



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica perante os Comportamentos Suicidários no Adolescente

Sónia Raquel Nunes Baptista

Orientação: Professora Maria de Fátima Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica perante os Comportamentos Suicidários no Adolescente

Sónia Raquel Nunes Baptista

Orientação: Professora Maria de Fátima Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Júri da Prova Pública

Presidente de Júri: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Orientador: Maria de Fátima Marques

Setúbal, 2023

***"A vida só pode ser compreendida, olhando-se para trás;
mas só pode ser vivida, olhando-se para frente."***

Søren Kierkegaard

AGRADECIMENTOS

*Para Pedro, Joaquim, Lourdes, Nicole e Bárbara
Pelo seu amor incondicional e apoio neste percurso*

*Para os meus colegas da unidade de saúde
Pela compreensão e disponibilidade*

*Para os colegas do curso de mestrado
Pelo ânimo que me deram*

*Para as minhas amigas
Pelo amparo em horas mais difíceis*

*Para as minhas orientadoras clínicas
Com quem tive o prazer de trabalhar, pela sua evolução pessoal e competência
Um eterno agradecimento por tê-las tido no meu percurso*

*Para a Professora Maria de Fátima Marques
Pelo apoio ao longo do meu desenvolvimento*

*Para os jovens e famílias que tive oportunidade de conhecer e ajudar
e muito me ensinaram sobre mim*

E ao universo Gratidão

RESUMO

Os comportamentos suicidários na adolescência têm aumentado em Portugal e no Mundo sendo um problema de saúde pública, onde a prevenção e atuação dos profissionais de saúde mental é preponderante pela recorrência e risco acrescido de morte.

É um fenómeno multifatorial, em que os comportamentos autolesivos são descritos pelos jovens como estratégia para regulação emocional, podendo não haver intenção suicida. Apesar dos estudos não comprovarem de forma evidente as intervenções mais eficazes, vão sendo implementadas diferentes estratégias para diminuir o sofrimento mental, inclusive com as famílias.

Neste sentido, foram realizados dois estágios na vertente hospitalar e comunitária com o objetivo de adquirir competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde foi possível desenvolver intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional em adolescentes com comportamentos autolesivos, individuais e grupais, com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que foram dadas a conhecer neste relatório e que tiveram influência na redução do risco destes comportamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Comportamentos Autolesivos; Tentativa de Suicídio; Mediadores Expressivos; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

Suicidal behaviors in adolescence have increased in Portugal and in the World, being a public health problem, where the prevention and performance of mental health professionals is preponderant by recurrence and increased risk of death.

It is a multifactorial phenomenon, in which self-injurious behaviors are described by young people as a strategy for emotional regulation, and there may not be a suicidal intention. Although studies do not clearly prove the most effective interventions, different strategies are being implemented to reduce mental suffering, including with families.

In this sense, two internships were carried out in the hospital and community areas with the aim of acquiring skills as a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, where it was possible to develop specialized interventions in the psychotherapeutic, sociotherapeutic and psychoeducational scope in adolescents with self-injurious behaviors, individual and group, based on Afaf Meleis's Theory of Transitions, which were made known in this report and which had an influence in reducing the risk of these behaviors.

KEYWORDS: Adolescence; Self-injurious behaviors; Suicide attempt; Expressive Mediators; Mental Health and Psychiatric Nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 – Esquema da Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance	17
--	-----------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Modelo Geral da Planificação das Sessões de Expressão pela Arte	54
Quadro nº2 – Grupo Terapêutico “A Arte dos Jogos”	56
Quadro nº3 – Grupo Terapêutico “Pensar a Desenhar”	58
Quadro nº4 – Diagnósticos de Enfermagem	65
Quadro nº5 – Caso Clínico da M. com base na Teoria das Transições de Meleis	68

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Nº – Número

Ed. – Edição

APA – *American Psychology Association*

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAL – Comportamentos Autolesivos

CCIA – Cuidados Continuados para a Infância e Adolescência

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRI-CAD – Centro de Respostas Integradas em Comportamentos Aditivos e Dependências

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição) Texto Revisto

DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição)

EA – Expressão pela Arte

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EIHCPP – Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

ESS – Escola Superior de Saúde

GAIA – Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

HEEADSSS – *Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide, Safety*

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

IS – Ideação Suicida

LS – Literacia em Saúde

MGF – Medicina Geral e Familiar

NGASR – *Nurses Global Assessment of Suicide Risk*

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PLS – Plano Local de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PPS – Programa de Prevenção do Suicídio

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RP – República Portuguesa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SPAT – Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia

TS – Tentativa de Suicídio

UFA – Unidade Funcional Autónoma

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEORICO	14
1.1. Adolescência	14
1.2. Teoria das Transição de Afaf Meleis	16
1.3. Depressão na Adolescência	20
1.4. Comportamentos Suicidários	22
1.5. Mediadores Expressivos	28
1.6. Consulta de Enfermagem na Adolescência	31
2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	38
2.1. Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria – contexto hospitalar	38
2.2. Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência – contexto comunitário	44
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	52
3.1. Atividades em Grupo Terapêutico	52
3.2. Diários Semanais	62
3.3. Estudo de Caso	64
3.4. Consulta de Enfermagem Especializada e Programa de Prevenção do Suicídio	71
4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS	77
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	77
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	79
4.3. Competências de Mestre em Enfermagem	83
5. CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES/ANEXOS	I
Apêndice 1 – Cronograma dos Estágios	II
Apêndice 2 – Planificação das Sessões de Expressão pela Arte	IV
Apêndice 3 – Projeto Terapêutico da M.	XV
Apêndice 4 – Registos das Sessões de Expressão pela Arte	XVIII
Apêndice 5 – Registos das Sessões do Grupo Terapêutico “A Arte dos Jogos”	XXX
Apêndice 6 – Registos das Sessões do Grupo Terapêutico “Pensar a Desenhar”	LVIII
Apêndice 7 – Reflexão Semanal do 1º Estágio	LXXIX
Apêndice 8 – Diário Semanal do Estágio Final	LXXXVIII

