta caminhada, ao promover o desenvolvimento de competências e mecanismos que permitam ultrapassar esta fase de transição de forma bem-sucedida, no sentido de preparar os jovens para o emergir de novos papéis e atuar na prevenção dos efeitos negativos no seu desenvolvimento pessoal.

Em Portugal, estudos revelam que o nível de Literacia em Saúde Mental é reduzido para todas as perturbações do foro mental e, sendo os adolescentes o grupo com menor contacto com o serviço nacional de saúde e com maior relutância em procurar ajuda especializada, este facto torna-se preocupante, tendo em conta que grande parte destas perturbações tem a sua primeira ocorrência nesta fase da vida (Loureiro Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013).

1.2 Fatores de Proteção e Risco na Saúde dos Adolescentes

Nas últimas décadas têm sido desenvolvidos vários estudos no sentido de identificar determinados fatores relacionados com os comportamentos preditores de saúde dos adolescentes, para que seja possível elaborar modelos de intervenção capazes de dar respostas adequadas às necessidades encontradas a nível da promoção da saúde.

Considera-se um fator de risco quaisquer variáveis que possam aumentar a probabilidade de uma determinada pessoa sofrer um determinado problema (Borges & Filho, 2008). Há fatores de risco relacionados com problemáticas socioeconómicas e culturais que proporcionam comportamentos nos nossos jovens que não são os mais esperados.

Os fatores protetores podem fortalecer a determinação dos jovens a rejeitarem e a evitarem determinadas situações prejudiciais e também inibir as respostas autodestrutivas, quando relacionado com o aparecimento de comportamentos como o uso de substâncias, violência ou stress (Borges & Filho, 2008).

Referente aos fatores de proteção Blanco e Munoz (2010), define-os como os que favorecem e promovem uma saúde mental positiva, que engloba fatores pessoais, familiares e os ambientais.

Menciona como fatores pessoais a “promoção da autoestima, o autoconceito, a autoeficácia, potenciação da autonomia, a responsabilidade, resolução de conflitos, competências sociais e desenvolvimento da assertividade” (Blanco & Munoz, 2010, p.8)

Quanto aos fatores familiares descreve “uma boa comunicação e afetividade familiar, coesão entre os seus membros, desenvolvimento de hábitos saudáveis, educação em valores e fixação de limites enquanto se favorece a autonomia” (Blanco & Munoz, 2010, p.8).

Referente aos fatores socio-ambientais são as “redes de apoio, amigos, modelos saudáveis, identificação e estratégias de controlo da pressão ambiental para condutas pouco saudáveis e integração e êxito escolar” (Blanco & Munoz, 2010, p.8).

Como referem Batista e Ângelo de Sousa (2007, p. 17), “os projetos de educação para a saúde na escola devem continuar a privilegiar uma ação com um carácter de continuidade, integrada nas dinâmicas curriculares e organizacionais da Escola e enquadrada pelo seu Projeto Educativo”.

Estes autores mencionam ainda que, é essencial na criação de condições que: “reforcem fatores de proteção (boa autoestima, competências de relacionamento interpessoal, famílias com envolvimento afetivo e padrões de comunicação claros, comunidades que promovam o fortalecimento dos laços entre os jovens e as instituições, entre outros)”. Ao mesmo tempo reforçam a importância de que se “*minimizem os fatores de risco* (baixa autoestima; fraca tolerância à frustração, problemas de saúde mental, desvalorização das normas e regras, pouca resistência pressão de pares na adolescência, insucesso escolar e fraca ligação à escola, família com disfunções ao nível da comunicação afetivo-emocional, entre outros)”, de forma a reduzir vulnerabilidades pessoais e sociais e comportamentos desajustados (Batista & Ângelo de Sousa, 2007, p.18).

Neste sentido, Rutter (1985), afirma que aumentar os fatores protetores na infância e adolescência previne a ocorrência de doença mental no adulto. Em particular, revela que autoestima e autoeficácia elevadas nas crianças e adolescentes são condição para agir positivamente perante experiências vividas, sentidas como adversas.

O PNSE, indica que na Escola:

“a aquisição de competências para a saúde (empowerment) passa por valorizar os fatores pessoais protetores que favoreçam a saúde (salutogénese), num equilíbrio dinâmico entre alunos/as e o contexto escolar, a gestão de emoções, o estabelecimento de relações gratificantes e a compreensão das implicações das suas escolhas individuais” (PNSE, 2015, p.18).

Vários autores apontam ser essencial a desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais, mas também, o desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco e sinais relacionados com determinadas perturbações mentais, sustentados no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como, o aumento de resiliência e a promoção de autoestima e autonomia (Xavier et al., 2013; Oliveira et al., 2012; Silva, 2012).

1.3 Saúde Mental e Saúde Escolar

A saúde mental advém da qualidade da interação entre a criança ou jovem, a família, a escola e o meio sociocultural em que se encontram inseridas/os. Pela relevância que assume, importa promover relações positivas com a escola em todas as fases do ciclo de vida escolar (PNSE, 2015).

Uma boa saúde mental é fundamental para o bem-estar individual e a base para vidas felizes e produtivas.

De acordo, com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar (2008), mais de 50% das doenças mentais têm o seu início durante a adolescência e que os problemas de saúde mental podem ser encontrados em 10 a 20% dos jovens, em que a educação é destacada como uma das áreas prioritárias de ações voltadas à saúde mental dos jovens (OMS, 2008).

As estimativas apontam para que uma em cada cinco crianças e adolescentes venham a ter alterações de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade (Loureiro et al., 2013).

O impacto da diminuição da qualidade da saúde mental pode afetar as pessoas ao longo da vida. Crianças e adolescentes com uma má qualidade de saúde mental tem piores resultados educacionais e oportunidades de emprego (OCDE, 2018).

É na escola que problemas relacionados com a saúde mental se manifestam precocemente, e, assim, também se torna um espaço estratégico para a promoção de saúde mental.

O PNSE tem como visão que “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”, sendo um dos objetivos deste programa “promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as” (PNSE, 2015, p. 4).

O PNSE (2015) tem definidos, seis eixos estratégicos de intervenção. O primeiro eixo é o da Capacitação, estando patenteado neste eixo como uma das áreas de intervenção a saúde mental e competências socio emocionais.

Estas são consideradas como uma área de intervenção bastante relevante na adolescência, pois a promoção e o desenvolvimento de competências sociais, emocionais e cognitivas são essenciais na promoção de estilos de vida saudáveis e

prevenção de comportamento de risco, pretendendo uma estratégia a aplicação de Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais (Projetos *SEL*) (PNSE, 2015).

As unidades de socialização importantes às quais as crianças se vinculam são a família, escola, pares e comunidade. “O vínculo com a escola tem um papel central como um domínio importante de socialização psicossocial que pode inibir o comportamento antissocial e promover o desenvolvimento positivo nas crianças e adolescentes” (Tavares, 2018, p. 63).

Atualmente a escola ultrapassa a sua missão transmissora de conhecimentos, tendo responsabilidade de garantir “permanente ação formativa orientada para favorecer o desenvolvimento global da personalidade (...)” dos alunos (Decreto-Lei n.º 46/86), consagrada na Lei de Bases do Sistema Educativo. Nesta perspetiva, as escolas deverão promover a educabilidade dos seus formandos, considerando-os seres holísticos, coparticipantes, não só do desenvolvimento da sua dimensão cognitiva, mas igualmente, de todas as outras dimensões do Ser (Freire, 2010).

No contexto educacional, educar não é somente uma mera transmissão de saberes ou mostrar o caminho (o que o educador considera ser o mais correto), mas sim ajudar os jovens e crianças a tomarem consciência de si mesmas, dos outros e da sociedade. Implica um oferecer de ferramentas que lhes permitam escolher o caminho que for mais conciliável com os seus valores e para lidar com as situações adversas que poderão vir a encontrar. Desta forma, a escola surge como um ambiente privilegiado para a aquisição de conhecimentos e aprendizagem de competências, representando uma oportunidade equitativa para a maioria dos jovens, para a aquisição de comportamentos saudáveis e a desenvolverem-se de forma equilibrada, integrando-se na comunidade de forma autónoma e responsável.

A este respeito, alguns autores mencionam, que todas as escolas deverão ser um espaço agradável que facilite a aquisição de competências e promova o bem-estar pessoal e social: prazer, comunicação, partilha, saúde física e mental (Azevedo & Maia, 2006).

Em Portugal, a Lei nº 85/2009, estabelece a escolaridade obrigatória a todas as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e 18 anos. Com esta determinação, a escola constitui um espaço de permanência para crianças e jovens, tendo um papel preponderante no seu desenvolvimento.

No PNSE refere que se pretende “uma abordagem holística da Saúde na Escola ou da Escola como um Todo” que reconheça a importância da promoção da saúde na adoção de estilos de vida saudável e uma aproximação ao modelo de intervenção das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (PNSE, 2015, p. 21).

Este programa, indica ainda que a promoção da saúde em meio escolar, além de assente nos princípios das EPS e numa metodologia de trabalho por projeto, que contribui para elevar o nível de literacia em saúde e de melhorar o estilo de vida da comunidade educativa (PNSE, 2015).

Neste sentido, “intervir em saúde escolar é intervir numa fase precoce do desenvolvimento em que (ainda) é possível “moldar”, de forma positiva, comportamentos e atitudes, atuando a um nível dito primordial de prevenção em saúde” (Santos, 2014, p.13).

Como refere Antunes (2011) neste processo a escola desempenha um *setting* fundamental na aquisição de conhecimentos, mas também como molde de normas comportamentais.

1.4 Competências Socioemocionais

Competência foi definida como sendo a “capacidade para operacionalizar um conjunto de conhecimentos, de atitudes e de aptidões, numa situação concreta, de modo a ser bem-sucedido” (Jardim, 2007, p. 79).

Segundo Carvalho et al (2016), as Competências Socioemocionais traduzem-se num conceito que implica a aquisição de capacidades subjacentes à expressão de emoções, regulação socialmente adequada e conhecimento emocional, estando implicitamente relacionada com a identidade, história pessoal e com o desenvolvimento sociomoral da criança e jovem. É considerada uma competência central, a capacidade das crianças e os jovens interagirem, autorregularem-se e estabelecerem relações gratificantes com os outros, na gestão do afeto e no envolvimento com os pares.

Estes autores fazem ainda referência ao Modelo SEL, que se reporta à tipologia de projetos que promovem o desenvolvimento integrado e interrelacionado de competências cognitivas, emocionais e sociais, reunidas numa estrutura de cinco

grandes domínios: autoconhecimento; autogestão; consciência social; relação interpessoal e tomada de decisão responsável (Carvalho et al, 2016).

A promoção de competências pessoais e sociais, segundo Matos (2005), consiste em ensinar a observar, ensinar componentes críticas, no sentido de compreender as situações, prever o que se tem de fazer e como fazer e de proporcionar uma melhor realização, com um mínimo de erro e de esforço.

De acordo com Santos (2014, p.14), este menciona a importância de que:

“se desenvolvam competências pessoais e sociais, aumentem a resiliência, a promoção da autoestima e a autonomia dos jovens; criem um clima de escola amigável, (...) promovam a equidade, melhorem a saúde mental e o bem-estar dos jovens e ajudem a construir uma sociedade com pessoas mais felizes.”

A promoção de relações interpessoais saudáveis, através do desenvolvimento de competências sociais, contribui para o bem-estar e saúde mental. Os programas propostos pela OMS consistem no desenvolvimento de capacidades emocionais, sociais e cognitivas que podem auxiliar a lidar de forma mais positiva em situações de *stress* do dia-a-dia (Loureiro, 2013).

Os Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais /*Social and Emotional Learning (SEL)* integram assim aprendizagens num contexto relacional de apoio que:

“tornam as escolas desafiadoras, envolventes e significativas, traduzindo-se, a médio prazo, em indicadores sociais e de saúde positivos: criam climas de aprendizagem amigáveis, influenciam crianças e jovens para o sentido de pertença à escola, diminuem o envolvimento em comportamentos de risco e aumentam o sucesso na escola e na vida” (PNSE, 2015, p.24).

Segundo Carvalho et al (2016), a investigação e a evidência científica atual, plasmada numa meta-análise de 213 estudos, realizada por Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor e Schellinger (2011), revelam que o Modelo *SEL* tem um impacto positivo no ambiente escolar e promove uma série de benefícios académicos, sociais e emocionais para os alunos, tais como: melhor desempenho académico; melhores atitudes e comportamentos; menos comportamentos disruptivos e redução do *stress* emocional. Neste sentido, à luz da evidência científica atual, “a promoção da saúde mental e emocional permite aos/às alunos/as adquirir conhecimentos, atitudes e capacidades que contribuem para a tomada de decisão” (Carvalho et al, 2016 p.14).

1.5 Promoção Saúde Mental em Contexto Escolar

A Promoção de Saúde Mental constitui-se como temática prioritária da Educação para a Saúde. Invertendo-se o enfoque deste fenómeno do problema e suas consequências, para uma dimensão positiva da saúde, assente na salutogénese, pretende-se explorar e olhar outras perspetivas, sob intervenção da Saúde Escolar (Tomás & Gomes, 2014).

Esta visão “salutogénica” teve com fundador Antonovsky (1996), que se interessou, não pelas causas que levam à doença, mas antes pelas causas que conduzem a uma boa saúde e, neste sentido, é essencial que as pessoas criem recursos próprios e adquiram competências.

O modelo de promoção da saúde inclui quatro elementos que são fundamentais: a saúde, o ambiente, a pessoa e a enfermagem (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Nesta teoria, a saúde é entendida como um estado positivo, sendo por isso os indivíduos motivados a orientar o seu comportamento no sentido de a alcançar, com ênfase na melhoria do bem-estar. Assim, é encorajado o adquirimento de capacidades durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano.

O PNSE tem como visão que “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”, sendo um dos objetivos deste programa “promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as” (PNSE, 2015, p. 4).

Os projetos de saúde mental traduzem-se, a médio prazo, em indicadores sociais e de saúde positivos e criam climas de aprendizagem amigáveis, influenciam crianças e jovens para o sentido de pertença à escola, diminuem o envolvimento em comportamentos de risco e aumentam o sucesso na escola e na vida (PNSE, 2015).

No Relatório técnico de Avaliação do Ano Letivo 2014/2015 do PNSE menciona:

“Investir em promoção da saúde na Escola significa desenvolver projetos baseados na evidência. E hoje a evidência científica mostra que a promoção de competências socioemocionais (SEL) disponibiliza a base emocional para a melhoria dos resultados ao nível social, da saúde, do comportamento e académicos. O enfoque na promoção de competências SEL e na criação de climas de aprendizagem amigáveis influencia, positivamente, as crianças e os jovens na vinculação à Escola, num menor envolvimento em comportamentos de risco, bem como no desenvolvimento de recursos pessoais positivos que aumentam o sucesso na escola e na vida (Amann, 2016, p.23)”.

Também no PNSE, refere que se verificam muitas das dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção, da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou heterodirigida, que corresponderão a manifestações de um sofrimento emocional acentuado (PNSE, 2015).

As intervenções de promoção de saúde mental devem, contudo, ser implementadas precocemente, sendo os jovens um importante grupo alvo. Neste sentido, Vasconcelos (2016), baseando-se no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), refere que a pertinência destas intervenções se prende com uma elevada percentagem de perturbações mentais que têm início de desenvolvimento na adolescência, pois este período do ciclo de vida é considerado crítico para a identificação e tratamento das perturbações mentais.

A Promoção de Saúde Mental é uma intervenção com vista ao aumento das capacidades pessoais para adotar comportamentos saudáveis. Segundo Kim-Cohen et al., (2003), “promover estas intervenções de prevenção em crianças e jovens poderá reduzir 25 a 50% das perturbações mentais na idade adulta” (Tomás e Gomes, 2014, p.16).

1.6 Intervenções de Enfermagem em Contexto Escolar uma Abordagem Sistémica

O modelo de sistemas proposto por Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos enquanto sistemas abertos, teoria, essa, que afirma que todos os elementos de uma organização estão em interação e que estão em constante transformação (Freese, 2004).

O Sistema/cliente é visto como um todo englobando todas as variáveis do ser humano (fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e desenvolvimento), incluindo as experiências atuais e passadas. Este modelo teórico, enquanto referencial teórico, filosófico e conceptual, permite assim ampliar a visão da enfermagem, sendo a mesma orientada para o holismo e bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011).

O cliente/sistema (indivíduos, grupos e comunidades) é um sistema aberto que está em constante interação com o ambiente (pessoas, materiais e diferentes contextos), ajustando os seus comportamentos e/ou ajustando o ambiente às suas necessidades. Embora as suas respostas adaptativas sejam comuns a outros sistemas/clientes, a sua singularidade está nas opções específicas que toma (Pearson & Vaughan, 1992).

O modelo holístico, é um modelo que permite o estudo sistémico das características do grupo, através da análise precisa e global, analisar as diversas interações, bem como as reações diante a exposição a elementos stressores e a utilização de processos adaptativos.

As intervenções terapêuticas resultantes da reação a um stressor podem, no entanto, propiciar a diminuição, a permanência ou a melhoria do nível de bem-estar e da estabilidade do grupo (Neuman & Fawcett, 2011).

O stress surge, então, como produtor de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que os fatores de stress rompem as linhas de defesa de um dado indivíduo/grupo. Neste sentido, tendo em conta a intervenções de enfermagem no contexto escolar, torna-se necessária a identificação dos possíveis agentes de stress.

Os stressores são estímulos produtores de tensão que resultam em stress, positivos ou negativos para a pessoa, estes podem ser: “Forças intrapessoais, que ocorrem no indivíduo, como as respostas condicionadas; Forças interpessoais, que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função; Forças extra pessoais, que ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras” (Freese, 2004, p. 338).

Contudo, quando este mecanismo de adaptação falha, desenvolve-se uma desarmonia, tornando a própria pessoa incapaz de satisfazer as suas necessidades, ficando mais suscetível à doença.

Existem condições básicas, comuns a todos os seres humanos, para a manutenção da estabilidade: linha flexível de defesa, linha de defesa normal e linhas de resistência.

A linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser facilmente alterada em pouco tempo. Funciona como uma espécie de proteção adicional, que impede que os stressores interfiram com o bem-estar da pessoa, no momento em que esta enfrenta condições adversas (Freese, 2004, p. 339).

A linha de defesa normal funciona assim como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar da pessoa ou sistema. Inclui as variáveis e os comportamentos do sistema, tais como os mecanismos de *coping*, estilo de vida e o estágio de desenvolvimento (Freese, 2004, p. 339).

As linhas de resistência são por sua vez, os fatores de recursos utilizados pela pessoa, os quais, auxiliam a superar os fatores de stress. São a última defesa do indivíduo e, quando eficazmente utilizadas, ajudam-no a retomar a sua estabilidade e bem-estar. Por vezes, também com o intuito de manter o equilíbrio e harmonia, a pessoa mobiliza, de forma inconsciente, um “ambiente criado”. Este tipo de ambiente funciona como um isolador, que a ajuda a lidar com os stressores, alterando-se a pessoa a si própria ou à situação. O bem-estar da pessoa influencia e é influenciado, constantemente, pelo ambiente criado. (Freese, 2004)

No âmbito da prevenção as intervenções são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema (Freese, 2004). Nesta abordagem sistémica são considerados três níveis de prevenção: Prevenção Primária, caracterizada pela identificação ou suspeita de um agente stressor, embora ainda não tenha ocorrido uma reação, no entanto, o risco de desarmonia é conhecido; Prevenção Secundária, caracterizada pela ocorrência de sintomas de stress, sendo iniciadas intervenções e tratamento; Prevenção Terciária, caracterizada pelo reajustamento da estabilidade do sistema, iniciando-se geralmente após tratamento, aumentando a resistência da pessoa aos stressores e prevenindo o reaparecimento da reação (Pearson & Vaughan, 1992).

A dimensão primária de intervenção tem como finalidade o prevenir do stressor. Neste sentido “é utilizada para proteger o organismo antes que ele se depare com um stressor prejudicial” (Freese, 2004, p. 337).

As intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde mental são sobretudo ao nível da prevenção primária, por isso, implementadas antes do sistema reagir ao stressor, e atuam no fortalecimento da linha flexível de defesa através da prevenção e da redução dos fatores de risco. Sabendo que essas intervenções são

mecanismos para auxiliar o sistema a reter, atingir e manter a sua homeostase (Neuman & Fawcett, 2011).

Sendo que um dos pressupostos básicos do Modelo de Sistemas de Neuman, menciona que “a prevenção primária diz respeito ao conhecimento geral que se aplica na avaliação e intervenção do cliente/sistema na identificação e redução ou mitigação de fatores de risco possíveis ou reais associados a stressores ambientais para impedir uma possível reação”, estando a promoção da saúde incluído neste nível de prevenção (Freese, 2004).

2 Percurso de Aprendizagem nos Contextos

Os locais de estágio consistiram num fulcral contributo para concretização do projeto de estágio e as atividades e vivências nos mesmos constituíram a base e a riqueza que permitiram a consecução deste relatório. O estar nesses locais permitiu-me não só o aumento do nível dos conhecimentos, mas também a evolução e segurança na prática.

Em interligação com as competências comuns e específicas que integram os regulamentos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, (Apêndice I e II) e as atitudes/atividades propostas no projeto, procuro neste capítulo evidenciar as intervenções e atividades mais relevantes, e as competências mobilizadas, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário.

2.1 Desenvolvimento de Competências em Contexto Hospitalar

A primeira fase do estágio teve a duração de 11 semanas, decorreu em contexto hospitalar, numa unidade de internamento de um hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), direcionado ao acolhimento, avaliação e intervenção terapêutica a crianças e adolescentes de ambos os sexos, até aos 18 anos, com perturbações de saúde mental.

A constituição da equipa deste serviço é multidisciplinar, composta por enfermeiros, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pedopsiquiatras, terapeuta ocupacional, psicomotricista e assistentes operacionais, em interligação com outros profissionais de saúde e educação da instituição.

A intervenção desenvolvida neste serviço incluiu uma prática de diferentes atividades terapêuticas de curta duração, desenvolvidas com recurso a mediadores expressivos e programadas ao longo da semana, no período do turno da manhã.

A equipa deste serviço preocupa-se particularmente com o treino de competências sociais, com intuito de uma melhoria na organização e autonomização das crianças/adolescentes, para uma melhor integração social e escolar de forma a prevenir recaídas e reinternamentos.

No decorrer do internamento, a cada criança/adolescente é atribuído/a um enfermeiro de referência, que com a equipa multidisciplinar estabelece um projeto terapêutico personalizado, revisto e reavaliado nas reuniões clínicas, sendo este processo negociado com o cliente e a sua família ou tutores.

O enfermeiro de referência é chamado a fazer a colheita de dados, os diagnósticos de enfermagem e a planificação dos cuidados, assegurar a continuidade destes, através da elaboração de planos escritos, bem como planear a alta. No decorrer do internamento permite-se assim o estabelecer de uma relação terapêutica promotora de uma aliança terapêutica.

Este serviço de internamento, pauta por um ambiente contendor e proporciona um espaço fomentador da organização de tempos e espaços, fator que contribui para uma organização das rotinas destas crianças e jovens e, conseqüentemente um facilitador da organização interna dos mesmos.

Este contexto adota, de forma peculiar, uma gestão do *Milieu therapy*, cuja expressão representa segundo Skinner, (1979) “a estruturação científica do ambiente de modo a provocar mudanças comportamentais e a melhorar a saúde psicológica e o funcionamento do indivíduo” (Townsend, 2011, p. 202). Sendo que um dos aspetos importantes do ambiente terapêutico é de ser um ambiente estruturado, mas que também seja flexível, no qual os clientes sabem o que esperar (Taylor, 1992, p.93).

No ambiente terapêutico a preocupação e o interesse é o de saber o que acontece aos seus clientes, individualmente ou em grupo, e desta forma consignar que as atividades da experiência hospitalar sejam consideradas terapêuticas. Por exemplo em atividades simples, como um jogo de cartas ou a escolha de um filme, se promove o desenvolvimento de competências interpessoais, bem como o cumprimento de regras e estabelecer limites.

Este ambiente terapêutico proporciona ainda, um espaço e momentos, em que as crianças e adolescentes podem expressar as suas emoções, sentimentos, desejos e inquietações.

O horário de visitas decorre da parte da tarde por um período diário de duas horas, período que é alargado ao fim de semana. Este é um momento muito importante, na medida em que permite analisar e mediar a interação das

crianças/adolescentes com a sua família ou pessoas significativas, nomeadamente na perceção e construção da vinculação afetiva e comunicação intrafamiliar.

De referir ainda, que as visitas são extremamente importantes no projeto terapêutico das crianças/adolescente, no sentido em que são realizadas de acordo o projeto individual que é acordado, a duração e o local onde as mesmas decorrem (internamento ou na rua), de acordo com a evolução da criança/adolescente.

Sabendo que as dificuldades relacionais no seio das famílias destas crianças e adolescentes, são realidades de elevada complexidade, estas requerem assim do ESSMP uma atenção acrescida, sobretudo direcionada para uma intervenção e um estabelecer relação de proximidade.

2.1.1 Estabelecer Relação Terapêutica

A relação terapêutica é a base do cuidar em saúde mental e psiquiatria, nesta conceção o enfermeiro direciona as suas intervenções, no sentido de conhecer e compreender as perceções e preocupações da pessoa com alterações da saúde mental.

Neste contexto a elaboração de um estudo de caso foi assim essencial no processo de estabelecer uma relação terapêutica com uma jovem.¹

Como menciona Phaneuf (2005, p. 91), a realização destes estudos, “ajudam o profissional a descobrir as dificuldades que enfrentam as pessoas cuidadas, a identificar os problemas com uma certa precisão e, em consequência, a diagnosticá-los”. Além disso, a planificação deste processo permite-nos decidir sobre a ação a empreender para resolver e avaliar os resultados das intervenções.

O acompanhamento foi realizado a uma jovem de 16 anos, que tinha sido internada, por pensamentos sobre a morte, comportamentos auto lesivos e ideação suicida.

No início, na tentativa de abordar a jovem, esta era bastante evasiva e ficava apreensiva à nossa aproximação. Considero que o desbloqueio da comunicação e

¹ **Competência 2 do EESMP** “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018).

relação com esta adolescente foi realizado por meio do mediador da música. Fiquei impressionada como sabia tantas letras de músicas de cor e percebi que as cantava constantemente com algum entusiasmo.

Nos momentos seguintes ao estar com a jovem procurei conhecer os seus gostos musicais e ir há procura dessas musicas na internet, o que sinto que nos aproximou. A partir dessas interações foi o início do desenvolvimento de uma relação de empatia e confiança. Sinto que, esses, foram momentos de verdadeiro interesse em conhecê-la e de aceitação da sua singularidade.

A aproximação a esta jovem aconteceu mesmo antes de esta ter como enfermeira de referência a minha orientadora clínica. A escolha da mesma para o estudo de caso, foi muito gratificante. Para esta aproximação percebi que este ambiente terapêutico foi facilitador do estabelecimento da relação terapêutica.

Como refere Chalifour (2009, pag.10), “quanto mais o cliente vê no terapeuta um ser verdadeiro ou autêntico, empático e que o respeita incondicionalmente, mais ele se distanciará de um modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal e se dirigirá para um funcionamento marcado por uma experiência fluida, transformadora e plenamente aceitante de sentimentos pessoais cambiantes”.

A construção deste estudo de caso foi um processo contínuo de aprendizagem e de valorização pessoal e permitiu-me adotar uma visão multidimensional da jovem, da sua família e do contexto em que a jovem está inserida (Apêndice III).²

A estruturação do mesmo foi baseada nas verdadeiras necessidades da pessoa e apresenta a pessoa à luz do Modelo Teórico de Betty Neuman, no qual a pessoa é vista como um todo, em todas as suas dimensões (fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), as quais interagem entre si; o ambiente é tido como forças internas e externas que afetam e são afetadas pela pessoa (Neuman, 1995).

A história de vida da jovem é apresentada e estudada à luz do “Modelo Teoria dos Sistemas”, uma vez que aborda a pessoa como um sistema aberto, que influencia e é influenciada pelo ambiente, obtendo desta interação e os benefícios e malefícios que se lhe associam no seu processo de saúde/doença.

² **Unidade de Competência F2.2.** “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2018).

Neste sentido foi importante para este processo: descrever a pessoa, em todas as suas dimensões; identificar os seus possíveis stressores intra, inter e extrapessoais e delinear a intervenção na prestação de cuidados individuais, em que foram identificados os diagnósticos de enfermagem de forma a elaborar um plano de cuidados com utilização a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).³

Para a concretização deste processo de avaliação foi necessária “a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (OE, 2018).

Denoto que a elaboração deste estudo de caso foi uma oportunidade de aprofundar o conhecimento da problemática, perturbação depressiva com ideação suicida e desenvolver as competências de EESMP, de forma a melhorar a intervenção em situações análogas no meu contexto de trabalho. Também porque esta problemática está em concordância com o tema e permitiu uma ligação com as atividades a desenvolver no estágio do contexto comunitário, nomeadamente no âmbito de um projeto de promoção de saúde mental e bem-estar e prevenção de comportamentos da esfera suicidária.

A construção deste estudo permitiu-me também uma maior compreensão do estado de saúde/doença de uma adolescente com sintomatologia depressiva e de melhor adequar a linguagem no processo de avaliação do estado mental. Envolveu a necessidade de pesquisa bibliográfica e sua leitura, o qual facilitou a integração de um conjunto de novos conceitos, no meu léxico.⁵

A proximidade a esta adolescente originou sentimentos agradáveis e de empatia, contudo, também me senti desconfortável principalmente quando me deparei com o conteúdo das cartas de despedida que a jovem tinha escrito por demonstrarem imensa desesperança.

³ **Unidade de Competência F3.4** – “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE, 2018).

⁵ **Crítérios de avaliação F3.1.3.** – “Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados” (OE, 2018).

No decorrer das interações, estive atenta à postura e expressão facial da jovem e fui percebendo a incoerência entre o verbal e o não-verbal da jovem. A jovem manifestava uma expressão facial congruente com o conteúdo das cartas, enquanto as lia referindo-se e se referia às situações traumáticas e geradoras de sofrimento. Detetei um certo distanciamento afetivo da jovem entre o facto e a emoção que expressava.

Senti também ao longo da interação que a jovem, apesar de conseguir ir verbalizando algumas das suas emoções e de fazer alguns pedidos de ajuda quer aos médicos, quer aos enfermeiros, estava em constante fuga a algo, como se não conseguisse verbalizar algo que realmente a angustiava. Este comportamento face à minha inexperiência nesta área provocou-me alguma inquietação, pelo que foi algo que nas orientações tutoriais fui expressando e refletindo sobre estas vivências, de forma consolidar as aprendizagens.

A realização deste estudo permitiu-me compreender de que forma a doença mental pode interferir nas várias dimensões da vida de uma adolescente, levando-a ao isolamento e afastamento da família, dos amigos e sociedade.⁶

Durante a intervenção no internamento foi promovida a expressão emocional, gestão da agressividade e promovida a mentalização e *insight* para a sua problemática e ajudada na identificação de estratégias de *coping*.⁷

Aquando da alta, esta jovem já conseguia projetar-se no futuro, verbalizando por vezes ideias sobre a morte, mas sem intenção de as concretizar. Apresentava também maior capacidade de identificar a sua zanga e expressá-la de forma mais adaptativa, sem recorrer a comportamentos auto lesivos⁸

Apesar de não me ser possível estar no dia da alta da jovem, colaborei com a enfermeira orientadora clínica, a preparação e análise do projeto para a alta, de modo a promover a continuidade para o seu caminho de recuperação. Foi

⁶ **Critérios de Avaliação F2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (OE, 2018).

⁷ **Unidade de Competência F3.5.** – “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (OE, 2018).

⁸ **Critérios de Avaliação F2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” (OE, 2018).

especificado na carta de alta que a jovem beneficiaria de continuar acompanhada para manter o desenvolvimento de estratégias de *coping*, gestão de emoções e promoção da vinculação e envolvimento familiar.

2.1.2 Intervenções em Grupos Terapêuticos

Este serviço permitiu-me uma enorme oportunidade de experienciar um conjunto de intervenções de cariz psicoeducacional, psicoterapêutico, socioterapêutico e relacional, permitindo o desenvolvimento de competências ao nível da quarta competência específica do EESMP “presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018).

Tive a oportunidade de participar nos grupos terapêuticos enquadrados nas diversas intervenções em grupo, com recurso a mediadores expressivos, tais como, a expressão pela arte, a expressão dramática, a cine terapia, a psicoeducação, o autocuidado, o relaxamento e ainda atividades de culinária.

As temáticas abordadas nas diferentes intervenções emergiam de sugestões identificadas pelo próprio grupo em sessões anteriores. Nas sessões em que participei foram abordados temas como o estigma/preconceito, a autoestima, confiança, *bullying*, esperança, entre outras.

A presença nos grupos terapêuticos permitiu-me por um lado conhecer novas formas de intervenção terapêuticas e diferentes mediadores expressivos desconhecidos para mim e, de outra forma, consistiram em momentos de partilha e de proximidade a estas crianças e adolescentes.

Segundo Yalom e Leszcz (2005), nos grupos terapêuticos, os participantes acreditam que o seu problema é único, principalmente aqueles que passam por um isolamento social. Quando percebem que outras pessoas vivenciam sentimentos semelhantes sentem um grande alívio, nesse sentido o terapeuta incentiva os outros membros a perceber as similaridades de forma a ultrapassar outros obstáculos, mantendo o foco de atenção nos aspetos comuns, ou seja, na universalidade de alguns fenómenos.

Os mesmos autores mencionam também, que um dos fatores terapêuticos que opera em terapias de grupo, é o desenvolvimento de competências sociais, ou seja, a capacidade de o indivíduo se relacionar direta, honesta e intimamente com outras pessoas e decorre quer da interação entre os indivíduos do grupo, quer da interação dos indivíduos do grupo com o terapeuta.

Aqui os EESMP têm um lugar de destaque no desenvolvimento de competências socio emocionais, capacitando as crianças/adolescentes a resolver os problemas quando se defrontam com novas situações.

Assinalo assim, que estas intervenções no serviço, são atividades com um papel extremamente importante na promoção de saúde mental, proporcionando atividades que favorecem o desenvolvimento pessoal e as relações interpessoais positivas, bem como o treino da assertividade na comunicação.

Yalom e Leszcz (2005) consideram que as intervenções em grupo permitem a modelagem comportamental a partir do exemplo do terapeuta, o qual deve oferecer um modelo de interação que demonstre atenção ao outro, aceitação incondicional, não julgamento, acolhimento, honestidade, espontaneidade, etc. Contudo, os autores ressaltam a importância do envolvimento pessoal disciplinado por parte do líder, na medida em que ele tem a responsabilidade da condução do grupo.

Face ao facto de a enfermeira orientadora clínica ser uma das responsáveis pela dinamização dos grupos terapêuticos, com o mediador expressivo a expressão dramática, desde logo, compreendi estar perante um desafio, o que me levou a uma busca de informação quer com os profissionais de saúde, quer com base em pesquisa bibliográfica.⁹

Percebi que na expressão dramática o carácter transformador da ação espontânea é o que garante ao indivíduo a sua condição de criador, ou seja, é o que permite as modificações na sua relação com o mundo. Como refere Moreno (1974, p.38), o fundamento "é o princípio da espontaneidade criadora, a participação desinibida de todos os membros do grupo na produção dramática e na catarse ativa".

⁹ **Critérios de avaliação F3.3.1.** "Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando -se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal" (OE, 2018).

Como refere Vicente (2005, p.82), no psicodrama, há “um aspeto relacional do aqui e agora que se sobrepõe ao “como se” e que dá genuinidade ao que é expresso” e os movimentos transferenciais são vividos no terapeuta, coterapeuta e nos diferentes elementos do grupo. Este baseia-se num conjunto de técnicas que objetivam a emergência de conteúdos encobertos ou afastados da mente, permitindo o renascer de comportamentos, fantasias e afetos, que levam à modificação e desenvolvimento da personalidade (Vicente, 2005).

Relembro que numa das primeiras semanas de estágio, no final da atividade de expressão dramática me sentia tão fascinada com tudo o que se tinha vivenciado, que embalada nos meus pensamentos, no final da sessão fui abordada pela enfermeira orientadora clínica sobre aspetos importantes da sessão. Nesse momento, respondi que aquela era uma atividade muito interessante. Nesse momento dei conta de que não estava focada na essência da atividade como nas sessões anteriores, mas sim em como poderia utilizá-la em futuras sessões no âmbito da saúde escolar. Percebi que o meu deslumbramento não me permitiu tomar atenção aos aspetos essenciais que se referiram e ocorreram durante a sessão, o que me levou nas seguintes sessões a estar mais presente e focada nas interações do que na atividade em si.¹⁰

A apreciação e registo das sessões eram realizadas, onde se procurava perceber as atitudes e comportamentos pessoais, tais como a iniciativa, concentração, exprimir opiniões, aspetos do âmbito sociais/relacionais, bem como o facto de respeitar ou não o espaço dos outros.

No final do estágio, foi-me dada a oportunidade de preparar e dinamizar duas sessões, uma destinada às crianças, cuja temática era “Ajudar”, e outra destinada aos jovens relativa ao tema “Comunicação na Família”. Reforço que as temáticas foram sugeridas pelas crianças e jovens na sessão de expressão dramática da semana anterior. Apesar destas atividades não estarem previstas no projeto, foram desde início uma vontade que demonstrei à minha orientadora e considero que foi

¹⁰ **Unidades de competência F1.1.** “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (OE, 2018).

uma excelente oportunidade e mais-valia no desenvolvimento de competências de EESMP.¹¹

Na elaboração da mesma baseei-me em algumas das atividades que habitualmente dinamizo em contexto escolar, em turmas. Tive o apoio das enfermeiras que dinamizam esta atividade, que sugeriram pequenas alterações, como a construção de papéis onde estivessem descritos os diferentes tipos de comunicação, para que os pudessem representar e refletir sobre as representações e daí sugeriu-se transpor para a dramatização uma situação vivenciada em contexto familiar (Apêndice IV).

Na atividade estiveram presentes 9 jovens, entre os 12 e os 17 anos. Nas fases do aquecimento geral e específico tive o papel de terapeuta o que, apesar de ser um papel que frequentemente represento, senti-me inicialmente ansiosa. No entanto, o facto de conhecer os jovens e, posteriormente, estes sentirem-se à vontade para falar acerca das suas emoções, tranquilizou-me. Na etapa do aquecimento específico, percebi que os jovens foram capazes de identificar os diferentes estilos de comunicação, quer o que representaram quer o que observaram nos outros.

No entanto, alguns manifestaram ter tido alguma dificuldade na representação do estilo que lhes foi atribuído. Na fase da dramatização participei como coterapeuta. A enfermeira (terapeuta) após a sociometria solicitou a uma das jovens que dramatizasse uma situação real vivenciada no contexto familiar. A jovem desempenha o papel de protagonista e encena uma situação de conflito com a mãe. Na cena, a jovem está ansiosa e recusa fazer a “medicação de SOS”, a mãe insiste para a mesma tomar a medicação para estar mais tranquila para o teste do dia seguinte, mas a jovem continua em recusa. O pai encontra-se numa outra divisão da casa, mas segundo a jovem, *“não se mete, nem toma partido”* (sic). Empenhada na troca de papéis, a jovem após a encenação identificou possíveis fatores que condicionam a comunicação com a mãe, conseguindo colocar-se no papel da mesma e dar-se conta de que *“estou ansiosa, mas se calhar eu tenho é medo de errar (...), tenho medo de não fazer bem o teste”* (sic). Partilhou em momento final que o não expressar o que sente poderá estar a dificultar a comunicação com a mãe.

¹¹ **Unidades de competência F3.3.** “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (OE, 2018).

No decorrer da atividade foram observadas a expressão emocional de alguns jovens, bem como identificação de dificuldades de comunicação na família, como a de um jovem que partilhou que por vezes tinha uma comunicação conflituosa com a mãe, *"ela parece que descarrega em cima de mim só para me atacar"* (sic), no entanto na reflexão apresentou crítica e a procurou outras possibilidades de comunicar perante esta postura da mãe.

Alguns dos jovens, reconheceram ter dificuldade em expressar as suas emoções e que começar a pensar na forma de ventilar os seus sentimentos, poderia contribuir para uma comunicação familiar mais eficaz.

No momento final, mostraram-se agradados e satisfeitos e caracterizaram a sessão com as seguintes palavras: *"Aprendizagem, Compreensão, União, Amor, Comunicação, Família, Ligações, Emoções"* (sic).

Foi uma atividade que me fascinou pelos aspetos tão ricos que emergiram naquelas sessões, e os *insights* vivenciados por alguns daqueles jovens em determinados momentos da dramatização e da importância dos mesmos na elaboração de diferentes resoluções nas suas vivências.¹²

O que me permitiu refletir sobre a intervenção do EESMP e das suas competências específicas, na medida em que *"esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas formas de resolução"* (OE, 2018).

Realço assim, a importância destas intervenções, para a mobilização dos recursos e potencialidades de cada criança/adolescente, de forma a contribuir para uma adaptação mais ajustada à vida, no seu quotidiano, após a alta.¹³

Na atividade em grupo dirigida às crianças houve necessidade de adequar o plano da sessão para tornar as dinâmicas mais lúdicas e interativas (Apêndice V).

Nesta sessão estiveram presentes três crianças, duas meninas e um menino. Iniciámos por adequar o espaço à primeira etapa de aquecimento que consistia no

¹² **Critérios de Avaliação F4.2.2.** - "Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o "insight" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema" (OE, 2018).