Apêndice 9 – Entrevistas Motivacionais	XCVII
Apêndice 10 – Diagnósticos e Intervenções	CVI
Apêndice 11 – Estudo de Caso	CIX
Apêndice 12 – Medicação e Intervenções	CLXXXV
Apêndice 13 – Registos das Sessões de Expressão pela Arte de M.	CLXXXVII
Apêndice 14 – Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	CLXXXIX
Apêndice 15 – Registos das Sessões com Aplicação do Programa de Prevenção do Suicídio	CCVII
Apêndice 16 – Resumo sobre a Apresentação à Equipa da Aplicação do Programa de Prevenção do Suicídio	CCXXX
Anexo 1 – Inventário de Depressão para Crianças	CI
Anexo 2 – Certificado da Formação UN-HU	CCV
Anexo 3 – Declaração Comprovativa	CCXXXIV

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), como avaliação da disciplina de estágio final. O relatório teve início no 2º semestre do 1º ano do Curso, com a elaboração de um projeto de estágio (no estágio I).

O tema surgiu pela necessidade sentida como enfermeira de cuidados gerais na prática diária, pelo acréscimo da procura de ajuda pelo adolescente e família de cuidados mais especializados a nível de enfermagem de saúde mental, que não existem atualmente na área de abrangência onde exerce funções.

Os comportamentos suicidários na fase da adolescência têm vindo a aumentar de forma assustadora, sendo fundamental a prevenção e atuação dos profissionais de saúde mental pela sua recorrência e risco acrescido de morte. Investigadores como Raupp, Marin & Mosmann (2018) no seu estudo de casos múltiplos recorrendo a uma amostra com adolescentes do sexo feminino chegam à conclusão, que os comportamentos autolesivos nesta faixa etária estão relacionados com uma maior probabilidade de suicídio na idade adulta e no surgimento de psicopatologias, como se apura noutros estudos internacionais. Verificaram ainda que este tipo de comportamentos são utilizados como uma forma de atenuar sentimentos e emoções negativas quando não conseguem lidar com o sofrimento, pelo que é necessária intervenção mais direcionada a este tipo de situações.

Além disso, pelos conhecimentos obtidos ao longo dos anos no âmbito da enfermagem, psicologia e experiência profissional adquirida como enfermeira ao longo de 19 anos numa urgência pediátrica de um hospital (que recebe crianças e jovens até aos 17 anos de idade), em 7 anos nos cuidados de saúde primários e em outros contextos na área da saúde mental, fez todo o sentido juntar as duas áreas de competências nesta problemática com a saúde juvenil.

Os objetivos gerais incidiram em desenvolver conhecimentos e aptidões na prestação de cuidados como enfermeira especialista na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao longo de todo o processo de cuidados ao utente, tendo em conta os contextos onde se encontra inserido, seja em internamento ou comunidade com a família e/ou pessoas significativas.

Nos objetivos específicos procurou-se desenvolver competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento, prestação e avaliação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica aos adolescentes com comportamentos suicidários; descrever as atividades específicas que se foram realizando ao longo dos estágios; conhecer as dinâmicas dos contextos de estágio na sua vertente estrutural, funcional e organizacional; explorar aptidões em

consulta do adolescente e na gestão de mediadores expressivos; recolher contributos para subsequente intervenção aos adolescentes como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental a nível comunitário; desenvolver as competências relacionais, técnicas e comunicacionais com o adolescente e família, especificamente na prevenção dos comportamentos autolesivos; analisar uma possível estruturação da consulta de enfermagem ao adolescente, com características específicas, em articulação com os vários intervenientes e utilizar o programa de prevenção do suicídio no adolescente, para *a posteriori* atuar como profissional de referência na unidade de saúde familiar onde exerce funções atualmente.

Assim, realizaram-se dois estágios com o foco no desenvolvimento de competências para integrar na prática e que fará parte de uma nova identidade inerente ao exercício profissional, como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP).

Ambos os estágios decorreram em contacto direto com adolescentes com alterações da saúde mental e/ou famílias, abarcando uma perspetiva integradora desde a promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de perturbações mentais, até à reabilitação e reinserção social, com uma lógica de continuidade entre eles (Apêndice 1 - Cronograma dos Estágios - p.II), nomeadamente:

Estágio 1 - Unidade de Internamento da Pedopsiquiatria de um Hospital do Centro Hospitalar Lisboa Central - contexto de internamento – 162 horas presenciais – 30%;

Estágio Final - Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência de um Hospital Central da zona sul do País - contexto comunitário – 388 horas presenciais – 70%.

As principais áreas de Intervenção incidiram no acompanhamento de adolescentes com: historial de Tentativa de Suicídio (TS); Comportamentos Autolesivos (CAL); Ideação Suicida (IS); e prevenção dos comportamentos suicidários.

As atividades como enfermeiro especialista procuraram responder aos objetivos inicialmente formulados mediante:

- Integração na equipa multidisciplinar;
- Participação nas funções do EEESMP;
- Acompanhamento de outros especialistas na intervenção ao adolescente;
- Realização de consultas de acolhimento ao adolescente e família utilizando os modelos e instrumentos de avaliação em uso na unidade;
- Realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais direcionadas ao adolescente e família, com a utilização de mediadores expressivos.

O relatório tem início com um enquadramento teórico que sustenta todo o trabalho desenvolvido, sendo depois apresentados os contextos de estágio e todas as atividades realizadas nos dois campos, acompanhadas de reflexão crítica.

Seguem-se as competências desenvolvidas como EEESMP, relacionando-as com as competências para o grau de mestre em enfermagem e, por fim, a conclusão.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é considerada como a fase da vida que se inicia na infância e vai até à idade adulta, dos 10 aos 19 anos, sendo uma etapa única do desenvolvimento e que pode influenciar o futuro ao nível da saúde do adolescente. Nesta etapa, acontece um crescimento muito rápido, não só físico, mas também cognitivo e psicossocial. Além disso, os adolescentes podem fazer escolhas comportamentais que podem prejudicar a sua saúde, como por exemplo em relação à atividade sexual, consumo de substâncias, alimentação ou na prática de exercício físico (OMS, s/d).

Do mesmo modo, a Ordem dos Enfermeiros refere a adolescência como uma fase complexa ao nível do desenvolvimento psicossocial, que será decisiva nas opções de vida e condutas, determinantes no futuro do adolescente (as cited in Andrade, Vaz, Berenguer & Fernandes, 2018).

Verifica-se que nesta etapa as mudanças físicas são enormes, assim como o desenvolvimento das capacidades cognitivas, afetivas e sociais (Direção Geral da Saúde - DGS, 2013a).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a adolescência divide-se em três etapas que são:

- adolescência inicial dos 11 aos 14 anos, com as transformações da puberdade e a resposta a essas alterações;
- adolescência intermédia dos 15 aos 17 anos, caracterizada pela imitação no grupo de pares;
- adolescência tardia dos 18 aos 20 anos, onde podem adotar um papel de adulto (as cited in Lopes, 2016).

Um conceito fundamental é o de crise de identidade característico da adolescência, que leva a que os adolescentes vão construindo o papel que irão ter como adultos com uma maior compreensão, e com o que aprenderam em crianças. É uma transição desenvolvimentista, conhecida como formação de identidade - consciência do eu - descrita por Erik Erikson, em que os desafios inerentes deste processo podem levar a que o adolescente se comporte por vezes de forma desajustada, não sendo considerado psicopatologia mas algo característico da adolescência (Weiner, 1995).

Sprinthall & Collins (1999) referem que a formação de identidade surge como um processo integrador de variáveis como a expectativa do futuro e a exigência social, e que a capacidade de pensamento dos adolescentes é superior à capacidade do pensamento infantil, conseguindo refletir sobre hipóteses, sobre a sua forma de pensar e dos outros e até planear e antever consequências.

Além disso, outra característica frequente nos adolescentes é uma espécie de egocentrismo, considerando-se o centro da atenção, pois acreditam que o que sentem é único e que ninguém os consegue entender, embora a evolução das capacidades sociocognitivas com a interação social vá atenuando esta característica. Para os mesmos autores, não são as mudanças da puberdade que influenciam os estados psicológicos, mas sim os pais, os colegas, as expectativas da própria sociedade e dos próprios adolescentes, bem como a forma como eles sentem estas experiências.

Segundo Santos et al. (2014), nesta fase de profundas transformações físicas, psíquicas, afetivas e sociais, o adolescente passa ainda por dificuldades que vão exigindo readaptações o que leva ao seu desenvolvimento progressivo.

Também se verifica, segundo Silva & Mendes (2015), uma maior pressão da sociedade para o consumo e para um corpo supostamente perfeito, o que pode originar sinais de revolta e tristeza no adolescente na forma como vivencia um desvio ao padrão exigido.

Na mesma linha, Duarte (2022) refere que diariamente os adolescentes são desafiados pela sociedade com novas experiências, o que pode originar insegurança, dificuldade em lidar com as emoções, diminuição da autoestima e uma série de problemas como consumos de substâncias ilícitas, acidentes, suicídio ou mesmo gravidez indesejada.

As habilidades sociais permitem exprimir desejos, sentimentos, opiniões e gerar soluções para atingir os objetivos, mas se não forem sendo aprendidas e desenvolvidas na infância e adolescência podem não favorecer as interações com os outros, arriscando originar condutas antissociais, agressividade e isolamento (Ramirez-Coronel et al., 2020)

Assim, esta etapa trata-se geralmente de um período saudável mas pode decorrer com muitos desafios também, exigindo readaptações que podem culminar em instabilidade e adoção de comportamentos autolesivos (Trinco & Santos, 2017).

Este período de intensas transformações físicas e psicológicas e de construção de autonomia, pode levar o adolescente a comportamentos autolesivos (CAL) no caso de estar a viver conflitos familiares e dificuldades nas relações com os outros, sendo particularmente relevante o relacionamento interpessoal na família (Santos & Neves, 2014, as cited in Trinco & Santos, 2021).

Pelas suas características, e segundo a OMS (s/d) os jovens em crescimento vão precisar de mais informação, nomeadamente sobre a sexualidade, estilos de vida saudáveis e serviços de saúde onde recorrer.

No entanto, apesar de um conjunto de transformações físicas, psíquicas, afetivas, sociais e familiares e sendo uma fase que acarreta mais riscos, verifica-se que o adolescente vai utilizando cada vez menos os serviços de saúde, designadamente em relação às consultas de vigilância de saúde juvenil com o médico e enfermeiro de família, perdendo-se uma oportunidade crucial para detetar algum tipo de problemática. Dessa forma, também em relação à saúde escolar deve existir um

mecanismo e maior articulação de promoção da saúde das crianças e adolescentes (Trindade & Teixeira, 2000), como forma de colmatar algumas falhas no apoio ao nível do desenvolvimento do jovem, na prevenção primária.