¹³ **Critérios de Avaliação F3.4.1.** - "Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental" (OE, 2018).

contornar obstáculos. Contudo, no início da atividade, o menino apresentou grande resistência em participar. De forma a integrá-lo, realizou-se uma dinâmica de luta com esponjas (atividade que ele tinha gostado muito na sessão anterior), constituindo-se aleatoriamente duas equipas, em que a primeira acabou por construir um forte, no sentido de se proteger dos “inimigos”. Estes na impossibilidade de invadir o lugar seguro dos adversários, lançavam minas, para os derrubar. Houve uma necessidade de mudar o cenário e improvisar. Esta alteração permitiu cativá-los, permitindo assim a participação de todas crianças.

Continuando com o intuito de fomentar a entreaajuda, a atividade do SOS também foi alterada, simulando-se um hospital. Nesta dramatização houve alteração de papéis, dos que ajudavam e os doentes que necessitavam de ser ajudados.

No decorrer da atividade, uma das meninas pede que se represente uma situação em que os enfermeiros a contenham fisicamente, aparentemente com intuito de perceber a capacidade dos técnicos de a "parar, proteger, aguentar" em situações de crise, expressando satisfação com a possibilidade dos mesmos serem capazes de “aguentar” as suas dificuldades.

No final, por apresentar-se muito agitado, o menino não quis continuar a atividade e acabou por sair. Na fase do relaxamento, as duas meninas, encontram na sala um espaço, “lugar seguro” e colocamos uma música suave e calma. Apesar de no início, as duas meninas, apresentarem alguma tensão latente, verificámos que no final da sessão estas acabam por relaxar.

Como reflexão sobre a sessão, concluo que a criação de expetativas à priori da sessão nem sempre é positiva, pois nesta situação as atividades não se concretizaram como se tinham planeado, tendo sido necessária uma adaptação ao imprevisto de forma a conseguir envolver as crianças e ter uma participação ativa. Percebi ainda, com a dinamização desta atividade que, apesar do planeamento realizado, a finalidade terapêutica como o bem-estar e o desenvolvimento de competências daquelas crianças e jovens, exigem flexibilidade e adaptação da atividade ao grupo e ao estado emocional do mesmo para um melhor resultado da intervenção.

Contudo, analiso que houve um grande apoio por parte da equipa e que a readaptação foi decisiva para conseguir atingir a finalidade da atividade proposta. No final, todas as crianças acabaram por ajudar e permitir serem ajudadas e, na fase da

partilha, foi-nos expressado o seu agrado, tendo sido verbalizado por uma menina: *"repus as energias para um mês inteiro"*(sic) e a outra caracterizou a sessão como libertadora.

2.1.3 Processo Reflexivo e de Autoconhecimento

Este estágio para mim foi um enorme desafio, visto que detinha pouca experiência na área de psiquiatria. Contudo, sentia um interesse singular e profissional de conhecer, compreender e intervir nos cuidados ao adolescente no âmbito da área de intervenção da doença mental.

Este contexto despoletava em mim uma ambivalência de sentimentos, pois se de certa forma receava não conseguir responder aos objetivos propostos para esse contexto, por outro lado sentia curiosidade e entusiasmo em conhecer aquela realidade e adquirir novos conhecimentos. Considero, no entanto, que apesar de me sentir fora da minha zona de conforto, me encontrava motivada para o meu desenvolvimento quer pessoal, quer profissional.

No primeiro dia, a reunião com a orientadora estágio foi no sentido de obter uma maior compreensão sobre o âmbito da filosofia do serviço, a sua missão e modo de organização, e especificamente sobre as intervenções de enfermagem.

Entendo que os momentos de reflexão com a orientadora de estágio, foram sem dúvida fundamentais para este processo, sobretudo em esclarecer os fenómenos de contratransferência, transferência, identificação, entre outros e de assim, refletir sobre os mesmos, e perceber de que forma estes poderiam interferir/influenciar nas interações e no estabelecimento de relações terapêuticas.¹⁴

Neste sentido, Peplau (1990) refere que estar em relação de forma eficaz exige um processo de autoconhecimento e de aceitação, prevê o relacionamento pessoal, interpessoal e interdependente, a comunicação facilitadora, gestão de processos de transferência e contratransferência e a implementação de intervenções psicoterapêuticas.

¹⁴ **Critérios de Avaliação F1.1.1.** "Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar" (OE, 2018).

Para uma melhor percepção desses processos foi essencial a leitura sobre esta temática, bem como o debate de ideias com a enfermeira orientadora. Neste sentido, percebi que a supervisão clínica seria um importante sistema de apoio para os EESMP, pois permite desenvolver uma compreensão mais profunda, aumentar a autoconsciência e discernimento na nossa intervenção.

Recorrendo ao conceito psicanalítico de contratransferência, aplicado à prática de EESMP, segundo Hughes e Kerr (2000), aplica-se a esses pensamentos e sentimentos vivenciados pelo terapeuta em resposta ao cliente e como este o faz sentir. O processo de transferência, segundo os mesmos autores, é um processo pelo qual o cliente remete para a pessoa do terapeuta, experiências passadas e sentimentos fortes ou dependência, que ocorreram anteriormente com pessoas significativas na sua vida.

Relembro um processo de contratransferência em que num determinado momento de interação, a tristeza manifestada por uma jovem me faz imobilizar e refletir sobre aspectos mais profundos e mais antigos do que me poderia parecer num primeiro momento. Ao revisitar a minha história pessoal, encontro um episódio doloroso que vivenciei na minha adolescência. Senti que isso me criou um impasse no decorrer do estágio, o que me levou à necessidade de escrever / refletir sobre essa situação e fazer um a jornal de aprendizagem da mesma. ¹⁵

Como menciona Phaneuf (2005, p.22), “é preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam em nós.”

Ao refletir sobre o modo como me senti face a esta situação, permitiu-me perceber, como as minhas vivências anteriores poderiam influenciar a minha forma de estar na relação terapêutica. Reconhecer a transferência e contratransferência contribuiu para o desenvolvimento de uma compreensão mais profunda da resposta emocional, bem como para o meu próprio processo de autoconhecimento.

¹⁵ **Critérios de Avaliação F1.1.2.** “Gere os fenómenos de transferência e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (OE, 2018).

Recordo também, uma intervenção terapêutica em que a jovem ia ter alta e manifestava a preocupação de não conseguir marcar consulta na unidade de saúde de cuidados de saúde primários. Sendo enfermeira no concelho de residência da jovem, senti uma imensa vontade de marcar de imediato a consulta, numa tentativa de resolver a situação, no imediato.

Após essa interação e reflexão com a orientadora, percebi que a ansiedade que senti em resolver a marcação da consulta, fez com que nesse momento me desconectasse daquela jovem, não me focando no fundamental, o de esclarecer o verdadeiro receio/preocupação daquela jovem. Entendi a necessidade de conter a minha impulsividade, visto que estas intervenções se encontram delimitadas pelas fronteiras da relação profissional, pois apesar de recorrer a elementos de uma relação de cariz social existem limites terapêuticos. .¹⁶

Após uma atitude crítica e introspetiva sobre mim, refleti principalmente acerca das minhas emoções, sentimentos, acerca das minhas intervenções com as crianças e adolescentes e suas famílias, assim como sobre os comportamentos, posturas e atitudes.

Este processo de olhar sobre nós próprios levou ao “dar-me conta” de aspetos desconhecidos até então e sobretudo na identificação de fenómenos passíveis de interferir na relação de ajuda. ¹⁷

Facilitou-me também na descoberta e compreensão das dimensões que se encontram implícitas nos processos de interação. Esta introspeção foi facilitada pela elaboração dos jornais de aprendizagem e pelos momentos de reunião de supervisão ao longo do estágio.

Os jornais de aprendizagem consistiram na descrição de situações vivenciadas e posterior reflexão crítica através da metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs, que “pressupõe um exercício de reflexão com base em seis etapas que, por introduzirem questões, promovem uma reflexão sistematizada e completa da experiência vivida” (ESEL, 2018, p. 6).

¹⁶ **Critérios de Avaliação F1.1.3** “Mantêm o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (OE, 2018).

¹⁷ **Unidades de competência F1.1.** “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica (...)” (OE, 2018).

Remeto aos primeiros dias de estágio, uma situação decorrida com um jovem com alterações do comportamento, num episódio de heteroagressões dirigidas para os seus pares e adultos. A vivência desta situação conduziu-me a uma reflexão sobre os meus sentimentos e pensamentos em situações que envolvem heteroagressões.

Reconheci que esses sentimentos e emoções devem ser percebidos/analísados por mim de forma a não interferir na relação terapêutica. Pois é importante conseguir focar-me no processo terapêutico do jovem e de entender que aquelas agressões não são intencionalmente dirigidas a nós profissionais e aos seus pares, mas que estão sim relacionados com a sua história de vida. Esta introspeção sobre o que pensei e senti permitiu-me autoconhecimento e sobre a forma como posso lidar com o que sinto sem interferir na relação com o cliente.¹⁸

Considero que nas intervenções de enfermagem perante fenómenos agressivos é de todo importante, reconhecer os nossos limites, a nossa tolerância e também de perceber o que o nosso comportamento pode fazer emergir no outro. Desta forma, devemos estar atentos à nossa comunicação não-verbal para que esta não seja ameaçadora, nem provocadora. Os nossos sinais não-verbais, tais como o contacto visual, a postura, a aparência, devem transmitir segurança, calma, confiança e autocontrolo.

Gerir e prevenir comportamentos agressivos na criança e adolescentes com doença mental, representa um desafio constante para os enfermeiros neste contexto, estando mais atenta a escalada de comportamentos agressivos e no que diz respeito ao desenvolvimento de intervenções apropriadas às suas necessidades e estado de saúde.

Senti a necessidade de falar com os profissionais de saúde e a minha orientadora no sentido de perceber a melhor forma de fazer a contenção física nestas situações com o menor risco e maior segurança para os profissionais e para os jovens.

¹⁸ **Critérios de Avaliação F1.1.4** “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2018).

Neste sentido no jornal de aprendizagem refleti sobre o que pensei e senti permitiu-me reconhecer esses sentimentos e emoções vivenciadas, sobre a forma como posso lidar com o que sinto de forma a isso não interferir na relação terapêutica (Apêndice IV).

Sinto que particularmente neste contexto desenvolvi a primeira competência do EESMP, a qual remete para o autoconhecimento, num percurso que conduziu a um elevado conhecimento e consciência de mim própria, quer enquanto pessoa, quer como enfermeira, contribuindo para tal, o sucessivo processo de reflexão sobre a ação. O que me faz reconhecer a importância do autoconhecimento pessoal, para nos possamos dar conta e incorporar as habilidades e atitudes que devemos desenvolver na intervenção e no contexto de relação de ajuda. ¹⁹

Na Relação Terapêutica existe o encontro de duas pessoas, o enfermeiro/cliente e nessa conjunção o enfermeiro, para além da mobilização de conhecimentos teóricos, requer uma utilização de si mesmo como instrumento terapêutico. Recordo as primeiras aulas e da designação do EESMP enquanto “Instrumento Terapêutico”, afirmação que ressoou em mim e a prática clínica neste contexto, fez-me ficar mais convicta dessa designação. Neste sentido considero, de acordo com alguns autores que o autoconhecimento para o EESMP, constitui-se se como a pedra basilar no desenvolvimento de todas as outras competências (Stuart & Laraia, 2002).

Percebi também a extrema importância dos atributos ou qualidades pessoais do EESMP e que implica não fazer julgamentos, ser paciente, ser brando a falar, ser aberto, genuíno, ser calmo e estável. Os clientes “valorizaram o facto de os enfermeiros os fazerem sentir-se especiais e de serem tocados fisicamente através de um abraço ou colocar a mão no ombro. Contudo referem o valor de serem tocados emocionalmente, como seja tocar no coração/alma” (Pereira & Botelho, 2014, p. 68).

¹⁹ **Competência 1 do EESMP** — “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018).

2.2 Desenvolvimento de Competências em Contexto Comunitário

A segunda fase do estágio teve a duração de 7 semanas, decorreu em contexto comunitário, numa UCC, de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), da RSLVT. Abrange diversos Programas, sendo alguns deles os Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária, Curso de Preparação para a Parentalidade, Recuperação Pós-Parto, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco, Atendimento Juvenil, Saúde Escolar, entre outros.

A equipa da UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiras generalistas, enfermeiras especialistas de diferentes áreas, assistentes sociais, médicos, psicóloga, administrativa e outros profissionais consoante as necessidades. Importa dizer que, integrar esta equipa foi uma experiência muito agradável, porque me senti desde o primeiro momento bem acolhida e apoiada, quer pela minha orientadora clínica, quer pela restante equipa.

Neste contexto saliento entre as diversas atividades desenvolvidas, a participação nas consultas de enfermagem adolescentes e no âmbito do da Saúde Escolar e a participação/dinamização em sessões de um projeto de promoção de saúde mental em contexto escolar.

2.2.1 Consulta de Enfermagem a Adolescentes

As consultas de enfermagem a adolescentes, decorreram num espaço de atendimento, que é um projeto de intervenção comunitária, com a finalidade de melhorar a acessibilidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde aos adolescentes entre os 12 e os 21 anos. Está a funcionar nas instalações de uma unidade de saúde de um concelho da grande Lisboa, constando na base de dados deste atendimento, o apoio a cerca de 2900 adolescentes.

A localização deste atendimento na unidade de saúde, é um espaço exclusivo para a realização de consultas a adolescentes, permite ser um local reservado, aspeto muito valorizado pelos mesmos. Representa, assim um espaço por excelência, direcionado à promoção de saúde e aos cuidados antecipatórios. De destacar que é um atendimento gratuito e confidencial e não exige marcação de consulta, ou seja com facilidades no acesso.

A equipa deste atendimento, é também uma equipa multidisciplinar com experiência e treino na área da adolescência, constituída por 2 enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, 2 médicos, 1 psicóloga e 1 administrativa. Funciona às segundas e quartas-feiras das 14 às 17h e às sextas-feiras das 12h as 17h.

Este serviço, por apresentar uma excelente resposta de atendimento a adolescentes, permitiu-me uma intervenção privilegiada, sobretudo nos aspetos relacionados com a relação terapêutica.

A presença nas consultas permitiu-me prestar mais atenção aos aspetos da comunicação verbal e não-verbal e desenvolver habilidades e estratégias de comunicação. Aprendi a importância de uma escuta ativa, a selecionar a informação essencial, deixando as informações secundárias para outro momento.

Com peculiar atenção para o ver e investigar os porquês de um olhar para além das palavras e de não ver apenas as palavras todas, mas sim de as entender realmente.

Nas interações saliento uma postura no intuito de entender, de perguntar mais e não de responder, com o propósito de ouvir até ao fim, sem interromper.

Recordo uma situação vivenciada no âmbito da consulta de enfermagem, ao qual uma jovem de 19 anos recorreu para retomar a toma da pilula por estar a pensar retomar uma vida sexual ativa com um novo parceiro. No entanto, a jovem apresentava uma postura tensa e demonstrando alguma incerteza nessa decisão. Tal foi percebido pela enfermeira orientadora, que no decorrer da interação, criou uma relação de confiança que permitiu que a jovem falasse da sua verdadeira preocupação.

Percebi que nesta situação, um atendimento que podia ser de uma mera distribuição de um método contraceptivo, se revelou um espaço que constituiu em uma relação terapêutica entre a jovem e a profissional de saúde. Esta troca favoreceu a criação de um clima de compreensão e de apoio que esta jovem necessitava.

Esta intervenção permitiu-me estar mais atenta às mensagens subliminares da comunicação não-verbal e a identificar a diferença entre o motivo expresso pela jovem e motivo oculto desta consulta de enfermagem. Importante para esta

aprendizagem foi a reflexão crítica sobre a mesma em *Jornal de Aprendizagem* (Apêndice IX).

Neste sentido, Lazure (1994) afirma que a profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, exercendo a sua ação junto da pessoa através da relação de ajuda. Esta relação tem por objetivo dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, escolher e decidir se ele quer e/ou deve mudar.

Esta perspetiva implica que o enfermeiro mantenha a convicção de que a pessoa, independentemente do seu problema de saúde, é o único sujeito possuidor dos recursos básicos para os solucionar.

Neste sentido considero que a relação de ajuda permite criar as melhores condições possíveis para ajudar a pessoa a enfrentar a dificuldade que apresenta, “reconhecendo-a como ser único detentor de modo particular de interagir com o seu ambiente, e na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si e aceder aos seus recursos pessoais” (Chalifour, 2009, p. 120).

O estar presente nestas consultas de enfermagem permitiu-me sobretudo entender e refletir sobre aspetos da relação terapêutica e do desempenho dos EESMP na mobilização de si mesmos como “Instrumento” terapêutico bem como desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico (OE, 2018).

Foi neste contexto que fui, face algumas das situações vivenciadas nas consultas de enfermagem, refletindo sobre as mesmas e nesse sentido as aprendizagens (Apêndice VIII).

Percebi a importância de uma atitude disponível, esclarecendo sobre a intervenção neste serviço, reforçando os aspetos da confidencialidade e a abordagem forma aberta à comunicação. Inicia por questionar os jovens, “*então o que te trás por cá?*” (sic), mantendo o interesse e foco no jovem e demonstrando compreensão da situação vivenciada.

No âmbito destas consultas de enfermagem tive também a oportunidade de realizar o acompanhamento de uma jovem, em que fui reunindo um processo de

conhecimento e de estabelecimento de uma relação de ajuda onde foram mobilizadas algumas intervenções terapêuticas. (Apêndice IX).²⁰

A jovem logo na primeira entrevista interação expressa “*eu não falo muito*” (sic), o que me deixou apreensiva, mas no decorrer da entrevista isso foi se dissipando e a jovem referiu vários aspetos do seu dia-a-dia e aspetos mais específicos, como a relação com os familiares, colegas e professores. Conseguiu identificar as pessoas da sua confiança e dificuldades na interação com os pares.

Reconhecendo que a entrevista e a forma como se obtém a narrativa do utente é essencial para uma boa colheita de dados, uma vez que é através dela que o EESMP “realiza a avaliação diagnóstica e estabelece e consolida a interação terapêutica” (ESEL, 2018).

Para esta entrevista tive em conta os aspetos relacionados com o acolhimento, o momento que “consiste em prestar atenção ao que ela vive e, favorecer a sua expressão, sabendo que a estratégia relacional mais importante” (Chalifour, 2008, p.177). Procurei, manifestar o meu interesse pela jovem e convidando-a, apesar dos seus receios e hesitações, a olhar-se e a reconhecer-se tal como ela é.

Como considera Lazure (1994), verifico também que na minha prestação demonstro respeito, congruência e escuta ativa, mas, no entanto, reconheci que era importante ter mobilizado por vezes a clarificação de alguns aspetos que a jovem expressou, denominador para o desenvolvimento de uma relação de ajuda.

Senti como refere Chalifour (2008) que uma das principais expectativas do cliente que comunica com o interveniente é de ser compreendido e é sobre essa expectativa que se constrói a relação.

Nesta interação percebi que, o êxito na relação de ajuda, reside na capacidade de o enfermeiro ouvir, compreender, estar atento, interessado e fundamentalmente saber demonstrá-lo. Confrontado com estas atitudes, “o cliente deixará cair progressivamente as suas defesas e com a instalação de um clima de confiança, aceitará explorar e partilhar com o interveniente, aspetos de si que frequentemente ignora” (Chalifour, 2008, p. 125).

²⁰ **CrITÉRIOS de avaliação F3.4.** “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE, 2018).

Neste acompanhamento, pretendeu-se também reintegrar as revelações sobre as relações interpessoais e afetivas, para um melhor conhecimento da jovem sobre si própria. Senti que no decorrer desta intervenção obtive uma grande proximidade profissional com a mesma, permitindo gradualmente reforçar a relação de confiança.

2.2.2 Participação num Projeto de Promoção de Saúde Mental em Contexto Escolar

No decorrer do anterior estágio de observação, percebi que a equipa de saúde escolar da UCC tinha já implementado o *Projeto + Contigo* no seu parque escolar, solicitei assim, a participação no mesmo no estágio, no presente ano letivo.

O *Projeto + Contigo* trata-se de uma “intervenção multinível em rede no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária” que integra atividades de desenvolvimento de competências socio emocionais (Santos, 2014). A população alvo do projeto são os adolescentes do 3º ciclo e ensino secundário e as pessoas com maior proximidade (assistentes operacionais, professores e encarregados de educação).

De forma a adquirir maior conhecimento sobre esta temática, tive a oportunidade de realizar o *curso + Contigo* em março e, em outubro de 2018, participar no *VII Encontro + Contigo*, onde houve a partilha de resultados e de diferentes experiências vivenciadas, por profissionais de saúde, professores e alunos que dinamizaram ou participaram neste projeto (Anexo I).