1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Ao longo da vida passamos por uma série de transições pessoais, circunstanciais ou momentos de passagem, como a adolescência, a saída de casa dos pais, o casamento, o início do primeiro emprego, o nascimento de um filho, situações de luto, de doença aguda ou crónica, entre outras, e cada um de nós irá lidar com a mudança de acordo com vários fatores. Existe a influência familiar mas a forma como nos adaptamos também depende dos nossos recursos pessoais, internos e externos, as experiências e o significado que vamos atribuindo aos acontecimentos de vida (Meleis & Trangenstein, 2010, as cited in Santos et al., 2015).

Nestas mudanças é importante ir adquirindo conhecimentos, ou seja, instrumentos que ajudem a transições mais saudáveis (Meleis et al., 2000, as cited in Bittencourt, Marques & Barroso, 2018). Mas nestes processos de transição pode ocorrer destabilização, insegurança, instabilidade, antes ou após a estabilização. Assim, a transição ao ser um momento de instabilidade pode levar a processos psicológicos de adaptação ou então a uma rutura (Murphy, 1990, as cited in Santos et al., 2015).

Afaf Ibrahim Meleis é das autoras que mais sobressai com estudos efetuados com os fenómenos de transição e a sua importância para a profissão de enfermagem. A sua teoria foi desenvolvida recorrendo a estudos de investigação com diversos grupos, em diferentes tipos de transições e tem guiado o ensino de enfermagem até à atualidade (Smith & Leibr, 2018; Alligood & Tomey, 2011).

Zagonel (1999) referiu que em momentos de ruturas do ciclo vital, em alterações de saúde-doença e de instabilidade ou insegurança, situações geradoras de stress, a enfermagem ao atuar nestas circunstâncias mais vulneráveis, desenvolve o cuidado transicional e deve intensificar o seu apoio ajudando na reorganização destes momentos, sendo um conceito fundamental na enfermagem e na forma de encarar o cuidar de outra perspetiva.

Através das investigações realizadas em vários contextos, Meleis e colaboradores construíram uma teoria de médio alcance, que demonstra a natureza, condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta que são habituais nos processos de transição e que vão decidir as terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000, as cited in Magalhães, 2011).

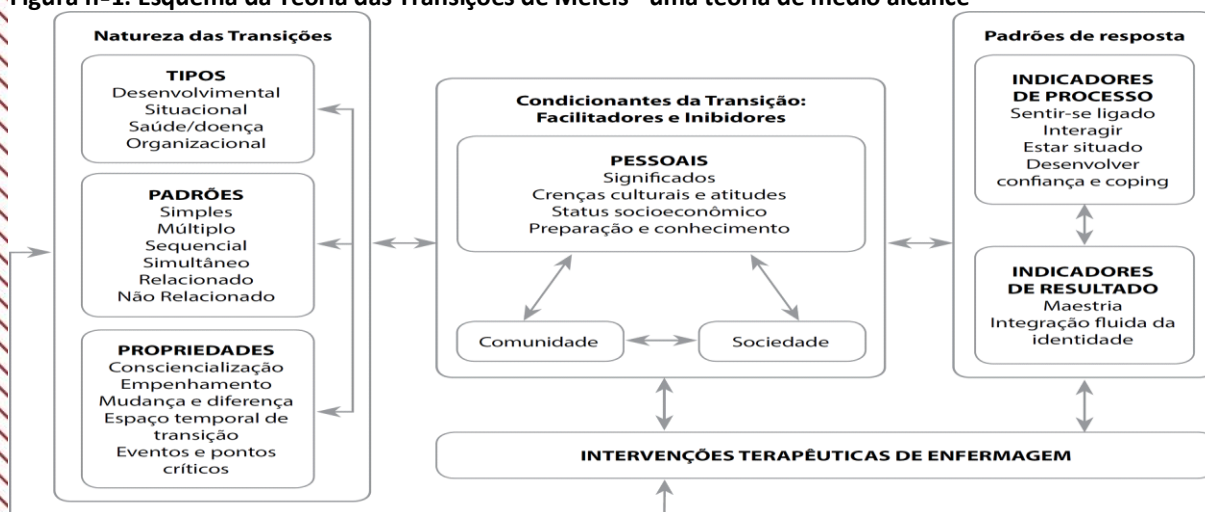
Deste modo, para que o enfermeiro seja um elemento facilitador para uma transição mais saudável é necessário perceber a vivência do utente segundo os padrões de resposta ao processo de transição, que se traduzem em dois tipos de indicadores segundo a teoria das transições de Meleis:

-de processo, como “sentir-se ligado”, de estabelecer relações com outras pessoas, integrado num determinado meio, como a família; “o interagir”, que é influenciado pelas mudanças que ocorrem, com o seu cuidador por exemplo; o “estar situado”, que se relaciona com a aceitação da condição de saúde; e o “desenvolver confiança e coping” (Meleis, 2000 as cited in Guimarães & Silva, 2016), sendo que a “...transição envolve a criação de novos significados e percepções e a reformulação das significações em relação ao ambiente que o envolve...nos remete para a noção de adaptação ao meio envolvente... para o *desenvolvimento da confiança e coping*...” (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, as cited in Santos et al., 2015, p.161), para tomar decisões da melhor forma em relação às mudanças;

-de resultados indicam o que se pretende atingir no fim da transição; e por outro, permitem a avaliação da evolução de competências em comparação com os resultados finais (Brito, 2012), e dividem-se em “maestria” (quando se demonstra evolução das competências e mostram os ganhos em saúde) e “integração fluida da identidade (reformulação da identidade...)”, enquanto ajustamento do antes e depois da experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000, as cited in Gumarães & Silva, 2016, p.4). Logo, para que ocorra uma transição saudável tem de se verificar mestria, seja nos sentimentos relacionados com a nova identidade, papéis assumidos ou no comportamento, em que há novas competências para conseguir lidar com novas situações que vão surgindo (Silva et al., 2019).

Estes indicadores dos padrões de resposta surgem ilustrados na figura seguinte, como a natureza das transições e os condicionantes, que irão influenciar as terapêuticas de enfermagem:

Figura nº1: Esquema da Teoria das Transições de Meleis - uma teoria de médio alcance



Fonte: Silva et al., 2021, p.3 (adaptado de Meleis, 2010)

Como se verifica, ao nível da Teoria das Transições foram definidos 3 constructos de base, a natureza das transições, as condições de transição e os padrões de resposta, e 4 tipos específicos de transições, desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Meleis, 2013, as cited in Santos et al., 2015).

Além disso, Meleis et al. (2010, as cited in Santos et al., 2015) referem que existem propriedades para as experiências de transição, que são: conhecimento/consciência; ajustamento/compromisso; mudança e diferença; eventos e acontecimentos críticos e período de experiência, de acordo com os tipos de transições – Desenvolvimental (como a adolescência), Situacional (por exemplo, nascimento de um filho), Saúde/Doença (como ficar num estado de dependência ou depressão) e Organizacional (por exemplo, saída do emprego) - ou seja, o contexto onde ocorrem e como se sucedem. Mencionam ainda que existem fatores que influenciam a evolução da experiência, que foram definidas como condições facilitadoras e inibidoras e que se dividem em três tipos: pessoais (significados, atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico, nível de preparação e nível de conhecimento/habilidades), comunitárias (como recursos disponíveis, suporte social) e sociais (estigmas, marginalização, leis e regulamentos), como esquematizado na figura nº1.

Em relação à primeira Propriedade de Transição sobre a Consciencialização, quando ocorre consciência, reconhecimento, o indivíduo encontra uma razão para o acontecimento e consegue reorganizar-se. No ajustamento/compromisso ou também designado envolvimento, este é influenciado pelos recursos da pessoa como o suporte social e a sua saúde, como a preparação prévia para determinada situação e a adaptação depois nas atividades diárias. A mudança e diferença são influenciadas pela capacidade em lidar com o impacto da mudança e a diferença no seu bem-estar (Brito, 2012).

A identificação dos eventos e acontecimentos críticos são essenciais para definir as terapêuticas de enfermagem, assim como o período de experiência. De igual modo, o Enfermeiro tem de investir na propriedade do conhecimento, comum a todas as transições e posterior ajustamento, indispensável tanto para os utentes como em relação ao envolvimento da família, para uma melhor evolução e posterior integração na sociedade, tendo em atenção as mudanças de saúde, os recursos existentes, expectativas e o próprio significado atribuído aos acontecimentos, pois pode ajudar ou não no sucesso da transição (Im, 2018).

Segundo Meleis et al. (2000), as transições podem ser divididas em simples, simultâneas, múltiplas, sequenciais, relacionadas ou não, têm a característica de serem únicas mas não são unidimensionais ou mutuamente exclusivas (as cited in Magalhães, 2011).

Por outro lado, a transição está relacionada com tempo e movimento pois pode envolver uma mudança na saúde, nas relações, nas competências ou expectativas, em que o utente tem de

adquirir novos conhecimentos consoante a situação (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010, as cited in Santos et al., 2015).

A teoria das transições foca-se em duas partes mais importantes que são, a intervenção que o Enfermeiro tem de fazer para facilitar a transição, promovendo o bem-estar e as competências que daí resultem e a própria compreensão da experiência da transição, definida como mudanças, transformações, na passagem de um estado para outro (Meleis, 2010).

Assim, como refere Trinco & Santos (2017), a adolescência é claramente um período de transição para a idade adulta, com diferentes transformações que exigem uma constante capacidade de adaptação do jovem a estas mudanças.

Meleis afirmou que os enfermeiros devem diagnosticar, antecipar, avaliar e ajudar a lidar com a mudança, para conseguir um nível superior de conforto e autonomia (Brito, 2012). No artigo de Murphy (1990, as cited in Zagonel, 1999) sobre uma visão holística na prática de enfermagem, este menciona que o enfermeiro pode intervir nos períodos antecipatórios, prevenindo os efeitos negativos na pessoa e preparando para a alteração nos papéis.

É relevante conhecer as características da comunidade em que vive o sujeito, além das características pessoais, pois podem ajudar ou não o processo de transição, condicionando a mudança de comportamento, a adoção de novas competências e a reconstrução da identidade (Meleis et al., 2000, as cited in Bittencourt, Marques & Barroso, 2018).

As transições geram várias emoções positivas e negativas, de acordo com o tipo de transição para a qual podemos já ter adquirido algumas competências anteriores ou não, seja um ritual de passagem, como um segundo casamento, o nascimento de um segundo filho, ou algo que não podíamos antecipar como um aborto ou uma doença crónica. Deste modo, Zagonel (1999) refere além da componente emocional, como o conforto físico é importante pois pode influenciar uma passagem bem-sucedida. A enfermagem pode surgir no cuidado transicional com intervenção mais humanizada ao identificar quais os fatores que podem facilitar uma transição mais saudável.

A Teoria das Transições tem sido muito utilizada na prática de enfermagem como é referido em Im (2018) e existem vários estudos que mostram o enfermeiro como agente facilitador no processo de transição com o cuidado transicional, como se verifica em Guimarães & Silva (2016), os quais consideram também imprescindível que os profissionais entendam os conceitos da teoria das transições para que os utilizem na prática diária.

Além disso e de acordo com Silva et al. (2019), as transições devem ser entendidas pelos enfermeiros especialistas como um todo para que possam determinar as terapêuticas de enfermagem.