Durante o estágio participei na dinamização do projeto em dois dos Agrupamentos de Escolas da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade. A população alvo, consistia em alunos pertencentes a 4 turmas do 7º ano de escolaridade. Com a enfermeira orientadora deste contexto dinamizei um total de 16 sessões.²¹

Por questões éticas, urge assim dizer que, por ser um projeto implementado pela equipa de saúde escolar da UCC, integrado nas atividades da mesma, já havia sido

²¹ **Competência 4 do EESMP** “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018).

pedido o consentimento às direções das escolas, bem como aos encarregados de educação dos alunos das turmas envolvidas para a dinamização do mesmo.

Relativamente às sessões dirigidas aos encarregados de educação, professores e assistentes operacionais, visto a data das mesmas coincidirem com o estágio em contexto hospitalar, não me foi possível estar presente.

Nas intervenções desenvolvidas nas turmas ao longo das 4 sessões foram abordados temas como a desconstrução de crenças, que remetem ao estigma da pessoa com doença mental; a adolescência; a autoestima; a capacidade de resolução de problemas e o bem-estar. Transversal a todo o programa foram abordados aspetos como a comunicação assertiva, gestão de emoções e comportamentos de risco (Santos et al, 2013).

As intervenções foram de cariz psicoeducativa, visto este mediador poder ser utilizado em diferentes contextos e problemáticas, nomeadamente na prevenção, promoção e educação em saúde. Neste caso, a vertente da psicoeducação, engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental da pessoa, sendo que o profissional atua como um agente de mudanças. Surge então como uma intervenção que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas (Sampaio, 2011).

As metodologias de intervenção utilizadas nas sessões, são: a expositiva; debate de situações concretas; o role-play e jogos socioterapêuticos. As metodologias, enquanto elemento unificador de teoria e prática, constituíram um importante meio neste processo pois depende delas, em grande parte, o êxito da própria intervenção.

Para cada sessão elaborei um plano de sessão baseado nas intervenções do *Projeto + Contigo*, estruturado com as atividades propostas para as mesmas. Após a execução das sessões percebi que estes planos constituíram um fio condutor para a dinamização das mesmas, contudo, constatei também que, mesmo com o plano, cada sessão foi vivida de forma diferente, tendo em conta o facto de tanto os alunos, como os professores, bem como as interações, partilhas ou situações vivenciadas serem distintas.²²

²² **Critérios de avaliação F3.3.5.** “Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica,

Inicialmente senti que o estar focada na intervenção e o querer cumprir o plano condicionou-me e não me permitia estar presente e atenta ao estado emocional dos alunos e turma, bem como na percepção das dinâmicas relacionais. Algo que me deixou inquieta, pois percebi que algo que já previamente tinha adquirido pela minha experiência em intervenção em saúde escolar me estava a faltar integrar nestas sessões.

Tal acontecimento levou-me a refletir com as orientadoras clínica e da escola no momento da orientação pedagógica, pois o estar ali em posição de formanda, com a preocupação que a sessão corresse como previsto e a limitação do tempo, me fez sentir a falta da capacidade intuitiva, adquirida durante estes anos.

Percebi que este sentir é um instrumento de crescimento pessoal para nós próprios, e para os participantes do grupo. O receio de não compreender um grupo, é um sentimento que impossibilita o terapeuta de estar livre para “sentir” o grupo (Andréa, 2006).

Ciente que é necessário escutar e compreender, para que possa entender o sentido do que é expresso em palavras, gestos ou sensações. Para esta compreensão são necessários conhecimentos teóricos, mas acima de tudo é preciso ter disponibilidade para viver como grupo toda intensidade de sentimentos, emoções e sensações que eles nos trazem (Andréa, 2006).

Percebi assim, o quão importante é, nestas intervenções, estar disponível e presente, para que se manifeste esta sensibilidade que permite detetar desajustes comportamentais e afetivos, alterações de humor e ter a percepção emocional dos adolescentes quer individualmente, quer em grupo.

Como aprendizagem retida anteriormente no contexto hospitalar, reconheço que nem tudo corre como planeamos, mas temos de ser flexíveis, adaptarmo-nos e irmo-nos dando conta do que podemos melhorar.

Em cada sessão foram realizadas notas de campo que me permitiram refletir em que medida a participação/dinamização no projeto me proporcionou aquisição de aprendizagens e desenvolvimento de competências neste contexto. Igualmente

negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto” (OE, 2018).

importante para a aprendizagem foram os momentos de reflexão no final das sessões com a enfermeira orientadora.

Sabendo da importância da fase de acolhimento no estabelecer da relação de ajuda, após apresentação geral para toda a turma, fui-me aproximando dos jovens no sentido de dar-me a conhecer melhor e também no sentido de os conhecer individualmente.

No sentido dessa aproximação, logo na primeira sessão, sobre a temática do “estigma”, integrei o grupo da dramatização da pessoa com doença mental. Percebi a dificuldade sentida no grupo de “o que é isto da pessoa com doença mental?” observando que uns diziam “*são os autistas*” (sic), outros comentavam são “*aqueles que têm deficiência mental*” (sic).

Como refere Sousa (2017, p.2), o desenvolvimento destes estereótipos e da estigmatização tem origem na educação das crianças, sobretudo através das mensagens veiculadas através dos meios de comunicação.

Entendi assim a necessidade de desenvolver por parte dos profissionais de saúde o combate ao estigma, procurando uma melhor compreensão destes fenómenos. Em Portugal, estudos, revelam que o nível de Literacia em Saúde Mental é reduzido para todas as perturbações, tornando-se preocupante quando se sabe que grande parte das perturbações tem a sua primeira ocorrência na adolescência e de este ser o grupo com menos contatos com o serviço nacional de saúde e grande relutância em procurar ajuda especializada (Loureiro et al., 2012).

A proximidade ao grupo, permitiu-me perceber as dificuldades sentidas pelos jovens durante a atividade e a ter uma intervenção mais ativa, possibilitando-me a apoiá-los a refletir e a atuar como mediadora nas relações e em tomada de decisões, auxiliando em situação de confronto de ideias, facultando estratégias de negociação para que estes entrassem em consenso.

Percebi que o estar atenta aos aspetos da comunicação verbal e não-verbal, durante a dinamização das atividades, me permitiu um aproximar em determinados momentos a alguns jovens e alguns subgrupos. Relembro uma sessão em que um jovem que apresentava uma postura fechada, capuz na cabeça e com a cara tapada, e que, apesar de ter sido abordado pelo professor no sentido de destapar a cabeça, apenas o tirava quando abordado, voltando posteriormente a colocá-lo durante a atividade, mostrando-se renitente à participação e mantendo-se sentado.

No decorrer da interação fui-me aproximando e interagindo com ele e apesar de inicialmente ainda com alguma relutância à participação, foi acedendo e envolveu-se gradualmente na atividade.

Entendi que um dos aspetos facilitador da comunicação é o devolver e reforçar perante os jovens que não há respostas certas ou erradas, sendo todas válidas e até mesmo quando não lhes vem “nada à cabeça”. É importante o grupo perceber que os aceitamos tal como são, sem os julgar.

Nas sessões com o intuito de promover a expressão emocional, foi perceptível uma dificuldade quase generalizada dos adolescentes em falar de emoções e de verbalizar o que sentem. Contudo, como refere Chalifour (2008, p. 60), “é importante facilitar e encorajar a expressão de emoções, pois constituem uma das etapas que leva ao reconhecimento e à satisfação das necessidades”.

Recordo uma sessão em que após a manifestação dos jovens sobre o que os fazia felizes ou tristes, fiz o apanhado sobre as respostas e transmiti ao grupo o facto de a maior parte das coisas que eles referiram estarem relacionadas com o outro. Nesse momento, um aluno expressa: *“eu estou feliz quando eu quero”* (sic), num tom de provocação e reforça, *“mas eu estou sempre feliz”* (sic).

Face àquelas afirmações, expressei: *“sentirmo-nos felizes é uma sensação boa”, “mas nem sempre estamos felizes”,* mas indo buscar o que o grupo havia mencionado anteriormente, *“há situações do dia-a-dia que às vezes nos põe tristes, como chatearmo-nos com alguém, tirar uma má nota”* (sic). São nesses momentos de tristeza que temos de arranjar estratégias para que a tristeza não se perpetue. Acabei por questionar o aluno, *“mas porque é que hoje estás feliz?”* (sic) Tendo o mesmo respondido, *“porque faço anos hoje!”* (sic). Respondi-lhe dando-lhe os parabéns e que sendo um dia especial tinha um motivo para celebrar. Percebi que a questão que lhe direcionei naquele momento me fez perceber o porquê daquele comportamento e da importância de lhe dar voz, pois no resto da sessão deixou de interromper e manifestou uma postura mais tranquila.

Consistindo as sessões em atividades mais dinâmicas, senti alguma dificuldade em lidar perante posturas desafiantes e de provocação manifestadas por alguns jovens, o que me fez sentir alguma frustração e refletir sobre como posso lidar e gerir essas emoções. Perceber como posso colocar limites, mas de forma assertiva,

o que nem sempre é fácil e nos leva a uma sensação de cansaço no final de algumas sessões.

Recordo uma sessão em que me senti desconfortável pela presença de um docente com uma postura mais permissiva e com dificuldades em estabelecer limites. Sendo uma sessão em que estamos em colaboração com o docente da turma, é contraproducente sobrepormo-nos em algumas das decisões do mesmo. A postura permissiva do docente foi também perceptível por algumas jovens, que se aproximaram de mim e expressaram “*o professor ignora-nos, ele não nos ouve*” (sic), o que me fez refletir também sobre a importância do escutar o outro e da nossa postura e atitudes enquanto mentores e figuras de referência para estes jovens.

Na fase de reflexão de uma das sessões, ao analisarmos as respostas do grupo percebemos que o que mencionam que os faz sentirem-se bem ou mal, está sobretudo relacionado com as pessoas que os rodeiam, quer por atitudes menos adequadas dirigidas a eles ou por relações afetivas ou de proximidade, informação que considerámos importante devolver ao grupo, os quais responderam com uma reação de admiração e interesse.

Nesta sessão, percebi que a reflexão sobre a atividade possibilitou-lhes ter a perceção do quanto comentários depreciativos e certos comportamentos podem interferir com a autoestima e autoconfiança, pois esta depende da forma como nos vemos e nos aceitamos, mas também como os outros nos vêm e aceitam.

Analiso que para esta clarificação foi necessário devolver ao grupo o que tinham verbalizado durante a sessão, para que os mesmos compreendessem que estavam a ser ouvidos e de ajudá-los a refletir sobre o que expressaram, indo assim ao encontro das necessidades que emergem do grupo.

Penso que o trazer à reflexão o que eles sentem e ligar com os aspetos que eram importantes transmitir na sessão sobre o tema, permitiu que os jovens, para além de manifestar o que eles próprios sentiam, identificassem e percebessem como os outros também se sentem.

Também contribuiu para a identificação de estratégias de *coping* eficazes mencionadas pelos os jovens e acrescentadas por nós e assim desenvolverem novas capacidades de lidar com situações adversas.²³

Neste sentido, esta partilha, contribuiu para criar um processo de pertença e de união, na medida que os adolescentes, compreendessem que estão juntos nesta etapa de desenvolvimento.²⁴

A base da representação que o adolescente tem de si envolve o bem-estar individual e social, “expressa um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa de si mesmo, e até que ponto o individuo se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso e o juízo pessoal de valor expresso nas atitudes que o individuo tem consigo mesmo” (Assis, Joviana, Cosme, Juaci, & Oliveira, 2003, p. 670).

O grupo desempenha assim um papel fundamental no bom desenvolvimento do adolescente, para o qual também conflui a autoestima. Neste sentido o grupo contribui igualmente para uma “validação consensual”, que pode ajudar a uma reflexão acerca das discrepâncias de autoimagem que o adolescente tem da imagem que os outros têm dele (Souza, 2011).

Igualmente importante foi a mensagem veiculada de que não só as pessoas que se sentem muito tristes ou com uma autoestima muito baixa, devem pedir ajuda, mas as que andam sempre a agredir os outros também não se encontram bem. Nessas situações, devem pedir apoio ou ajuda de alguém que os ouça e lhes dê força, como os amigos, a família, os professores, ou os profissionais de saúde, disponibilizando-nos assim como elementos de apoio.

Relembro na expressão de emoções, quando um jovem verbaliza que está muito triste e que lhe é difícil sair dessa tristeza. Nesse momento o jovem menciona que um dia “*sentia-me tão mal, que só me queria atirar da janela*” (sic), mas que estava com um amigo, que não o deixou sozinho, permanecendo com ele até que a sua mãe chegasse a casa. Elogiámos a atitude do amigo, empática e de apoio.

²³ **Critérios de Avaliação 3.4.1.** “Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental” (OE, 2018).

²⁴ **Critérios de Avaliação F4.2.1.** “Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições” (OE, 2018).

Percebi que situações idênticas de dúvidas e/ou manifestação de problemas de saúde podem surgir e que as temos de as valorizar e as esclarecer no sentido de uma intervenção colaborativa com o diretor de turma e encarregado de educação.²⁵ Neste sentido contribuindo para uma deteção precoce²⁶ e, se necessário, encaminhamento²⁷ para consultas de especialidade.

Compreendi também que o estar lá e criar ligação com eles é uma mais valia, pois sentem-nos como profissionais mais próximos, aos quais podem pedir ajuda. Considero que a participação/dinamização do *Projeto + Contigo* consistiu assim um mediador fulcral para a identificação das intervenções do EESMP na promoção de saúde mental no contexto escolar.

²⁵ **Critérios de avaliação F4.1.1.** Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais (OE, 2018).

²⁶ **Critérios de avaliação F3.1.1.** “Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental” (OE, 2018).

²⁷ **Critérios de avaliação F3.5.6.** “Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental” (OE, 2018).

3 INTERVENÇÕES DO EESMP NA PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO ESCOLAR

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem por base a relação enfermeiro-cliente (Townsend, 2011). O estabelecimento de uma relação terapêutica, essencial no *setting* escolar, consiste numa interação entre o interveniente (EESMP) e os adolescentes integrados no grupo.

A relação que o profissional estabelece com o grupo é primordial para garantir a sua motivação. A capacidade de comunicar é fundamental para o estabelecimento dessa relação, que deve ser empática, baseada no respeito pela individualidade, na privacidade, na confidencialidade e na autonomia dos adolescentes. Além da motivação, o envolvimento é um fator importante para a adoção de comportamentos saudáveis que melhorem o estado de saúde, uma vez que existindo uma partilha ativa entre os participantes subsiste uma maior adesão (Ferreira, 2008).

Na perspetiva de promoção da saúde, o EESMP, enquanto prestador de cuidados dirigidos ao grupo, assume o papel de facilitador e, nesse sentido, consegue uma contínua troca de energia entre todos os intervenientes. Neste âmbito de promoção de saúde “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (OE, 2015).

Neste sentido conhecer a “relação entre os processos de aprendizagem, o desenvolvimento das competências sociais e fatores determinantes, nos adolescentes, ajuda os enfermeiros a compreenderem os mecanismos que podem influenciar o desenvolvimento adequado dessas competências” (Loureiro, Santos & Frederico-Ferreira, 2015, p. 31)

O desenvolvimento de competências socioemocionais permite que os adolescentes se tornem mais resilientes, reconheçam as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas permitindo a gestão de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida (PNSE, 2015, p.10).

Reconhecendo que as intervenções do EESMP no âmbito do desenvolvimento de competências socioemocionais e de prevenção, consistem em ações determinadas a apoiar os adolescentes a reter, abranger e/ou manter a estabilidade do sistema (Freese, 2004).

Assim, a intervenção do EESSMP, privilegia medidas de desenvolvimento de competências socio emocionais, de forma a este estar capacitado para a prevenção de stress (redução da possibilidade de confronto com stressores reais ou potenciais) e de forma a diminuir a exposição face a fatores de risco, aumentando desta forma a capacidade de resistência do sistema.²⁸

Numa abordagem sistémica ao grupo as intervenções do EESMP na promoção de saúde mental aos adolescentes, visam sobretudo: o aumentar a auto e hetero-capacidade de aceitação, confiança, empatia, compaixão e respeito no seio do grupo, para com os outros; motivar o grupo a desenvolver novas estratégias de *coping* para enfrentar novos desafios; Incentivar uma crescente autonomia e desenvolver a capacidade de responsabilização; Proporcionar autonomia às suas escolhas, tendo a noção de que a liberdade de escolha não está isenta de uma liberdade de consequências; Apoiar o ser assertivo no sentido de ser capaz de enfrentar os outros de uma forma respeitosa e honesta (Neuman & Fawcett, 2011, p.77).

No âmbito da prevenção primária o EESMP, intervém no sentido de capacitar os adolescentes para a vida, em aspetos tais como a resolução de problemas, o raciocínio crítico, a comunicação, as relações interpessoais, a empatia e os métodos para fazer face às emoções, que permitirão aos adolescentes desenvolver uma saúde mental firme e positiva (Mishara e Ystgaard, 2000).

Nestas sessões os EESMP, assumem uma postura de potenciadores da reflexão dos grupos de forma a levá-los a interpretar as suas atitudes e comportamentos e refletir sobre as consequências das suas escolhas, neles próprios e nos outros.

²⁸ **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, n.º 356/2015**

4.2 — Promoção de Saúde “O reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental.”; “A identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente.”; “A promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância” (OE, 2015).

Permitindo que os adolescentes nas partilhas expressas em grupo consigam identificar e mobilizar os seus recursos disponíveis e estratégias de *coping* eficazes.

Procura-se que estes momentos sejam oportunidades para motivá-los, convidando-a serem os principais intervenientes na mobilização dos seus recursos internos. Com o propósito de desenvolver uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento do adolescente, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento individual, uma vez que precisa de melhorar o nível de saúde, através de estratégias de promoção de saúde mais eficazes (OE, 2010).

Neste sentido os profissionais de saúde para intervir em grupos, necessitam de melhorar os conhecimentos sobre o comportamento do adolescente e ao mesmo tempo entender que este nem sempre é harmonioso (Souza, Borges, Medeiros, Teles, Denize, & Munari, 2004).

Reconhecendo que a linguagem e comportamento dos adolescentes dentro do grupo é diferente de quando eles se encontram sozinhos e distinta dos demais grupos sociais, é importante que os profissionais de saúde entendam essas características, de modo a conseguirem intervir e selecionar a melhor estratégia (Souza et al, 2004, p.20).

Numa outra temática evidenciada pela Ordem dos Enfermeiros, o EESMP, tem um papel ativo, no desenvolvimento de campanhas anti estigma; atividades nos meios de comunicação social, escolas, empregos e outros contextos; otimizando os recursos existentes do indivíduo; adotando estratégias protetoras (OE, 2018).

Como constata Freitas e Gonçalves (2012), o estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.

Pertence assim aos profissionais de saúde no combate ao estigma, desmistificar a doença mental ao público em geral com o intuito de o diminuir a estigmatização (OMS, 2001). A intervenção no contexto escolar, tornam-se um espaço favorável à

desmistificação de preconceitos associados aos problemas de saúde mental, tendo o EESMP um papel fulcral, no contribuir para um novo olhar sobre a saúde mental. ²⁹

Um dos aspetos positivos do desenvolver projetos de promoção de saúde mental em contexto escolar, com intervenção em diferentes momentos ao longo do ano letivo, é o estabelecimento de uma relação terapêutica com o grupo e que esta proximidade permita que os adolescentes nos identifiquem e reconheçam como elementos de apoio.

Projetos neste âmbito da promoção de saúde permitem um acesso à população adolescente, constituindo um meio que pode ser fundamental para a deteção precoce de situações de perturbação da saúde mental, mas também para que os jovens nos identifiquem como elementos de apoio.

No âmbito da Prevenção de complicações o EESMP, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental, previne complicações para a saúde mental dos clientes” (OE, 2015).

No âmbito da Prevenção secundária, a intervenção, o EESMP, no decorrer das sessões, pode ser identificar casos de risco que necessitem de avaliação mais específica e intervenção clínica. Nas possíveis situações de sofrimento mental, identificadas nos adolescentes, cabe ao EESMP intervir e encaminhar precocemente para cuidados especializados em articulação com outros profissionais de saúde. ¹

Cabe à equipa de Saúde, em articulação com a família, “identificar as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-la, proporcionar-lhe apoio continuado e promover a articulação entre todos os intervenientes no processo de aprendizagem, prevenindo precocemente os fenómenos de estigmatização ou mesmo de exclusão” (PNSE, 2015, p. 42).

²⁹ **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, n.º 356/2015**

4.2 — **Promoção de Saúde** “A promoção da literacia em Saúde Mental”

4.8 — **A Redução do Estigma e a Promoção da Inclusão Social** “A capacitação da comunidade e família para o respeito e integração da pessoa diferente” (OE, 2015).

¹ 4.3 — **A Prevenção de Complicações**, “identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas reais ou potenciais de saúde mental do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”; “A cooperação interdisciplinar e a adequada referência dos clientes para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (OE, 2015).

Sabendo que a prevalência de problemas de saúde mental na adolescência é significativa, as atitudes estigmatizantes fazem prevalecer uma visão preconceituosa das doenças e dos doentes fortemente enraizada cultural e socialmente (Loureiro et al, 2012).

É de salientar que a procura de ajuda em saúde mental é por força da sua natureza mais complexa que noutras doenças. Em que um dos obstáculos do acesso aos serviços de saúde mental, é, sem dúvida, o estigma associado aos problemas de saúde mental. Igualmente a escassez de serviços especializados de saúde mental, constitui um entrave a uma intervenção atempada (Gonçalves & Moleiro, 2016).

Os enfermeiros, como interlocutores da saúde nas escolas, são promotores de saúde e estabelecem uma colaboração ativa com elementos da comunidade educativa. As orientações aos professores e pais, podem neste sentido promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais, indo também ao encontro da competência comum do Enfermeiro Especialista, no desempenhar “o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade” (OE, 2019).²

² **Competência Comum dos Enfermeiros Especialistas, no Domínio da Responsabilidade profissional, Ética e legal:** a) “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero a elaboração deste relatório um momento reflexivo e de desenvolvimento pessoal e profissional, sendo este preenchido de experiências e vivências edificadoras e de solidificação de aprendizagens e no desenvolvimento das competências globais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Atento que um dos focos prioritários da nossa intervenção é a promoção de saúde mental, consigna a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), que os ESSMP coordenem, implementem e desenvolvam projetos de promoção e proteção da saúde mental, em locais de trabalho e escolas, esperando a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e a implementação de programas de intervenção precoce.

A OMS (2001) aponta que as escolas se tornaram um dos contextos mais importantes para a promoção de intervenções em crianças e jovens. A evidência mostra que os programas realizados nas escolas podem influenciar uma visão mais positiva da saúde mental e reduzir fatores de risco e problemas emocionais e comportamentais potenciadores da doença mental. É de extrema importância contribuir para a PSM dos adolescentes em contexto escolar, visto o aumento dos principais fatores protetores da saúde, capacitá-los a lidar com experiências adversas.

No entanto, de acordo com os resultados do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* realizado em Portugal, em colaboração com a OMS, e que pretende estudar os estilos de vida e os comportamentos dos adolescentes, “a saúde mental continua um assunto pouco esclarecido, com os jovens a apresentar sintomas de mal-estar, por vezes mesmo tristeza extrema, desregulação emocional, preocupações intensas e invasivas, com pouco acesso a medidas que não sejam medicamentosas” (Matos, 2018, p.57).

Numa recente revisão sistemática sobre Promover a Saúde Mental e o Bem-Estar dos Adolescentes, são identificados uma série de intervenções sólidas de promoção e prevenção, baseadas na evidência, para promover a saúde mental do adolescente. Embora as intervenções tenham sido implementadas na Europa, a maioria não foi avaliada rigorosamente e poucas incluíram informações detalhadas sobre a qualidade da implementação do programa. Aponta-se a necessidade de

fortalecer as evidências da efetiva transferência transcultural dessas intervenções, incluindo pesquisas mais sistemáticas sobre sua implementação nos diversos contextos (Kuosmanen, Clarke & Barry, 2019).

Os profissionais de saúde, com especial enfoque, os EESMP, são assim agentes privilegiados na concepção, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde mental em contexto escolar.

Urge uma maior consciência da importância de implementação de projetos no sentido que os EESMP adquiram novas competências que lhes permitam uma crescente capacitação, nomeadamente dirigida ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais dos jovens, pelos benefícios já reconhecidos na evidência científica.

Perspetivo a implementação de projetos deste âmbito no meu contexto de trabalho, pois reconheço a importância destas intervenções não só dirigida a adolescentes, mas também perspetivando intervir numa fase mais precoce, com crianças.

Observo que a especialidade se revelou um desafio, com inúmeros obstáculos que fui conseguindo ultrapassar, contudo, fazendo este percurso reflexivo, sinto e percebo uma mudança significativa na minha prática profissional, tendo agora uma maior consciência sobre mim própria, quer enquanto pessoa quer como enfermeira, reconhecendo que é necessário seguir num contínuo processo de autoconhecimento, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann, G. (Coord.) (2016) Relatório Técnico de Avaliação do Ano Letivo 2014/2015 do Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16955>
- Andréa, M. (2006). Transferência e Contratransferência: O Sentir como Instrumento de Trabalho no Processo Grupal. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. 7 (2), 51-58. Acedido 7-01-2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v7n2/v7n2a08.pdf>
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International. Vol. 11. Great Britain: Oxford University Press.
- Antunes, M. (2011). *Fatores de risco e de proteção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude*. Lisboa. (Dissertação de Mestrado em Educação Especial) Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3670/1/Tese_MEE_Marta_Antunes.pdf
- Assis, S., Joviana, A, Cosme, M., Juaci, V., Oliveira, R. (2003). A Representação Social do Ser Adolescente: Um Passo Decisivo na Promoção da Saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 8,3, 669-679. Acedido 7-01-2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17448.pdf>
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006). *Maus tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batista, M. & Ângelo de Sousa (Coord.) (2007). *Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), Direcção-Geral de Saúde (DGS); Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/consumospa_prevencaomeioescolar.pdf
- Blanco, C. & Muñoz, M. (2010). *Programa de Promoción de La Salud Mental Positiva Y Prevención de la Enfermedad Mental en el Âmbito Escolar de la Comunidad Autónoma*. Salud Mental de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud: Fundación Igualdad Ciudadana. Disponível em: http://www.ascane.org/infanto_juvenil/guiasaludmentalpositiva.pdf

- Borges, C. & Filho, H. (2008). *Intervenções em Saúde em Meio Escolar. Organização de Intervenções Preventivas: Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal P., Marta, F., Pereira, F., ..., Lopes, I. (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa: DGS, IPS/ESS, PV, DGE.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção* (volume 2). Loures: Lusodidacta.
- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Journal of Child Development*, 82, 405-432. Acedido em: 18-01-2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, Conceitos e Critérios. *Adolescência & Saúde*. 2, 6-7. Acedido 18-01-2019. Disponível em: www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=16
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2018). *Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*. Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ano Letivo 2018-2019 – 2.º Ano/1º Semestre". Acessível na ESEL, Lisboa, Portugal.
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: (file:///C:/Users/HP/Downloads/Tese%20Dout%20MMFerreira.pdf).
- Freese, B. (2004). *Betty Neuman, Modelo de Sistemas*. In Tomey, A. & Aligood, T. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Freire, P. (2010). *Educação e Mudança*. 32ª ed. São Paulo: Paz e Terra, Lda.
- Freitas, C. & Gonçalves, M. (2012). A Estigmatização do Doente Mental. *Artigonal - Diretório de Artigos Gratuitos*. Acedido 10-02-2019. Disponível em: <http://www.artigonal.com/saude-artigos/aestigmatizacao-do-doente-mental-2440918.html>
- Gonçalves, M. & Moleiro, C. (2016). Resultados de um Programa Piloto de Desestigmatização Da Saúde Mental Juvenil. *Revista Saúde Pública* setembro-

- dezembro 2016, Pág. 276-282. Acedido 10-05-2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300256?via%3>
- Hughes, P. & Kerr, I. (2000). “*Transferência e contratransferência na comunicação entre médico e paciente.*” *Avanços no tratamento psiquiátrico*. 6, 57-64.
- Jardim, M. (2007). *Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1107/1/2008001310.pdf>
- Kuosmanen, T., Clarke, A. & Barry, M. (2019). "Promoting adolescents' mental health and wellbeing: evidence synthesis". *Journal of Public Mental Health*, Vol. 18 Issue: 1, pp.73-83. Acedido 10-05-2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JPMH-07-2018-0036>
- Lei de Bases do Sistema Educativo, aprovada pela Lei n.º 46/86, de 14 de outubro, alterada pelas Leis n.ºs 115/97, de 19 de setembro, 49/2005, de 30 de agosto, e 85/2009. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2013.pdf>.
- Lei nº 85/2009, de 27 agosto de 2009. Estabelece o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar e consagra a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade. Diário da República, 1.ª série — N.º 166.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais - uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, (9) pp.41-47. Acedido 10-05-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>
- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: A survey about Portuguese youth. *Bio Med Central Psychiatry*, 13(129), 1-8. Acedido em: 10-01-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>
- Loureiro, C., Santos, M., Frederico-Ferreira, M. (2015). Conceção do Programa de Intervenção em Enfermagem “Melhorar Competências Com Os Outros”. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 27-32. Acedido 15-04-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a05.pdf>
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 157-166. Acedido em: 15-04-2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11112>.

- Matos, M. (2005). *Comunicação e Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M. (Coord.) (2018). *Relatório do estudo: Health Behaviour in School - Aged Children, Dados Nacionais, 2018. A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão*. Lisboa: Equipa Aventura Social e Faculdade de Motricidade Humana/Universidade de Lisboa.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mishara, B. & Ystgaard M. (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*. 21(1): 4-7.
- Moreno, J. L. (1974). *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*. (A.C.M. Cesarino Filho, Trad.). São Paulo: Mestre Jou.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª eY. EUA: Appleton & Lange
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011) - *The Neuman systems model*. 5ª ed. New Jersey: Pearson Education.
- OCDE (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Paris/EU, Brussels: OECD Publishing. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*. 8, 30-37. Acedido 16-03-2019 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a05.pdf>
- OMS (2000). *What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys*. In: WHO. *Sexuality, reproductive health and fatherhood*. cap. 3. Genève: OMS.
- OMS (2001). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- OMS (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar*. Conferência de alto nível da União Europeia Juntos pela Saúde Mental e pelo Bem-Estar. Bruxelas: OMS. Acedido em 15-05-2018. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_pt.pdf

- OMS (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. In the WHO. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHAP>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, série 1, número 3. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Regulamento n.º 256/2015. Publicado em Diário da República, 2ª Série – n.º 122 – 25 junho 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 515/2018*. Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pearson & Vaughan (1992). *Modelos para o Exercício da Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Peplau, HE. (1990) *Relaciones Interpersonales en Enfermería Psicodinâmica*. Barcelona: Mason-Salvat.
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. 18(2), 61-73. Acedido 16-03-2019. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf
- Peres, F. & Rosenburg, C. (1998). Desvelando a conceção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 7(1), 53-86. Acedido 17-03-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n1/04.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2015). Norma DGS 015/2015 de 12/08/2015. Lisboa: DGS.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (2017). Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em:
http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sampaio, F (2011). A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 5, 30-36. Acedido 16-07-2018. Disponível em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n5/n5a05.pdf>
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L. (2013). + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista Enfermagem Referência*. 2013, vol.ser III, n.10, 203-207. Acedido em: 11-02-2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13121>.
- Santos, J. (Coord.) (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). *Transitions: A Central Concept in Nursing*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Silva, I. (2012). *Abrir espaço à saúde mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7º ano de escolaridade*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em:
repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9260/1/Dissertação.pdf
- Sousa, J. (2017). O Estigma da Saúde Mental. *Psicologia.pt*. 2017, 1-7 Acedido em: 06-01-2019. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>
- Souza, C. (2011). Psicoterapia de Grupo em uma Abordagem Fenomenológica-Existencial: Um Estudo Exploratório. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido 12-02-2019. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0289.pdf>
- Souza, M. Borges, I. Medeiros, M. Teles, Denize, S. & Munari, B. (2004). “A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST”. *J Brás DST*, 2004, vol. 16, Sup. 2, pp. 18-22.

- Stuart, G. & Laraia, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. (4ªed). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. 13ª edição. Porto Alegre: Artes médicas.
- Tavares, A. (2018). *Prevenção do consumo de substâncias nos adolescentes. A intervenção em contexto escolar: validação de um programa preventivo*. Tese submetida à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113110/2/273942.pdf>
- Tomás, C. & Gomes, J. (2014). *Avaliação da Eficácia de um Programa de Desenvolvimento de Competências em Adolescentes com Vista à Promoção da Saúde Mental*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 2. fevereiro de 2015.
- Tomey, A. & Aligood, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5.
- Vasconcelos, M. (2016). *Literacia em Saúde Mental e o Papel da Proximidade a Problemas de Saúde Mental: Follow-Up do Projeto Abrir Espaço à Saúde Mental*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção de grau de mestre em psicologia. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTAÇÃO%20FINAL%20MARCIA%20VASCONCELOS.pdf>
- Vicente, L. (2005). Psicodrama: Transferência e contratransferência. *Análise Psicológica*, 23 (2), 79-83. Acedido 25-03-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a01.pdf>
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). O Estigma da Doença Mental: Que caminho percorremos? *PsiLogos*, 11(2), 11-21.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

ANEXOS



VII ENCONTRO +CONTIGO
PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM MEIO ESCOLAR

Certificado

Certifica-se que **Paula Alexandra Gomes Ferreira Friães**, nascido(a) a 1975-03-27, de nacionalidade Portugal, portador(a) do Documento de Identificação nº 10505300, válido até 2019-04-19, participou no **VII Encontro + Contigo - Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar**, que decorreu no dia 03 de outubro de 2018, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 03 de outubro de 2018

O Presidente do Conselho Diretivo
da ARS Centro, IP

Rosa Rcis Marques

A Presidente da ESEnfC

Aida Cruz Mendes

P'la Comissão Organizadora

José Carlos Pereira dos Santos

APÊNDICES

Apêndice I

Quadro I do Projeto - Interligação das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e Atitudes/Atividades a Desenvolver nos Locais de Estágio

Quadro I - Interligação das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e Atitudes/Atividades nos Locais de Estágio

Domínios	Competências Comuns	Atitudes/Atividades nos Contextos
<p>A. Responsabilidade profissional, Ética e legal;</p>	<p>a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenhar todas as intervenções, com base no respeito pela dignidade humana e tendo por base os princípios éticos. • Solicitar Consentimento informado, sempre que necessário. • Manter a confidencialidade dos dados das crianças e jovens que me forem atribuídos, participantes nos projetos escolares e dos adolescentes que recorrem às consultas de enfermagem. • Garantir a privacidade necessária, nos momentos de expressão de sentimentos e emoções.
<p>B. Gestão da qualidade</p>	<p>a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Planos das Sessões do Projeto de PSM. • Fazer notas de campo das sessões dinamizadas. • Definir, com base em dados recentes de investigação científica, estratégias de intervenção no âmbito do aumento dos fatores protetores e desenvolvimento de competências socioemocionais, que permitam a PSM nos adolescentes. • Colaborar nos programas/projetos já implementados nos diferentes contextos.

	c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver intervenções promovendo um ambiente terapêutico e seguro. • Proteger os registos efetuados relativamente aos clientes, bem como as notas de campo, respeitando o Sigilo dos mesmos.
C. Gestão dos cuidados	<p>a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a equipa multidisciplinar, por forma a ser reconhecida como um elemento válido. • Promover momentos de partilha na equipa de enfermagem, para discussão de situações que ocorram da prática de cuidados. • Observar estratégias de liderança de equipa utilizadas nas diferentes situações por enfermeiros especialistas.
D. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	<p>a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o diálogo com os/as orientadores/as no estágio para compreender o feedback das minhas intervenções. • Refletir acerca das minhas práticas, de forma sistematizada, mantendo um registo reflexivo semanal, para a consolidação da aprendizagem e perceção do meu autoconhecimento. • Preconizar nas intervenções delineadas, o serem baseadas em evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice II

Quadro II do Projeto - Interligação das Competências Específicas do EESMP e Atitudes/Atividades a Desenvolver nos Locais de Estágio

Quadro II - Interligação das Competências Específicas do EESMP e Atitudes/Atividades nos Locais de Estágio

<p>Competências Específicas do EESMP</p> <p><i>(Regulamento n.º 515/2018, DR, 2.ª série - N.º 151 — 7 de agosto de 2018).</i></p>	<p>Atitudes/Atividades nos Locais de Estágio</p>
<p>1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de um Diário de Bordo, com as reflexões sobre as experiências vivenciadas no percurso dos diferentes contextos. • Estar atenta de forma a identificar emoções, sentimentos ou outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica. • Identificar fenómenos de transferência e contratransferência. • Realização de reuniões com Enf.º(a) orientador/a, para reflexão do meu desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e sobre fenómenos de transferência e contratransferência.
<p>2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer Relações terapêuticas com as crianças e jovens e, sempre que possível, com as respetivas famílias. • Promover o desenvolvimento de atitudes pessoais e profissionais para a intervenção relacional. • Participar/Dinamizar sessões num <i>Projeto de Promoção de Saúde Mental</i>. • Estabelecer relação de confiança e empática com os alunos que participam no <i>Projeto de Promoção de Saúde Mental</i>.
<p>3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença nas horas de visita das famílias, percebendo a comunicação e as dinâmicas

<p><i>família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;</i></p>	<p>familiares;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a relação terapêutica, em adaptação às necessidades/ pedidos dos jovens nas consultas de enfermagem aos adolescentes em gabinete de atendimento; • Estabelecer relação terapêutica com os jovens em contexto de internamento.
<p><i>4 - 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.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar nas atividades de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional desenvolvidas nos diferentes contextos; • Participar ativamente nas sessões de um projeto de PSM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

Apêndice III

Estudo de Caso de uma Adolescente em Contexto Hospitalar

Estudo de Caso realizado no Estágio em Contexto Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE E INFORMAÇÕES GERAIS

Nota: Os dados de identificação da Jovem neste relatório aparecem omissos por questões de confidencialidade e proteção da mesma.

Motivo de Internamento e Procura de Cuidados

A Y. encontra-se internada no Serviço de Internamento de um Hospital de Lisboa, por pensamentos sobre a morte e comportamentos auto lesivos, com ideação suicida não estruturada. Na urgência recusou fazer pacto anti suicidário.

É seguida em consulta de Pedopsiquiatria, de periodicidade mensal no Hospital da área de residência. Tem acompanhamento psicológico semanal, tendo faltado à última consulta.

HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

História Pessoal Sumária

Aos 11 anos começou a apresentar um quadro progressivo de tristeza, baixa autoestima, pensamentos ruminantes sobre morte, apresentando períodos de isolamento social.

A Y. apresenta história de perturbação depressiva e comportamentos auto lesivos há cerca de 4 anos, com diagnóstico de Depressão Major. Durante este período de doença refere "muitos altos e baixos", mas sem remissão. Por agravamento do seu estado foi necessário o seu internamento por duas vezes.

A Y. esteve aos cuidados da avó materna e dos pais no seu primeiro ano de vida e refere ter ligação afetiva e próxima com esta avó.

Segundo a Y., frequentou pré-escolar, onde refere ter sido vítima de *bullying*, nomeadamente, alvo de comentários pejorativos por parte de colegas de turma, sobretudo acerca da sua aparência física (já na altura apresentava excesso de peso), o que a fez sentir diferente dos outros.

Na escola primária não refere nenhum acontecimento relevante.

Verbaliza que, aos 11 anos, não gostava da sua aparência física, iniciando por esta altura sintomatologia depressiva, manifestando tristeza e pensamentos de morte recorrentes. Sentia inibição e sentimentos de auto desvalorização com ela própria.

Durante a frequência do 6º ano ocorrem os primeiros comportamentos de automutilação, nessa altura com as lâminas de afias e tesouras, apresentando as cicatrizes das mesmas nos antebraços e nas pernas.

Durante o verão do 7º Ano, concretiza a primeira tentativa de suicídio por flebotomia, destacando esta situação e separando-a dos restantes comportamentos auto lesivos, que considera sem intuito suicidário. Posteriormente teve tentativas de suicídio por Ingestão Medicamentosa Voluntária (IMV).

No 8º ano refere que se cortava, andava deprimida e a chorar, menciona ainda, que nessa altura com lâminas de barbear, segundo a mesma, para morrer. Nesse ano menciona que *“umas amigas preocupadas comigo ajudaram-me a ir à psicóloga escolar”*(sic). Iniciou acompanhamento com psicologia escolar (aos 13 anos). Após a avaliação inicial efetuada, pela psicóloga da escola, a jovem foi encaminhada para acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria e psicologia clínica.

No 9º ano refere ter tido uma turma, muito conflituosa e com comportamentos auto lesivos, em que algumas amigas dessa turma tinham ideação suicida e que uma delas feito tentativa de suicídio. Facto pelo qual, a jovem menciona, que na escola procuraram que essas alunas não ficassem na mesma turma.