Estas terapêuticas visam desenvolver a tomada de consciência, a preparação antecipatória, ajudar a adquirir conhecimentos e aptidões, reconhecer crenças, significados, atitudes relacionadas com as transições e acontecimentos críticos (Brito, 2012).

Desse modo, os Enfermeiros que conseguem promover o cuidado transicional facilitam o desenvolvimento do indivíduo, favorecendo a maturidade e o seu crescimento ao conseguir maior estabilidade e equilíbrio (Meleis, 2007, as cited in Guimarães & Silva, 2016).

A transversalidade destes conceitos na prática de enfermagem e a sua adaptação, possibilita que os Enfermeiros possam assumir um papel primordial no cuidado transicional, com uma postura de aceitação do outro, educação e promovendo o seu conforto e autocuidado (Santos et al., 2015).

1.3. Depressão na Adolescência

Segundo Fonseca (1997), a depressão começou a ser conhecida como melancolia e a palavra pretendia de forma abrangente designar uma lentificação em várias funções psicofisiológicas. A nível psicanalítico referiu que a crise da adolescência podia ser encarada como uma depressão normal (Dias, 1982, as cited in Fonseca, 1997), aludindo como principal sintoma a tristeza e considerando um conjunto de sintomas comuns, como desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio e sintomas somáticos como agitação, insónia, tonturas, fadiga e alteração do apetite.

Na definição do manual DSM-IV-TR (2002, p.349), o episódio depressivo major “é um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Em crianças ou adolescentes o humor pode ser irritável em vez de triste”. Para além disso, o indivíduo deve apresentar quatro sintomas ou mais, referentes a “alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.”

O diagnóstico sofre atualização no DSM-V (2014) e surge como transtorno disruptivo da desregulação do humor, como “referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo, é acrescentado aos transtornos depressivos para crianças até 12 anos de idade”. Também se verifica que as crianças com este diagnóstico podem desenvolver “transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtornos bipolares, quando ingressam na adolescência e na idade adulta”(p.155). Existem “evidências que documentam comportamento suicida e agressão, assim como outras consequências funcionais graves, no transtorno disruptivo da desregulação do humor...na avaliação de crianças com irritabilidade crônica” (p.158).

Segundo Weiner (1995), antes do comportamento suicida do adolescente é provável o início de sintomatologia depressiva, alertando para esse risco. É importante estar particularmente atento, quando surgem sintomas como atitudes autodepreciativas e pessimistas, humor disfórico, perturbações da alimentação e do sono e por vezes manifestações de comportamento desobediente ou mais reservado.

Recentemente, no estudo de Duarte (2022) com adolescentes do 7º e 10º anos de escolaridade, obtiveram-se níveis de depressão mais significativos nas raparigas. No 10º ano surgiram valores mais elevados de sintomatologia moderada e severa, assim como uma elevada percentagem de adolescentes com ideação suicida (IS), comportamentos autolesivos (CAL) e de risco, mas aqui sem diferenças significativas entre rapazes e raparigas.

Por outro lado, Muriel & Buitrago (2020) concluíram que as adolescentes têm maior probabilidade de comportamento suicida, mas os rapazes possuem uma maior taxa de suicídio.

Assim, assume-se como fundamental uma correta avaliação do jovem, de modo a antecipar um comportamento suicida, cujo risco se encontra aumentado principalmente em adolescentes deprimidos, com redes de apoio deficitárias, com instabilidade familiar, esforços mal sucedidos de resolução de problemas, história anterior de tentativa de suicídio (TS) e história familiar de comportamento suicida. Ao nível das intervenções pelos profissionais de saúde, após a TS é importante perceber os motivos dos comportamentos bem como a letalidade dos métodos, para avaliar o grau de risco e necessidade ou não de hospitalização, abrindo vias de comunicação, inclusive com a família (Weiner, 1995).

No estudo de Antunes, Matos & Costa (2018), é reforçada a importância do incentivo de estratégias adaptativas através de psicoeducação sobre técnicas de regulação emocional, uma vez que dessa forma se pode prevenir o *coping* não adaptativo, bem como aumentar o reconhecimento de qualidades positivas, o envolvimento da família e especialmente o suporte da relação com a mãe. Os mesmos autores, referem que a relação mais positiva entre pais e filhos facilita um desenvolvimento equilibrado e é um fator de proteção do desenvolvimento de sintomas depressivos (Branje, Hale, Frijns & Meeus, 2010; Ewing, Diamond & Levy, 2015; as cited in Antunes, Matos & Costa, 2018).

Além disso, verificou-se que os fatores individuais vão interagindo com os ambientais, o que pode influenciar uma melhor ou pior adaptação e o surgimento ou não, de sintomas depressivos (Ewing et al., 2015, as cited in Antunes, Matos & Costa, 2018).

Para Debray & Nollet (2004), a personalidade depressiva estaria associada a uma alteração da autoimagem e da imagem do mundo que poderia levar à depressão, argumentando que a intervenção devia incidir nestas crenças disfuncionais.

Atualmente, são utilizadas intervenções psicoterapêuticas de enfermagem como enumeram

Sequeira et al. (2021), para a melhoria da imagem corporal, melhoria da autoestima, controlo do humor e reestruturação cognitiva, entre outras.

A investigação de Rosa, Loureiro & Sequeira (2019), sobre a literacia em saúde mental relativamente à depressão, realizada com adolescentes portugueses, conclui que esta tem de ser melhorada tendo em conta a gravidade e prevalência da depressão, deste modo, é imprescindível que os enfermeiros promovam a literacia e contribuam na implementação de programas sobre saúde mental especificamente dirigidos para os jovens.

1.4. Comportamentos Suicidários

O comportamento suicida ocorre desde a IS, às TS e o suicídio consumado num contínuo, embora a IS não conduza inevitavelmente a atos suicidas bem como as TS poderão não culminar em suicídios (Weiner, 1995).

O suicídio é distinto do para-suicídio, no qual o pretendido não é objetivamente morrer, mas modificar algo que não se está a conseguir suportar mais. Antes do suicídio pode ocorrer heteroagressão ou não. Estatisticamente, os homens, idosos, indivíduos que se sentem sós, ou com depressão, os toxicod dependentes e as pessoas com esquizofrenia cometem mais suicídio, enquanto as mulheres fazem mais TS (Scharfetter, 2002). Por outro lado, a OE (2012) enumera como perfil mais típico do para-suicida adolescente o género feminino, com dificuldades escolares, problemas psicossociais e sem doença psiquiátrica diagnosticada.

Segundo a DGS (2013b) a IS engloba pensamentos sobre como suicidar-se na forma de desejos ou mesmo um plano específico, que podem originar atos suicidas ou CAL, ou nem sequer haver qualquer passagem ao ato. Os CAL estão contemplados no plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017 e apontam para “comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como... cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores...; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa...; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis...” (p.104).

Em relação ao suicídio, já Fonseca (1997) referia na altura que a sua incidência vinha aumentando num grande número de países de forma mais acentuada nos jovens, com repercussões no desenvolvimento social e que a droga, o alcoolismo e a violência, aumentam a taxa de suicídio inclusive nas zonas mais industrializadas.

Nos estudos de Sprinthall & Collins (1999) sobre a psicologia do adolescente, foi referido que apesar da taxa de suicídio só atingir o valor máximo na idade adulta, os jovens estavam a suicidar-se com maior frequência. Percebeu-se que os adolescentes suicidas eram particularmente vulneráveis à

influência do exterior, relacionando isto com a falta de individualidade e conformismo social, reforçado pelas características específicas desta fase de desenvolvimento. Abordaram ainda o “síndrome do macaco de imitação” e o efeito do grupo, salientando o fato de que os jovens mais dotados e que procuravam a perfeição tinham um risco superior de cometerem suicídio.

Segundo a DGS (2013b), o suicídio é uma das principais causas de morte entre os jovens dos 15 aos 24 anos, no entanto, parece que só se conhece uma parte do problema pois a taxa é muito superior em relação aos CAL e às TS.

Existem inúmeras razões para o suicídio, mas normalmente ocorre pelo sentimento de desespero, isolamento, sensação de não ter saída, bem como, medos, de perda de posição ou segurança, sentimentos de culpa, autopunição, ódio ou vingança (Scharfetter, 2002). É um fenómeno multideterminado e altamente complexo também nos jovens, com uma visão negativa de si ao longo do seu processo de desenvolvimento.

Os fatores de risco incluem características como a idade, género, orientação sexual, fenómenos sociodemográficos; perturbação mental, como depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias e/ou álcool; características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades da personalidade, como baixa autoestima e baixa autoconfiança; tentativas de suicídio anteriores e ideação suicida; fatores familiares nomeadamente uma estrutura disfuncional; fatores sociais como dificuldades relacionais com o grupo de pares, *bullying*; abuso sexual e físico; fatores situacionais como acontecimentos de vida precipitantes, falecimento dos pais ou exposição ao suicídio (DGSb, 2013). Além disso, surge também a impulsividade como característica, ansiedade elevada, dor psicológica ou sentimento de desesperança, a diminuída capacidade de resolução de problemas, a acessibilidade a meios letais e as dificuldades escolares. É importante ter em conta determinados sinais, como desfazer-se de bens pessoais significativos (OE, 2012).

Verifica-se ainda que certas perturbações de comportamento observadas na pequena infância, na pré-adolescência e na adolescência, consideradas defesas maníacas como é o caso da agitação, instabilidade grave e exaltação do humor, podem originar comportamentos suicidários (Bergeret et al., 1998).

Santos et al. (2014) salientam os fatores preditores e de risco mais relevantes, associados aos comportamentos suicidas e autolesivos, como história de TS, IS e CAL; existência de psicopatologia; ansiedade e eventos negativos de vida; diminuição da capacidade de resolução de problemas; sentimento de desespero, ao acreditar que não há solução para os problemas; falta de suporte familiar e social, nomeadamente os conflitos familiares; o acesso ao método suicida, pela impulsividade e comportamentos agressivos; a diminuição do rendimento escolar e os comportamentos de risco que colocam a vida em perigo, como o consumo de drogas e álcool. Por

outro lado, os mesmos autores referem como fatores de proteção, a autoestima e a capacidade de resolução dos problemas, possuir esperança, coesão e apoio familiar, e apoio social como a integração num grupo ou instituição.

Do mesmo modo, mais recentemente as pesquisas de Muriel & Buitrago (2020) identificam vários fatores que podem influenciar o comportamento suicida aumentando-o, como o género, a idade, sintomas de depressão e ansiedade, uso de substâncias, o relacionamento interpessoal e *bullying*, e que pode prevenir-se com medidas de prevenção primária, com educação às famílias e em contexto escolar.

Outros investigadores na sua pesquisa verificaram que os eventos traumáticos na infância como abuso emocional, abuso sexual ou abuso físico, tiveram maior associação com os CAL, o que vai ao encontro das evidências na literatura (Baiden et al., 2017; Proaño, 2018, as cited in Menezes & Faro, 2023), e que estes jovens tiveram maior probabilidade de CAL do que aqueles que nunca tiveram este tipo de traumas na infância (Menezes & Faro, 2023).