Antecedentes Pessoais

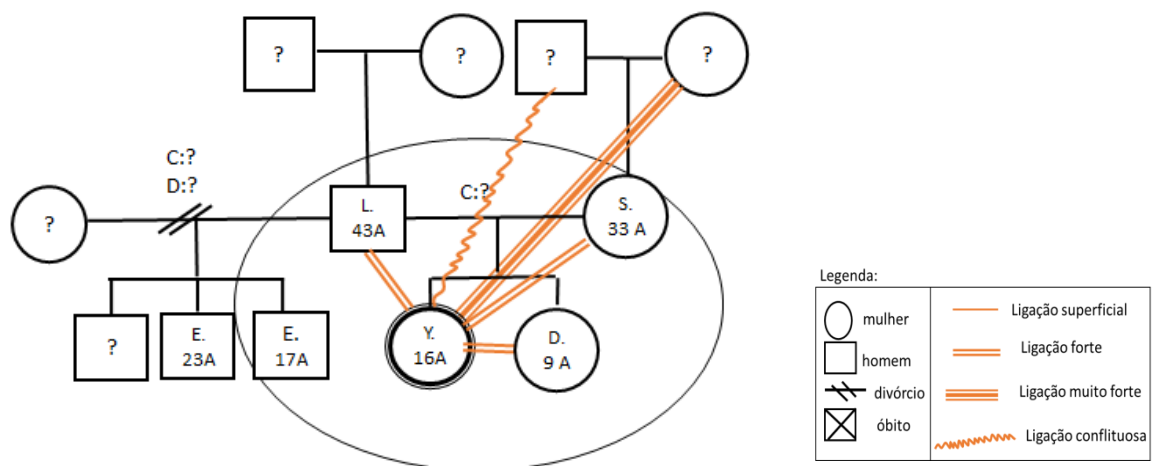
Desde então, apresenta história arrastada de sintomatologia depressiva, com múltiplas idas à urgência e com dois episódios de agravamento da sintomatologia, que motivaram a dois internamentos.

Antecedentes Familiares e caracterização familiar (Genograma)

A Y. vive atualmente com os pais e 2 irmãos, tem mais 3 irmãos por parte do pai. Ambos os pais estão ambos empregados.

Constituindo uma família reconstituída, heterossexual que, segundo o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary, na avaliação funcional interna, verifica-se a presença do subsistema conjugal, sistema parental e subsistema fraterno e filial, com limites predominantemente claros. O nível das relações interpessoais e aspetos da avaliação funcional externa serão apresentados no capítulo 4.3. Relativamente à avaliação do desenvolvimento, referente ao ciclo de vida familiar, a família da Y. encontra-se na quarta etapa: famílias com filhos adolescentes. Nesta etapa, a tarefa prioritária é o desenvolvimento da autonomia dos filhos. A Y. deve desenvolver relações extrafamiliares, aumentando a sua independência, mas manter o subsistema parental como fonte de apoio relacional e afetivo. Neste sentido, a Y. a jovem tem adotado como comportamento o isolamento.

Representação gráfica da estrutura familiar na figura infra, Genograma:



Tem como antecedentes familiares, familiares com patologia depressiva.

Nota: Outros dados colhidos foram retirados por questão de proteção da identificação da jovem.

História de Saúde Atual

Durante o internamento manifesta sentimentos de desesperança, auto desvalorização e culpa por o que provoca nos pais quando verbaliza a ideação suicida ou tentativa de suicídio. Refere tristeza, mas não consegue especificar os motivos uma vez que a jovem referia “*estava a correr tudo bem em casa e na escola*” (sic).

Expressa que voltou a sentir-se mal quando iniciou a escola. Menciona ainda que em casa apresentava desmotivação para realizar as tarefas domésticas, que sentia um grande cansaço, que a fazia “*arrastar-se*” (sic).

Ideação suicida, com carta de despedida (dirigida à avó materna) e existência de plano (atirar-se de dum viaduto que existe perto de casa, em que passam carros em baixo). Mostra a carta que escreveu para avó materna, onde escreve que sempre teve o seu apoio, tal como o dos pais. Refere-se à morte como o fim do sofrimento que vivencia desde os 11 anos e que se tem agravado ao longo dos anos.

Caraterização e Fundamentação da Situação Clínica

Como mencionado anteriormente a Y. apresenta história de perturbação depressiva há cerca de 4 anos. Segundo a Direção Geral de Saúde (2017, p.5), as perturbações depressivas são caracterizadas por: “tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio.”

Diagnosticada anteriormente com Depressão Major. Neste sentido, importa referir que as perturbações depressivas incluem duas subcategorias principais, a distímia e a perturbação depressiva major/ episódio depressivo, que envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e do prazer e diminuição da energia; dependendo do número e gravidade dos sintomas (PNSM, 2017).

Durante estes últimos quatro anos a jovem manifestou ideação suicida, através de comportamentos auto lesivos, IMV e verbalização dessa intenção e por carta de despedida. Como refere Sampaio (1991), a ideação suicida é definida como sendo

todo o ato não fatal de automutilação, ou de autoenvenenamento, não estando sempre incluída a “intenção de morte”, que ajuda a distinguir entre a vontade ou não de morrer (Sampaio, 1991).

A ideação suicida, pensamentos em acabar com a própria vida, o planeamento suicida, caracterizado pela designação do “quando”, “onde” e “como” levará avante a conduta de autodestruição, sendo considerada como o primeiro fator que poderá originar uma tentativa de suicídio ou o suicídio (Caldeira, 2015, p,3).

Segundo Caldeira (2015, p.6), baseando-se na literatura, considera que:

“nos grupos de jovens em que há predisposição para comportamentos suicidas, não existe esperança, apenas desespero e zanga, o que origina uma compulsão para se libertarem das suas partes odiadas (...) entrando em um estado de stresse caracterizado, sobretudo, por tristeza, pessimismo, insegurança, confusão, medo e ansiedade.”

Segundo Sampaio & Gerreiro (2014) ideação suicida reflete pensamentos, fantasias, rumações ou preocupações com a morte, sobre auto lesão ou sobre morte autoinfligida. Quanto maior a magnitude, a persistência e a insistência destes pensamentos, maior o risco de um eventual suicídio ou comportamentos auto lesivos (Monteiro, 2014, p. 388).

Neste sentido, Madge, Hewitt, Hawton, Wilde, Corcoran & Fekete (2008), define CAL («self-harm»), no estudo *Child & Adolescent Self-harm in Europe*, da seguinte forma:

“comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (p. ex. cortar-se, saltar de alturas); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância de recreio, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível.”

Os comportamentos auto lesivos em adolescentes, segundo Sampaio (1991), parecem estar relacionados com a utilização de estratégias de *coping* não adaptativas, nomeadamente quando confrontados com situações percecionadas como impossíveis de resolver.

O estilo de *coping* «focado na emoção» e especialmente estratégias de comportamento do «tipo evitante» têm sido diretamente relacionadas com comportamentos auto lesivos, em vários estudos (Guerreiro, Cruz, Frasilho, Santos, Figueira, & Sampaio, 2013).

História de Enfermagem Atual

Apreciação da Variável Física – Exame Físico (Townsend, 2011)

A Y. é uma adolescente com idade aparente correspondente superior à idade cronológica.

Apreciação da Variável Psicológica – Exame do Estado Mental (Trzepacz & Baker, 2001)

A avaliação do estado mental foi realizada segundo o Exame Psiquiátrico do Estado Mental descrito por Trzepacz & Baker (2001). A elaboração do exame do estado mental, completo e adequado, pressupõe o conhecimento da fenomenologia e as terminologias psiquiátricas (Trzepacz & Baker, 2001). Este materializa-se através do detetar e pesquisar dados através da observação do comportamento, da interação entre pessoa e o grupo de pares e, através da interação da pessoa com o profissional de saúde, interpretando e integrando a informação recolhida.

Aspeto, atitude, atividade

A Y. é uma jovem com aspeto cuidado e idade aparente coincidente à real, mostrando excesso de peso. Vestuário limpo e adequado à idade, veste roupas com várias cores. Tem diminuição da acuidade visual. São visíveis, cicatrizes e queloides nas coxas e face anterior dos antebraços. Verificou-se no decorrer do internamento, o recurso a casacos e camisolas largas, quando concretiza comportamentos auto lesivos.

Relativamente ao nível de consciência, a jovem encontra-se vígil.

Apresenta atenção captável por períodos e não manifesta alterações na memória.

Nos momentos de intervenção individual evita por vezes o olhar, ou dirige o olhar para baixo. Desmotivação para participar nas propostas terapêuticas, mas com atitude disponível, quando interpelada.

Humor afetos e Emoções

Revelou variações de humor ao longo do internamento, mas maioritariamente apresentou humor distímico, apreensivo com tendência a depressivo, que alterna com períodos de humor eutímico. Alterna expressão facial triste ou aborrecido com expressão facial tranquila. Teve alguns períodos em que apresentou choro.

Expressa emoções de extremo, em que se sente muito alegre ou muito triste. Em contexto de entrevista, a jovem apresenta uma amplitude de emoções restringida, apresentando uma única emoção em toda a entrevista e fâcies aborrecido.

Demonstrou, distanciamento afetivo nos momentos em que revive as situações traumáticas, nomeadamente quando lê a carta de despedida, momento em que refere sentir um grande sofrimento.

No decorrer do internamento demonstra empatia com o sofrimento dos outros jovens e, por vezes, assume postura cuidadora com os mais novos. Na manifestação de afetos, gosta de abraçar, procurando trocar afetos com técnicos de saúde e pares.

Discurso e Linguagem

Discurso no mesmo tom de voz, distanciando do ponto de vista afetivo, do relatado. Comunicação verbal não congruente com a não-verbal.

Linguagem fluente e gramatical, sem alterações sintáticas ou semânticas.

Discurso centrado na desesperança e na sua tristeza, “*quero morrer, não aguento mais*” (sic). Apresenta boa capacidade de escrita, referindo que lhe é mais fácil para exprimir o que sente.

Conteúdo, processo do Pensamento E Perceção,

Com ideação suicida ativa e recorrente, com referência a plano de suicídio e pensamentos ruminantes sobre a morte.

No início do internamento expressa alucinações auditivas que, segundo a mesma, é uma voz feminina com idade semelhante à da mãe, em tom de voz baixo, a sussurrar, a chamar pelo seu nome, que não volta a referir durante o internamento.

A jovem refere que a ideação suicida, surge, com alguma frequência, não conseguindo, no entanto, nomear o que a desencadeia.

Cognição

A Y. não apresenta alterações da memória, de curto ou longo prazo. Evocou acontecimentos passados da sua vida ao logo das abordagens. Apresenta-se orientada auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço.

Insight e Juízo Crítico

Insight diminuído pelos sintomas depressivos, visão negativa do mundo e juízo crítico alterado, como evidencia a ideação suicida (Trzepacz & Baker, 2001, p. 216)

Durante as entrevistas, não desenvolve verbalmente raciocínios críticos quanto aos acontecimentos na sua vida, nem faz associações, efetuando uma mera narrativa dos acontecimentos. Resistente em reconhecer as consequências do seu comportamento disruptivo, porque isso a faz sentir-se culpada.

Na entrevista, aborda superficialmente as questões e quando confrontada o aprofundamento das dificuldades, aparente uma atitude notoriamente aborrecida e desinteressada, começa a bocejar, que pode significar perda de *insight* (Trzepacz & Baker, 2001, p. 28). Neste sentido a jovem revela uma resistência em acompanhamento psicológico, tendo faltado à última consulta e recusa em continuar o acompanhamento pós alta.

Apreciação da Variável Sociocultural (Ecomapa)

Refere que a relação entre os pais é boa, raramente se zangam e que tem apoio dos mesmos. Relativamente à sua relação com os pais, expressa que a relação é mais conflituosa com a mãe, em que o motivo de desentendimento se prende com a gestão das tarefas domésticas (arrumar o quarto, estender a roupa, cozinhar...). Apresenta uma boa relação com os irmãos, referindo gostar deles e que às vezes se zangam, "*como todos os irmãos*" (sic). Expressa grande empatia pela avó, tendo estado aos seus cuidados enquanto era pequena, e refere-a como uma figura que "*lhe dá esperança*" (sic). Relativamente ao avô materno, prefere não falar com ele, menciona que ele tem consumos alcoólicos e que, quando se encontra alcoolizado, age de forma inadequada.

Na escola, refere que costuma falar com a diretora de turma sobre as suas preocupações, com a qual apresenta uma boa relação. Atualmente frequenta uma

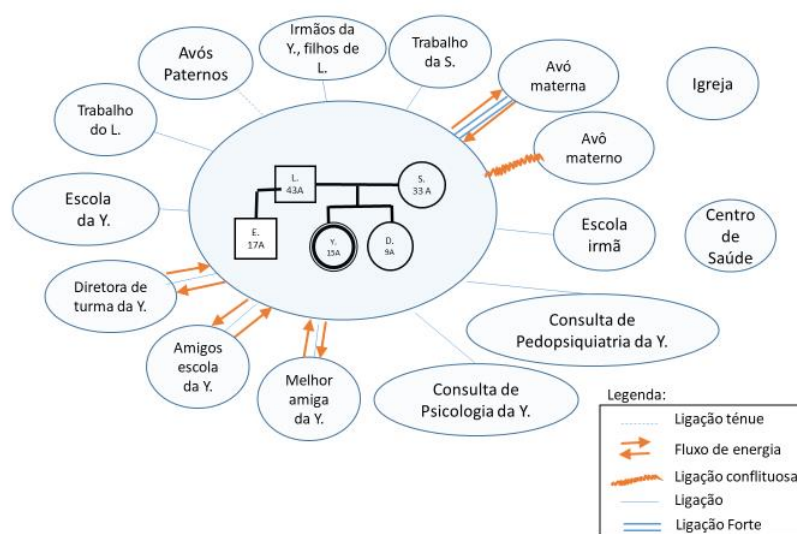
turma do ensino secundário e refere, relativamente aos colegas, que gosta deles, que se apoiam uns aos outros e diz que “é a melhor turma que tive até hoje” (sic).

Tem uma amiga na escola que era a sua melhor amiga, que fez uma tentativa de suicídio recentemente, mas refere que não fazia ideia de que ela o ia fazer e reforça “não foi combinado” (sic).

Tinha grupo de pares, mas ultimamente obrigava-se a conviver com eles, com períodos de maior isolamento.

Como atividade extracurricular, frequentava natação diariamente no ano letivo passado, não tendo retomado este ano.

Representação gráfica na figura infra, Ecomapa:



No internamento revela interesse por música, canta e sabe muitas letras decore. Na relação com os pares, durante o internamento, adota por vezes uma postura de terapeuta, de querer ajudar os outros jovens, escrevendo-lhes mensagens de reforço positivas o que, no entanto, não consegue fazer por si própria.

Recebeu visita dos pais e avó materna com interações curtas (aproximadamente 30 minutos), mas aparentemente positivas. Jovem expressa que prefere que as visitas sejam curtas, pois refere, “assim há menos possibilidade de nos chatearmos” (sic).

Apreciação da Variável de Desenvolvimento

Segundo a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson, a Y. encontra-se no quinto estágio do ciclo vital, que corresponde à adolescência, no qual predomina o conflito estruturação da identidade vs. confusão da identidade (Lopes, et al, 2018). Autônoma, identidade pessoal e grupo. Direcionada em ajudar os outros.

A este nível da apreciação da variável de desenvolvimento, não foi possível apurar mais dados.

Apreciação da Variável Espiritual

A Y. é católica não praticante.

Refere que a avó é a única figura que lhe transmite esperança e que, no último episódio de internamento recorda que a mesma lhe acendeu uma vela com o intuito de ela melhorar.

Fatores de Stress (Stressores)

O stress surge, então, como produtor de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que os fatores de stress rompem as linhas de defesa de um dado indivíduo. Neste sentido, no decorrer das entrevistas e momentos individuais com a jovem, foram analisados, tendo em conta uma abordagem, que o ênfase recai na identificação dos agentes de stress.

Os autores Pearson & Vaughan (1992), referem de acordo com Neuman, que para se obter a informação necessária sobre os agentes de stress, é essencial que se façam seis perguntas e que sejam respondidas tanto pela pessoa, como pela enfermeira. Desta forma, as diferenças nas perceções podem ser identificadas de modo a poderem ser discutidas e conciliadas.

Assim, tendo em conta as respostas às seis questões da orientação da entrevista, apresentam-se, no quadro infra, as perceções da jovem e da enfermeira, (Pearson & Vaughan, 1992).

Orientação da Entrevista	Perceção da Jovem	Perceção da Enfermeira
O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante.	<p>Verbaliza sentimentos de desesperança, tristeza, e desvalorização pessoal.</p> <p><i>“não consigo sentir outra coisa, não consigo valorizar coisas boas”</i> (sic).</p> <p><i>“Ultimamente não tenho vontade de fazer nada, sinto-me cansada. Em casa diz que fazia bolos e gostava de os fazer, mas que ultimamente não tem vontade de fazer nada”</i> (sic).</p> <p>Não gosta de ser questionada sobre como acha que os familiares se sentiriam <i>“já me fizeram inúmeras vezes essa questão e isso a magoa e a faz sentir-se culpada”</i> (sic).</p> <p><i>“Sinto-me culpada por ter uma boa família, amigos, uma melhor amiga e há outras pessoas que não tem isso e gostavam de ter e não têm, ainda assim não sou feliz”</i> (sic).</p> <p><i>“Sinto-me culpada por só pensar em coisas más”</i> (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza e Desesperança • Baixa Autoestima • Anedonia • Sentimento de Culpa
Como é que esse problema tem afetado os seus hábitos/estilo de vida?	<p><i>“tenho andado a arranhar-me e não consigo parar”</i> (sic).</p> <p><i>“Antes de ser internada, quase não saía de casa”</i> (sic).</p> <p><i>“nem prazer tenho na relação com a minha família”</i> (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CAL • Isolamento • Dificuldade na relação interpessoais.

<p>Anteriormente já teve um problema semelhante?</p> <p>Se sim o que fez para resolver?</p> <p>Deu resultado?</p>	<p>Já se sentiu assim anteriormente, tendo estado internada por o mesmo motivo.</p> <p><i>“Sentia-me melhor, mas depois volta tudo ao mesmo”</i> (sic).</p> <p><i>“estou assim há tanto tempo...estou farta de estar assim”</i> (sic).</p> <p><i>“Já tinha sentido esperança e até conseguido fazer planos para o futuro”</i> (sic).</p> <p><i>“Ligava para o centro de saúde e falava com os técnicos de referência”</i> (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de <i>Coping</i> ineficaz
<p>Como prevê o futuro em consequência desta situação?</p>	<p>Refere desesperança que sente na tristeza e que a deixa <i>“incapaz de viver a sua vida”</i> (sic).</p> <p><i>“Não vou ficar melhor, só quero morrer...e deixar de sentir isto”</i> (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de esperança no futuro • Não se Projeta no Futuro
<p>O que está a fazer ou pode fazer para ajudar a si mesmo?</p>	<p><i>“quando estou triste vou escrever, para mim é mais fácil”</i> (sic).</p> <p><i>“escrever acentua os pensamentos menos bons”</i> (sic).</p> <p>Quando lhe é pedido para identificar outras estratégias refere <i>“nada”</i> (sic).</p> <p><i>“Estar internada é necessário, se estivesse lá fora já o teria feito”</i> (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em expressar emoções verbalmente • Utiliza a escrita como Estratégia de <i>Copping</i> • Pouca disponibilidade para mobilizar outros recursos • Angustia por possibilidade de perda de controlo
<p>O que espera dos cuidadores de cuidados, família, amigo ou outros façam por ti?</p>	<p>Senti que no internamento anterior me <i>“despacharam”</i>, tem medo que agora aconteça o mesmo.</p> <p><i>“Não acredito que me possam ajudar”</i> (sic).</p>	<p>Receio de ter alta e não estar melhor.</p> <p>Descrença nos profissionais de saúde</p>

Os agentes stressores podem ser intrapessoais - forças que ocorrem dentro do indivíduo (p. ex: raiva); interpessoais - refere-se às forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos (p. ex: relação entre familiares) e extrapessoais - forças que ocorrem fora do sistema e agem sobre o indivíduo (p. ex: desemprego), sendo importantes para o conceito de ambiente e são descritos como “forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Freese, 2004 p.340).

Os stressores identificados, nesta situação estão representados no quadro infra:

	Físicos	Psicológicos	Socio-culturais	Desenvolvimento	Espirituais
Intrapessoais	Excesso de peso	Humor deprimido Ideação Suicida Alteração do Pensamento Baixa Autoestima			
Interpessoais		Dificuldade em lidar com frustração Sentimentos de culpa por sofrimento que causou à família.	Alcoolismo do avô materno	Isolamento Social	Desesperança
Extrapessoais			História de <i>Bullying</i>		

Para a Y., os stressores maiores são: o sentir-se triste e desesperada; os pensamentos de morte; sentimento de culpa, o que lhe provoca angústia e sofrimento.

Na percepção da enfermeira as dificuldades da jovem são:

- Discurso circunstancial de desesperança, culpabilização pessoal e tristeza, abordagem superficial dos acontecimentos e vivência mais difíceis, que dificulta a expressão de emocional e mentalização. Negando as partes más dos outros nas situações, dificulta a gestão adaptativa de agressividade que volta para ela própria.
- Autoestima frágil, ficando facilmente magoada com os outros.
- Sem estratégias de *coping* eficazes.

Fatores de Reconstituição

Nesta intervenção são identificados os seguintes fatores de reconstituição passíveis de favorecerem o estado de adaptação aos elementos stressores da Y.:

a vontade de querer ficar melhor; participação nas atividades terapêuticas; preocupação com a escola e gostar da turma; tem a avó como pessoa que sente que lhe pode dar esperança.

Apreciação Global

Neuman (1995) identifica três níveis de prevenção: Prevenção Primária, caracterizada pela identificação ou suspeita de um agente stressor, embora ainda não tenha ocorrido uma reação, no entanto, o risco de desarmonia é conhecido; Prevenção Secundária, caracterizada pela ocorrência de sintomas de stress, sendo iniciadas intervenções e tratamento; a Prevenção Terciária é caracterizada pelo reajustamento da estabilidade do sistema, iniciando-se geralmente após tratamento, aumentando a resistência da pessoa aos stressores e prevenindo o reaparecimento da reação.

No entanto, sabendo que as linhas de defesa reagem aos agentes de stress, para prevenir que eles atinjam a fonte de energia central (Pearson & Vaughan, 1992). Os recursos internos e externos da pessoa devem assim ser utilizados no fortalecimento das linhas de defesa.

Linha Flexível de Defesa da Y. está comprometida por:

- Dieta alimentar inapropriada

Prevenção Primária: adaptação da dieta à jovem pela dietista. Incentivar a um estilo de vida saudável.

Linha Normal de Defesa está comprometida por:

- Ideação Suicida e
- Estratégias de *Coping* ineficazes
- Baixa Autoestima
- Ansiedade

Prevenção Secundária:

Incentivar a participação nas atividades terapêuticas, durante o internamento. Promover momentos individuais para estabelecimento da relação terapêutica, no sentido da expressão de sentimentos e desenvolvimento das estratégias de *coping*.

Assegurar adesão terapêutica

Prevenção Terciária:

Preparação para a alta, articulação com profissionais de saúde. Sugerindo que a jovem, beneficia continuar a desenvolver estratégias de *coping* para gestão de emoções e o promover a vinculação e envolvimento familiar.

Articulação com médico assistente. Elaboração carta alta.

Linhas de Resistência da Y. estão em risco por agravamento da ansiedade face à alta hospitalar.

Plano de Cuidados - CIPE, Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011)

Diagnóstico segundo CIPE	Resultados Esperados	Intervenções Enfermagem	Avaliação
<p>Ideação Suicida Presente</p> <p>Segundo a CIPE 2.0, Ideação Suicida: “cognição comprometida.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ideação Suicida Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer uma relação empática e de confiança com a Y., através de contatos constantes, para que esta se sinta confortável para falar [proporcionado em informais]; Disponibilizar presença para escutar a jovem [proporcionando momentos individuais e informais]; Encorajar a verbalização de medos, raiva, causas da tristeza; Envolver a Y. no seu plano de cuidados enfatizando o seu papel primordial no seu processo de recuperação. Otimizar Ambiente Físico; Vigiar Ideação Suicida; Administrar terapêutica medicamentosa SOS. 	<p>Preenchimento da Folha de Identificação de Fatores de Risco Clínico. Verificou-se no decorrer do internamento a necessidade de vigilância permanente por muito alto risco de autoagressividade.</p> <p>Promovidos vários momentos informais e de intervenção individual com a jovem.</p> <p>Apresentou episódios de CAL.</p> <p>Foram refletidos com a jovem pensamentos verbalizados. Na expressão da ideação suicida com plano estruturado (atirar-se do viaduto perto da escola). Expressa ainda sentimentos de desesperança, anedonia, aborrecimento, adinamia e culpa.</p> <p>Expressa vontade de ser ajudada e que só quer sair do internamento quando estiver efetivamente melhor, para que não faça mal a si própria lá fora.</p> <p>Expressa ideação suicida, sem plano em particular, desencadeada por situações de zanga/irritação, nas quais não consegue</p>

			<p>proteger-se/defender-se quando se sente agredida/magoada por outros. Procurou momento individual com Enfermeira de referência por sua iniciativa. Mostrou mais disponibilidade para pensar sobre os motivos da sua tristeza e abordar as questões da agressividade. Durante a intervenção manifesta uma ideação suicida mais mobilizável.</p> <p>Verbaliza ter algumas ideias de morte, mas sem intenção de as concretizar.</p> <p>Apesar de ansiosa com aproximar de alta, sem ideação suicida aparente ou expressa.</p>
<p>Falta de Esperança Atual Segundo a CIPE 2.0, Falta esperança é uma emoção negativa.</p>	<p>Falta de Esperança Melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar com a Y. possíveis razões de esperança na sua vida; • Explorar a sua história de vida e as suas conquistas pessoais anteriores; • Demonstrar esperança no seu valor e recursos internos para lidar com a situação de doença. • Executar terapias de grupo. 	<p>Diz já ter sentido esperança e conseguido fazer planos para o futuro mas quando a escola começou "voltou tudo outra vez, não consigo ter esperança e agora não acho que possam fazer alguma coisa para me ajudar" (sic).</p> <p>Participa nas terapias de grupo, expressão pela arte com empenho em:</p> <p>No "desenho" do brasão preenche apenas o quadro da pessoa fomentadora de esperança onde identifica Na escala de esperança atribui score 1/10.</p> <p>Descreve a sua personalidade como porque, embora se sinta mais triste a maior parte do tempo, há momentos em que vê as coisas com alegria. Colocou o seu nível de esperança no termómetro da esperança no 2/10.</p>

			<p>Desenhar e ouvir música, como momentos positivos no internamento. Classifica a sua esperança em 3/10.</p> <p>Na atividade faz referencia à necessidade de acreditar mais em si e ser assertiva. Classifica a esperança no termómetro 7/10 (aumento, relacionado com a perspectiva da alta).</p>
<p>Coping comprometido</p> <p>Segundo a CIPE 2.0,</p> <p>Coping:</p> <p>“Atitude: Gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.”</p>	<p><i>Coping</i> efetivo/ melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a Y. a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes. • Vigiar comportamentos (nomeadamente, CAL); • Identificar com a Y. novas estratégias possíveis de lidar com emoções negativas e situações adversas; • Oferecer reconhecimento e reforço positivos pelos progressos alcançados (ex. adoção de estratégias mais ajustadas); • Apoiar na identificação de recursos e habilidades pessoais da Y. que possam ser usados na modificação do comportamento; • Incentivar à participação nas atividades terapêuticas. 	<p>Quando lhe é pedido para identificar outras estratégias para lidar com a tristeza e ansiedade, refere “nada”.</p> <p>Estratégias que identifica quando está triste é de escrever. No entanto, apresenta um discurso circunstancial, aborda com os diferentes técnicos sempre o mesmo tema.</p> <p>Consegue identificar algumas estratégias de <i>coping</i>, nomeadamente expressar as emoções com a mãe, uso de SOS, ligar para o centro de saúde para falar com técnicos de referência, ouvir música (como técnica de distração e de se tranquilizar) e tentar colocar limites nas relações intrusivas.</p>
<p>Baixa autoestima</p> <p>Segundo a CIPE 2.0,</p> <p>Autoestima:</p>	<p>Autoestima Melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar atitude de aceitação relativamente à Y., por forma a reforçar sentimentos de valorização pessoal; • Suporte emocional (fazer declarações de apoio ou empatia; abraçar ou tocar para 	<p>Fala da inibição e "complexos" que tinha em relação a ela própria.</p> <p>Investida na imagem, Enumera aspetos que gosta de fazer e em si, tais como: gosta de ouvir música, cantar, dançar e desenhar e dar abraços. Identifica como qualidades em si, o de</p>

<p>“Autoavaliação e sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou sobre as próprias capacidades.”</p>		<p>oferecer apoio; encorajar o diálogo ou o choro como meios para reduzir a resposta emocional);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a Y. a expressar os seus sentimentos, especialmente sobre a forma como pensa e se vê a si própria; 	<p>ajudar os outros e ser uma boa amiga.</p>
<p>Processo Familiar Comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar melhorado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação de confiança com a família da Y., para que se sintam confortáveis para conversar; • Avaliar processo familiar; • Mediar interação familiar; • Envolver a família/pessoas significativas no processo terapêutico. 	<p>Ao longo do internamento recebeu visitas, dos pais, tia e avó materna.</p> <p>Recebeu visita da mãe com quem esteve a conversar tranquilamente no ginásio. Despediram-se de forma afetuosa.</p> <p>Duração das visitas de aproximadamente 30 min.</p> <p>Foi passear com os pais ao exterior. No regresso a mãe e a jovem referem que o passeio foi bastante agradável. Despedida de forma afetuosa e sem angústia.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caldeira, P. (2015). *Tentativa de Suicídio e Ideação Suicida na Adolescência: uma Amostra Clínica*. (Tese de mestrado em psicologia), ISPA.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - CIPE versão 2*. (H. Castro, TraY.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- DGS, (2017). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Acedido a 17-11-2018. disponível em: <https://www.dgs.pt/.../dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf>
- Guerreiro, D.; Cruz, D.; Frasquilho, D.; Santos, J.; Figueira, M. & Sampaio, Y. (2013). *Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature*. *Arch Suicide Res*. Acedido a 17-11-2018
Disponível em: ec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000238&pid=S08709025201300020000900057&lng=pt
- Lopes, A.; Fermoseli, A.; Macedo, E.; Figueiredo, E. & Acácio, K. (2018). Reflexões sobre a Relação: Adolescência, Família e Escolha Profissional. *Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais*. 5 (1), 179-190. Acedido a 27/10/2018.
Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/5800/299>
- Madge, N.; Hewitt, A.; Hawton, K.; Wilde E.; Corcoran P., Fekete, S. (2008). *Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. *J Child Psychol Psychiatry*.
- Monteiro (Coord.) (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: LIDEL.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª eY. EUA: Appleton & Lange
- Freese, B. (2004). *Betty Neuman, Modelo de Sistemas*. In Tomey, A. & Aligood, T. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.

- Pearson & Vaughan (1992). *Modelos para o exercício da enfermagem*, Lisboa: ACEPS.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa, Portugal: Caminho.
- Tomey, A.; Aligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed., Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (S. Rodrigues, Trad). (6ª Ed, Vol.II). Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi

Apêndice IV

Atividades Expressão Dramática a Grupo de Jovens em Unidade de Internamento

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Contexto Hospitalar - Internamento

Sessão de Expressão Dramática

“Comunicação na família”

Objetivos terapêuticos:

- ✓ Proporcionar um momento de apresentação e integração de novos elementos no grupo;
- ✓ Motivar a coesão grupal;
- ✓ Dar a conhecer a importância da comunicação verbal e não verbal;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento de uma comunicação assertiva.

Iniciar a sessão pedindo a quem já tenha participado, para explicar em que esta atividade consiste e relembrar as regras, de que se trata de um espaço seguro e que o que acontece, neste espaço, fica e resolve-se ali.

Aborda-se a escolha do tema comunicação na família, sugerido na última sessão.

Aquecimento geral – “A Teia da Comunicação”³²

- ✓ Todos/as se sentam, em círculo. A terapeuta, também sentada, tem um novelo de lã na mão e diz “Eu sou o (nome) e referem algo que pensam ou sentem que pode ser um obstáculo ou dificuldade na comunicação...”, de seguida atira o novelo para a pessoa, ficando a segurar com um dedo a ponta do novelo. O/A jovem que recebe o novelo prende o fio do novelo e volta a repetir “Eu sou o (nome) e o que dificulta a comunicação...” e atira novamente

³² Baseado no Manual para Promoção de Competências Socio emocionais em Meio Escolar, (Carvalho et al., 2016).

o novelo para outro/a, não largando também o fio do novelo. Repete-se esta ação até chegar ao/à último/a. Neste ponto, a teia estará completa. O/A terapeuta reflete com todos/as a importância de serem parte integrante da rede formada e no que pode acontecer se algum/a largar o seu fio, se o puxar, etc...

- ✓ A seguir lançamos o desafio de “desmanchar” a teia, fazendo todos os movimentos no sentido contrário, com a diferença que se pede para referir algo que considerem facilitador para a comunicação e qual a pessoa com que é mais fácil falar na família.

Aquecimento específico – “Estilos de Comunicação”

- ✓ Dar instrução ao grupo para se juntarem em pares;
- ✓ Entrega-se a cada jovem um papel com um diferente Estilo de Comunicação (ver anexo 1):
- ✓ Pede-se a cada um que olhe para o papel que lhe foi entregue, sem mostrar aos outros.
- ✓ Cada um pensa na forma como pode comunicar com o outro, o estilo de comunicação que lhe foi atribuído.
- ✓ Em seguida, pede-se aos pares que dramatizem uma situação, utilizando o estilo de comunicação que lhes foi atribuído.

No final, reflete-se sobre os dois momentos do aquecimento. Referente ao aquecimento geral, fala-se dos aspetos que consideraram ser uma dificuldade na comunicação ou um facilitador e pensar como isso se reflete nas suas famílias, se é ou não fácil falar sobre o que se passa no dia-a-dia e sobre os seus problemas ou algo que os preocupa.

No aquecimento específico, refletir sobre o que sentiram com o estilo de comunicação atribuído, se se identificaram com algum tipo de comunicação e se reconheceram os diferentes tipos de comunicação que os grupos representaram.

Dramatização: Role Play sobre “Comunicação na família”

- ✓ Estabelecer relação entre esta temática e as atividades e reflexão anteriormente realizadas;
- ✓ A terapeuta convida um elemento do grupo a dramatizar/recriar uma situação de dificuldade de comunicação vivenciada no contexto familiar.

Momento de partilha:

- ✓ Cada um é convidado a comentar como se sentiu ao fazer a colagem, em que coisas pensou, o que sentiu, o que concorda e o que discorda;
- ✓ Partilhar as experiências vividas que decorreram das dramatizações;
- ✓ Cada jovem nomeia uma “palavra” que melhor defina a sessão para si.

Finalizar a sessão com o **Abraço de Grupo**.

Comunicar é essencial para o ser humano. A comunicação entre pessoas permite estabelecer relações interpessoais, que podem ficar comprometidas dependendo do estilo de comunicação adotado. ³³



Estilo de Comunicação - Passivo

- Postura corporal curvada e fechada;
- Tom de voz baixo e a hesitar (digo ou não digo);
- Não diz o que pretende ou sente, rodeando as questões;
- Para resolver problemas evita dar opinião, para não se chatear;
- Deixa os outros escolherem por ele.



Estilo de Comunicação - Assertivo

- Diz o que pretende ou sente de forma a que o outro o/a entenda;
- Identifica e conhece os seus sentimentos;
- Postura confiante, corpo relaxado e de acordo com o que está a falar;
- Resolve os problema expressando a sua opinião, sem impô-la, toma decisão que seja favorável para todos.



Estilo de Comunicação - Agressivo

- Atitude provocadora ou a gozar;
- Postura corporal, de achar que é melhor que os outros;
- Diz o que pretende, não aceitando a opinião dos outros;
- Resolve os problemas atacando os outros e/ou humilhando-os;
- Quer ter sempre razão.

³³ Fonte: Chalvin, D., (1989). *Estilos comunicação*. L'affirmation de soi (5ªed.), Les Editions ESF: Paris.

Apêndice IV

Atividade de Expressão Dramática a Grupo de crianças na Unidade de Internamento

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Contexto Hospitalar - Internamento

Sessão de Expressão Dramática

“Ajudar”

Objetivos terapêuticos:

- ✓ Motivar coesão grupal;
- ✓ Estimular o trabalho de entreajuda;
- ✓ Contribuir para o estabelecimento de limites e cumprimento de regras.

Nota: Menciona-se que na atividade a regra é não se aleijarem de propósito, mas, no entanto, se isso acontecer, pedimos desculpa.

Aquecimento Geral– “Contornar Obstáculos”

Cria-se um cenário com vários obstáculos (construídos com colchões, cadeiras, adereços, etc.) que têm de saltar, contornar ou passa por baixo, acertar com a bola num cesto.

- ✓ O objetivo é fazer um percurso e desafiar o grupo a ultrapassar os obstáculos, num menor tempo.

No final damos os parabéns a todos por termos conseguido ultrapassar os vários obstáculos.

Aquecimento Específico – “Tempestade”³⁴

- ✓ Pede-se a todos que coloquem as cadeiras em círculo ou poufs.

³⁴ Fritzen, S. (2000). Dinâmica de recreação e jogos: A tempestade – Porto Alegre: Editora Vozes.

- ✓ O facilitador prossegue com as orientações: “Vocês estão em pleno oceano, dentro de um grande barco. Todos os que estão sentados são passageiros ou tripulantes e a pessoa que está no centro é o comandante do barco;”
- ✓ O Comandante comenta que o mar está tranquilo, em total calma;
- ✓ Segue as orientações com três códigos distintos:
 - 1. Andar duas cadeiras para a direita/ esquerda (“duas ondas à esquerda/direita”);
 - 2. “Onda Gigante” – todos os alunos se levantam em frente a sua cadeira e fazem o movimento de onda;
 - 3. “Tempestade” – todos os alunos têm de trocar de lugar, incluindo o “Comandante”, quem ficar sem cadeira fica agora no papel de “comandante”.

Dramatização: “SOS – Barco Afundar”

O barco em que seguiam 2 tripulantes, embateu numa rocha e está prestes afundar.

O Comandante tem de pedir ajuda rapidamente. Consegue ligar para a polícia marítima. Esta pede a localização do navio e segue para o mar em auxílio.

Está numa tempestade e o mar está com muita ondulação e ventos muito fortes e o mar cheio de tubarões. No barco está a entrar água e têm de trabalhar em conjunto, para retirar o máximo de água lá de dentro. Finalmente conseguem chegar a tempo. Mas para ficarem a salvo, todos têm de chegar a terra.

Personagens: tripulantes, comandante, policias, bombeiros, tubarão e a tempestade.

Momento de Relaxamento

- ✓ Convida-se as crianças, a procurarem/construir um local seguro;
- ✓ Proporciona-se um ambiente calmo e música ambiente, suave;
- ✓ Seguido de massagens de relaxamento, com toques suaves;
- ✓ Após a massagem sugere-se que se sentem e depois se levantem calmamente.

No final pede-se a que cada um dos participantes nomeie uma “palavra” que melhor defina a sessão para si e conclui-se atividade com um Abraço de grupo.

Apêndice VI

Jornal de Aprendizagem no Estágio Contexto Hospitalar– Unidade de Internamento.

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Estágio Clínico Contexto Hospitalar numa Unidade de Internamento.

Descrição da situação...

A situação descrita foi vivenciada na primeira semana de estágio, decorreu no turno da manhã. Um jovem com episódio de hétero-agressão dirigida aos pares e profissionais de saúde.

Nota: a descrição da situação neste relatório é apresentada de forma resumida por questões de confidencialidade e proteção do jovem.

O que pensei e o que senti...

Quando me apercebi do alarido e de toda agitação apesar de não conhecer aquele jovem, senti curiosidade e tentei ir perceber o que se estava a passar. Apesar de no contexto do âmbito da saúde escolar, ter assistido nas escolas a algumas situações de hétero agressividade entre jovens e intervindo com a colaboração de outros adultos, a agressão dirigida por aquele jovem com aquela intensidade surpreendeu-me. Recordo que ,em abril, quando fiz o estágio de observação neste serviço, ter visto o quarto de isolamento e de me ter sido explicado que esse seria um local onde se poderia descarregar a raiva que as crianças e jovens sentiam, mas nessa altura não me deparei com situações como esta.

Quando percebi que o jovem começa a agredir as enfermeiras mantive alguma distancia pois senti receio e fiquei num impasse, não sabia como agir. Apesar desse receio não tive necessidade de me afastar.

Fui dando conta de como tudo lhe estava a ser explicado calmamente, mas que num momento, face às agressões, foi necessária a contenção. Admito que todo aquele processo me incomodou, mas reconheci que para sua segurança e para nossa segurança a contenção daquele jovem naquele momento era fundamental.

Apesar de não saber qual a melhor forma de atuar, senti a necessidade de intervir, para auxílio da enfermeira que estava a ser agredida.

Mesmo depois do jovem se acalmar e já não necessitar de contenção, ainda senti algum receio que ele voltasse a ter esse comportamento, tendo esse receio diminuído à medida que ele também foi ficando mais tranquilo.

Fiquei surpreendida como depois de toda aquela confusão surgiu aquele momento tão rico em que ele expressou os seus sentimentos, sentindo-me impressionada com as informações importantes que daí emergiram, sobretudo a verbalização da tristeza que este sente face à indiferença do pai para com ele.

Avaliação – O que foi bom ou menos bom nesta experiência...

Esta situação foi positiva no sentido em que constituiu um momento de aprendizagem acerca da intervenção dos enfermeiros face a comportamentos de hétero-agressão e que a diferença nesta atuação foi o ter permanecido com ele, em conseguir naquele momento demonstrar a minha disponibilidade, respeito caloroso e autenticidade, o que propiciou que ele expressasse os seus sentimentos e emoções.

Tendo sido menos bom o sentimento de impotência que tive de não saber como intervir, pois, foi uma situação que me fez sentir desconfortável e mesmo com algum receio num primeiro momento.

Análise – Que sentido (s) posso encontrar no que se passou...

As alterações do comportamento estão intimamente associadas aos comportamentos agressivos, sendo deste modo os serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência os locais mais propícios à ocorrência destes comportamentos, sendo provável a ocorrência de outras situações como esta.

A agressividade é entendida como um comportamento (verbal, não verbal, efetivo) dirigido contra uma pessoa (heteroagressão), contra o próprio (autoagressão) e/ou contra um objeto (possivelmente como substituto da pessoa visada); provocando malefícios, ofensas, prejuízos, humilhação, desvalorização e até a morte (Schaffer, 2004).

Alguns autores referem que o comportamento agressivo tem sido relacionado com conflitos despertados pelo ambiente interpessoal que agem de forma a fortalecer os impulsos agressivos. Por sua vez, estes impulsos não regulados podem dar origem a comportamentos de risco psicossocial, sobretudo com manifestações de violência (Guimarães & Pasian, 2006).

Quando nos deparamos com situações de escalada de agressividade, a necessidade de contenção é uma medida necessária e segundo a DGS (2007, p.2), o recurso à contenção física é limitado às situações em que "(...) a situação clínica do doente é impeditiva da viabilização de medidas terapêuticas, tais como a administração de fármacos", sendo que "a imobilização do doente (...), devem ser derradeiras opções, depois de esgotadas outras medidas de controlo do comportamento agressivo." Apenas e sempre sob esta premissa é que a contenção física pode ser aplicada a um cliente.

É também estabelecido, na mesma circular, a índole temporária da utilização da contenção física, com obrigatoriedade de avaliação frequente pela equipa terapêutica, até que a contenção farmacológica seja eficaz (DGS, 2007).

De acordo com esta circular é obrigatório o registo no "processo clínico do doente os motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados" (DGS, 2007, p.4).

Nesta situação, o jovem recusou a ingestão de fármacos e medidas de contenção ambiental, pelo que teve de se proceder a uma contenção física até que a contenção farmacológica fosse eficaz.

Conclusão e Planear a Ação

Esta interação conduziu-me para a reflexão sobre os meus sentimentos e pensamentos em situações de hétero-agressões de jovens dirigidas para os seus pares e adultos. Reconheci que esses sentimentos e emoções devem ser percebidos por mim de forma a não interferir na relação terapêutica, pois é importante conseguir focar-me no processo terapêutico do jovem e de entender que aquelas agressões não são diretamente dirigidas a nós profissionais, mas sobretudo têm a ver com a sua história de vida. Refletir sobre o que pensei e senti permitiu-me autoconhecimento e sobre a forma como posso lidar com o que sinto sem interferir na relação com o cliente.

Considero que nas intervenções de enfermagem perante fenómenos agressivos é de todo importante, reconhecer os nossos limites, a nossa tolerância e também de perceber o que o nosso comportamento pode emergir no outro. Desta forma temos

de ter a noção que a nossa comunicação não verbal não seja ameaçadora, nem provocadora. Daí em situações futuras deva ter atenção aos sinais não verbais, tais como o contacto visual, postura não ameaçadora, mas segura, aparência calma, confiante e de autocontrolo, sem ser arrogante.

Gerir e prevenir comportamentos agressivos na criança e adolescentes com doença mental, representa um desafio constante para os enfermeiros, estando mais atenta a escalada de comportamentos agressivos e no que diz respeito a desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e estado de saúde. Reconheço a necessidade de falar com os profissionais de saúde e a minha orientadora no sentido de perceber a melhor forma de fazer a contenção física nestas situações com o menor risco e maior segurança para os profissionais e para os jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C. & Bushmam, B. (2002). Human Agression. *Revista Psychol.* 53, 27–51.
- DGS, (2007). Circular Normativa N°8/DSPSM/DSPCS, 25 de maio – *Medidas Preventivas de Comportamentos Agressivos/Violentos de doentes – Contenção Física.* 1-5.
- Guimarães, N. & Pasian, S. (2006). Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em Estudo.* 11 (1), 89-97.
- Schaffer, H. (2004). *Introdução à Psicologia da criança.* Lisboa: Instituto Piaget.

Apêndice VII

Jornal de Aprendizagem no Estágio Contexto Comunitário

– Consultas de Enfermagem.

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Estágio Clínico – Contexto Comunitário nas Consultas de Enfermagem

Descrição da situação...

Uma situação vivenciada no âmbito da consulta de enfermagem, serviço ao qual uma jovem de 19 anos recorreu para retomar a toma da pilula por estar a pensar retomar uma vida sexual ativa com um novo parceiro.

Contudo, observando a jovem verificava-se que esta apresentava uma postura tensa e no discurso verbalizava alguma incerteza nessa decisão.

No decorrer da interação expressa alguns dos seus receios e no final reflete sobre a situação, manifestando a importância de falar das suas emoções e sentimentos e que isso a deixou mais tranquila.

O que pensei e o que senti...

Senti que a jovem apesar da sua timidez, detinha esta incerteza e que estava numa ambivalência de falar ou não da mesma. Contudo, a questão da Enfermeira desbloqueou a interação, permitindo que a jovem falasse da sua preocupação. No entanto, quando ela refere a idade do parceiro (37 anos), olha para nós como que a testar a nossa reação. Após perceber que, tanto eu como a enfermeira, não iríamos julgar o fato de ele ser mais velho que ela, mostrou-se mais à vontade para expressar os aspetos da relação com este.

Senti que o questionamento realizado pela enfermeira foi percebido pela jovem não com o intuito de “vasculhar” sobre a vida da mesma, mas sim como um demonstrar de interesse por ela e uma forma de a fazer refletir sobre a situação que estava a vivenciar.

Considero que nesta interação foi fundamental o não se impor as nossas ideologias, mas sim algo mais compreensivo e um discurso que a permitisse refletir.

Relembrei situações passadas em consultas de planeamento que pela escassez do tempo, apenas nos limitávamos à mera distribuição do método contraceptivo, face às inúmeras solicitações e que poderiam ter sido momentos privilegiados como foi este.

Avaliação – O que foi bom ou menos bom nesta experiência...

Neste sentido penso que nesta situação e foi muito positivo é que um atendimento que podia ser de uma mera distribuição de um método contraceptivo, se revelou um espaço que constituiu em uma relação terapêutica entre a jovem e a profissional de saúde. Esta troca favoreceu a criação de um clima de compreensão e de apoio, que esta jovem necessitava.

Análise – Que sentido (s) posso encontrar no que se passou...

O estabelecer uma relação de ajuda permitiu a esta jovem, compreender melhor a sua situação, aceitá-la (Phaneuf, 2005).

Neste sentido, Lazure (1994) afirma que a profissão de enfermagem é essencialmente uma profissão de ajuda, exercendo a sua ação junto da pessoa através da relação de ajuda. Esta relação tem por objetivo dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, escolher e decidir se ele quer e/ou deve mudar. Esta perspetiva implica que o enfermeiro mantenha a convicção de que a pessoa, independentemente do seu problema de saúde, é o único sujeito possuidor dos recursos básicos para os solucionar.

O que me fez refletir na intervenção do EESMP e da relação de ajuda, que nos mostra que “esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas formas de resolução” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427).

No contexto do atendimento a jovens, nos serviços de saúde, a entrevista assume uma singularidade particular, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 14).

Neste contexto reconheço que foi deveras importante identificar a diferença entre o motivo expresso pela jovem para este atendimento e motivo oculto desta consulta de enfermagem.

Conclusão e Planear a Ação

É na relação terapêutica que está na base do Enfermeiro Especialista em saúde Mental, o ponto de partida para o reconhecimento do outro, compreendendo-o como um todo. Partindo deste ponto, o papel da enfermeira é oferecer à pessoa, sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema (Lazure,1994, p.13).

Nestes atendimentos de enfermagem, o ESSMP deve ter a capacidade de mobilizar competências cognitivas e afetivas, como escutar, questionar, orientar, consolar, explicar, clarificar, responsabilizar, fortalecer, motivar, encorajar. Neste sentido considero que estar presente nestas interações permite um aprofundar dos aspetos centrais da relação terapêutica e nomeadamente o desenvolver habilidades e estratégias de comunicação em situações específicas. Para tal considero também fundamental estar mais atenta às mensagens subliminares da comunicação não verbal e dar conta de possíveis motivos ocultos em futuras interações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE. Série I, nº 3, vol. 1 (2010). Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf. ESNB: 978-989-8444-00-4.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 515/2018*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Apêndice VIII

Situações Vivenciadas Consultas de Enfermagem – Reflexões e Aprendizagens

Situações Vivenciadas Consultas de Enfermagem, no Contexto Comunitário

Reflexões e Aprendizagens

Situação 1

Jovem L. veio à consulta de enfermagem por indicação da psicóloga da escola.

Jovem muito retraída, refere que já não tem comportamentos auto lesivos há 2 semanas.

Fala da família com labilidade emocional, olhos mareados.

Quando se fala numa possibilidade de a encaminhar para uma consulta de especialidade, a jovem manifesta receio à atitude que o pai possa ter e que não lhe agrade a ida a essa consulta.

Reflexão/Aprendizagem

Este atendimento foi sobretudo importante para o meu autoconhecimento. Consistiu num episódio ao qual me foi difícil “desligar”, em que permaneci nos dias seguintes a pensar no que aquela jovem poderia estar a sofrer. Atendendo aos fenómenos de transferência e contratransferência, reconheci em mim dificuldades em lidar com a tristeza nestas situações.

Reconhecendo a nossa incapacidade de resolver as situações de imediato, nesta intervenção, reflito sobre a necessidade de uma atitude cautelosa, pensada e analisada com a psicóloga da escola, no sentido de entender a melhor forma de atuação, nomeadamente para um encaminhamento para serviços especializados.

Percebi também a importância destas estruturas de apoio aos adolescentes nos vários níveis de prevenção, constituindo estas um local onde podem ser identificadas precocemente problemas de saúde mental e o seu encaminhamento precoce para consultas da especialidade.

Situação 2

Jovem B entra muito apreensiva e ansiosa no gabinete de enfermagem, iniciando logo por referir que não pode demorar muito tempo, pois vai ter aulas. A enfermeira tranquiliza-a e diz que se for preciso lhe passa a justificação da falta às aulas.

Apresentando uma atitude disponível, a enfermeira inicia a interação, primeiro explicando o serviço de atendimento, reforçando os aspetos da confidencialidade.

Começa então por questionar a jovem, “*então o que te trás por cá B.?*” (sic). Esta com uma postura retraída, começa então por mencionar ter sido a técnica da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens que lhe disse para lá ir. “*Mas o que se passou para terem pedido para vires cá?*” (sic).

A jovem numa postura menos defensiva, expressa então ter tido um consumo excessivo de álcool, ficando inconsciente na rua. Nessa altura estava com um amigo e foi assistida, recorrendo ao serviço de urgência hospitalar. Quem foi ter com ela à urgência foi a mãe, mas a B. menciona que quando acordou a primeira pessoa pela qual chamou foi o pai.

No seguimento da interação, a enfermeira questiona a jovem, “mas se és mais próxima da mãe, porque quando estavas no hospital perguntaste pelo teu pai?” (sic). A jovem faz uma pausa e responde “acho que o meu pai não se preocupa muito comigo” (sic). Expressa então que o pai no dia seguinte a este episódio, foi comprar-lhe iogurtes, pois ela encontrava-se mal do estômago, mas não falou com ela sobre o ocorrido. No final da interação, a jovem B, encontra-se com uma postura mais tranquila e a sorrir. A enfermeira marca uma nova consulta para dentro de quinze dias, ao qual B questiona, “mas posso vir já na próxima semana?” (sic).

Reflexão/Aprendizagem

Nesta situação tive especial atenção para as atitudes da enfermeira e os aspetos da comunicação, nomeadamente a importância da escuta ativa, do ver para além das palavras e investigar os porquês.

Nesta interação saliento uma postura no intuito de entender, de perguntar mais e não de responder, com o propósito de ouvir até ao fim, sem interromper.

Reconheço que preciso de controlar a minha ansiedade em responder, em confirmar, em completar a frase, em justificar. Inconsciente sinto que nos focamos em responder e não escutamos tudo. Algo que estou a tentar melhorar para alcançar a atenção plena, escuta ativa, escutar para entender e escutar para conectar.

Neste sentido, observo que nesta interação foi estabelecida uma relação terapêutica com esta jovem, em adaptação às suas necessidades, e que foi possível contactar com a reserva, a vergonha, o medo e a preocupação da mesma, aspetos desbloqueados por o proporcionar de um clima de confiança.

Apêndice IX

Processo de Enfermagem de uma jovem no âmbito da consulta de enfermagem

Estágio Clínico – Contexto Comunitário nas Consultas de Enfermagem

Processo de enfermagem de uma Jovem

Jovem de 17 anos que frequenta o 10º ano de uma escola secundária da área da grande Lisboa, num curso profissional

Recorreu a este serviço inicialmente por queixas de algias abdominais, especialmente quando em espaços fechados, e por se encontrar em absentismo escolar. Mencionava que não ia à escola porque “não tinha cabeça” (sic).

Contexto Familiar:

Pais separados. O pai vive noutra cidade, está desempregado e faz esporadicamente alguns trabalhos.

Expressa na sua história de vida uma relação muito positiva com a avó materna, que faleceu alguns anos.

Vive com a mãe (antecedentes de alcoolismo) e um irmão mais velho . Mãe também desempregada há muito tempo, e o irmão, frequenta curso do centro de emprego. Usufruem de apoio do Rendimento Social de Inserção, que acompanha esta família já há alguns anos.

Tem apoio do banco alimentar e ajuda de uma senhora que ajuda com o pagamento da renda de casa.

O irmão da jovem durante os últimos 5 anos passou o tempo em casa, maioritariamente a dormir e a jogar.

A jovem esteve 2 anos em Absentismo Escolar.

É uma jovem cujo sonho é ser escritora, que gosta muito de ler e de escrever.

Refere que a ida para o curso foi motivada por uma colega que lhe disse que nesse curso se faziam muitas visitas de estudo, o que a agradou pois conhece apenas uma área muito restrita da zona onde vive.

É uma jovem impulsiva, com dificuldades na relação com a mãe.

Refere que a mãe *“anda sempre com esquemas”* (sic) para conseguir ajuda monetária, com os quais não concorda, mas também não intervém, pois tal pode prejudicá-la.

Tem tido consultas de psicologia com uma psicóloga numa unidade de saúde da RSLVT há aproximadamente um ano.

Entrevista inicial:

A jovem menciona ter 3 pessoas de referência, a enfermeira da UCC, a psicóloga e a uma senhora amiga, que a apoiam e ajudam quando é necessário.

Na escola refere ser difícil relacionar-se com os colegas, e que lhe é mais fácil lidar com os adultos. Não identifica grupo de amigos nesta turma, expressando ter tido uma colega mais próxima no início do ano, mas que se afastou porque sentiu que não era respeitada por ela, pela forma desadequada de lhe falar.

Refere estar a gostar muito do curso reconhece-o como sendo uma área em expansão em que pode facilmente empregar-se.

Considera este curso uma oportunidade para fazer coisas que gosta.

Gosta muito de ler, por vezes refugia-se na leitura, diz que ler lhe permite ver outras perspetivas, expressa *“nos livros existem pessoas que lutam pela vida, não desistem apesar dos obstáculos”*, *“neles consigo viajar a outros lugares”* (sic).

Expressa vontade de ser escritora, mas refere que ultimamente tem tido *“preguiça de escrever”* (sic).

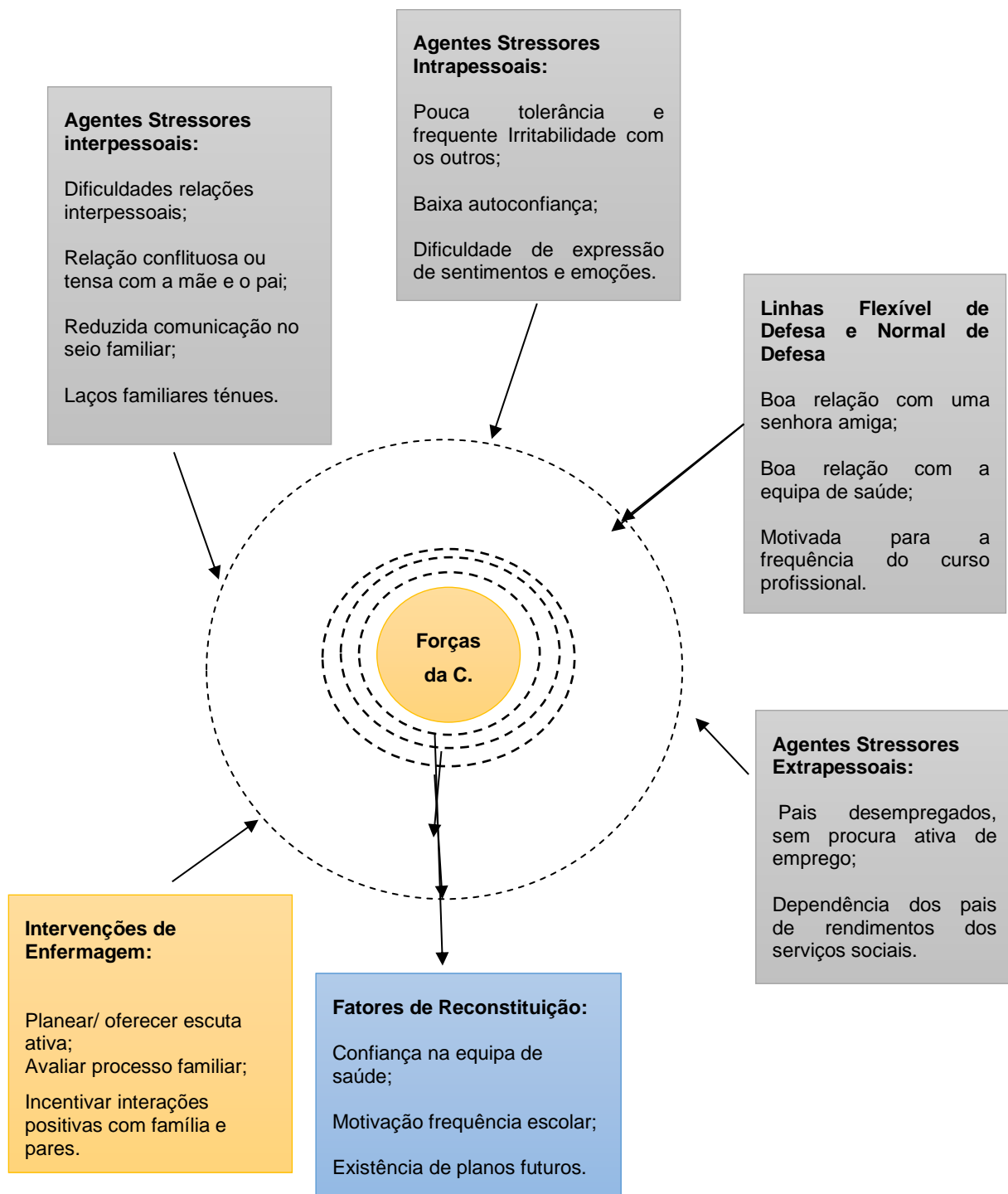
Observações da interação:

A jovem apesar de iniciar a interação dizendo que não falava muito, acabou por expressar vários aspetos do seu dia a dia, onde menciona as pessoas da sua confiança e as dificuldades na interação com os pares.

APLICABILIDADE DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman³⁵ (simplificado)

aplicado no acompanhamento à Jovem



³⁵ Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª eY. EUA: Appleton & Lange

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - CIPE, VERSÃO 2015 (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2015)

Diagnóstico de Enfermagem

Processo Familiar Comprometido

Desenvolvimento de interações de relação entre os membros da família.

Processo Familiar: família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas; Alteração do papel de família; Falta de objetivos da família; Indiferença à mudança, incapacidade de reconhecer a necessidade de ajuda, incapacidade em lidar com tensões, stress.

Resultados Esperados: Processo Familiar Melhorado

Diagnóstico de Enfermagem

Processo Social Comprometido: Processo segundo o qual os indivíduos aprendem a viver de acordo com as expectativas e os padrões do grupo ou da sociedade; adquirir crenças; hábitos; valores e aceitar atitudes de comportamento através da imitação; interação familiar e sistemas educacionais; procedimentos segundo os quais a sociedade interage com os indivíduos.

Resultados Esperados: Processo Social Melhorado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - CIPE versão 2*. (H. Castro, TraY.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª eY. EUA: Appleton & Lange