No estudo de Trinco & Santos (2017) em relação aos CAL na adolescência, verificou-se que nos jovens internados, as raparigas com idade média de 15,5 anos e com conflitos familiares, adotaram mais este tipo de comportamento, com uma taxa superior na escolha da ingestão medicamentosa voluntária. Os dois autores referiram ainda que o internamento é crucial para compreender os CAL nos jovens e para definir estratégias dentro da problemática individual, familiar e social, para facilitar um desenvolvimento mais saudável. Além disso, os jovens neste contexto demonstraram que estes comportamentos serviram para diminuir o sofrimento que estavam a sentir no momento.

Peláez, Guillaumet & Martínez-Esparza (2018) na revisão de literatura efetuada, concluem também que existe influência multifatorial nos CAL como por exemplo, o tipo de relações sociais e familiares, sendo que os ambientes familiares mais equilibrados e um bom rendimento escolar poderão ser fatores de proteção para a IS.

Noutra perspetiva, em relação à história familiar e preditores sobre as TS e CAL, existem estudos que analisam a correlação entre jovens com pensamentos relacionados com o suicídio e pais com psicopatologia; nomeadamente, a exposição a mães que já tentaram suicidar-se ou que tenham falecido por suicídio, aumenta em muito o risco de comportamentos suicidários (Goodday, Shuldiner, Bondy & Rhodes, 2019).

A família costuma estar muito relacionada com os comportamentos suicidários e as suas variáveis como por exemplo, a estrutura familiar, as relações entre os membros, mudanças no equilíbrio familiar, como conflitos ou dificuldades financeiras, podendo ser um fator de risco. São referidos como fatores de proteção pois podem diminuir o risco do suicídio, um ajustado suporte familiar e social (OE, 2012).

Na fase da adolescência, também é característico a alteração da relação com os pais; pela necessidade de autonomia do adolescente, as suas ideias tornam-se diferentes, e pode ocorrer narcisismo, ideias de grandeza ou identidade sexual confusa, o que facilita a tensão com as figuras parentais (OE, 2012).

Por outro lado, o apoio da família é fundamental, com evidências encontradas tanto na adesão como no sucesso dos tratamentos, como afirmam Gomes, Amendoeira & Martins (2012), ao referirem que as famílias podem ter necessidade de reorganização em relação às rotinas, sofrendo por vezes desgaste físico, emocional e até financeiro. É importante perceber como se aproximar da família e mostrar disponibilidade, para que a mesma possa colocar as suas questões e partilhar as dificuldades, de modo a que se possa analisar cada situação de forma específica.

Num estudo de Trinco, Santos & Barbosa (2017), os pais demonstraram a necessidade de poderem conversar com o enfermeiro para terem orientação sobre como lidar com o filho com comportamentos suicidários, sem se sentirem criticados pela situação que estavam a vivenciar.

Trinco, Barbosa & Santos (2018), referem que os CAL de um filho adolescente têm um grande impacto na família com sofrimento psicológico significativo. Esta situação pode incluir o sentimento de culpa, o estigma e até desespero, principalmente para as mães, pois são as que referem mais este tipo de sentimentos negativos, embora os irmãos também relatem o estigma e o desespero, e os pais também sintam o impacto negativo. Quando este tipo de comportamentos se repete, a família está mais atenta, escondendo medicação e objetos que possam ser utilizados pelos filhos.

Trinco & Santos (2021), demonstraram que o sofrimento da família está relacionado com a vinculação que existe entre esta e o jovem, na medida em que a dor que o filho está a sentir é compartilhada, como se ocorresse uma falha na coesão familiar. Segundo os mesmos autores, a maioria dos resultados inferem que o sofrimento da família de um adolescente com CAL é proporcional à gravidade, ou seja, letalidade, frequência do ato e a própria motivação do adolescente e que além do impacto familiar que provoca, põe em causa as expectativas do futuro. Podem ocorrer reações adversas da família, como tentativa de se reorganizar como um sistema dinâmico e interativo, demonstrando o luto em todas as fases. As necessidades de cada família são diferentes consoante as suas características, o que implica que as intervenções após um pedido de ajuda devem ser adaptadas numa perspetiva sistémica, incluindo a família como um sistema interdependente. Importa ainda salientar, que qualquer intervenção familiar depende da capacidade da família para se reestruturar, havendo o risco de ocorrerem mudanças positivas com um fortalecimento das relações e vínculos ou menos positivas como uma crise familiar.

Deve-se evitar a todo o custo induzir o sentimento de culpa nos pais pelas dificuldades que os filhos estão a passar, pois estes necessitam de apoio e não de profissionais a condenar ou a desresponsabilizar (Sequeira et al., 2021).

Ao nível da intervenção psicoterapêutica, Simões, Santos & Martinho (2019), constataram efeitos positivos com a psicoeducação para os jovens e familiares, com a intervenção cognitivo-comportamental, a intervenção comunitária e a terapia de mentalização.

Da mesma forma, de acordo com a OE (2012), as abordagens psicoeducativas na intervenção com os pais dos adolescentes facilitam a perceção e correlação de vários fatores relacionados com os comportamentos suicidários, tal como, com a alteração na relação com os pais, a alteração da relação com os pares e alteração da relação com o próprio corpo.

Na intervenção é muito importante conhecer a pessoa de forma a transmitir confiança e construir uma relação terapêutica, de ajuda, baseando-se na comunicação (Simões, Fonseca & Belo, 2006). Sabe-se que as competências de comunicação estão na base da relação com o outro, assim como a capacidade de empatia, ou seja, têm influência determinante para o sucesso da relação terapêutica e para as decisões do utente, que se pretendem com maior autonomia para encontrar soluções para os seus problemas.

Para Collière (2003), é muito importante dar ênfase à relação de ajuda, onde ouvimos o outro, aceitamos as experiências e compreendemos os significados que vai atribuindo, o que facilita a expressão da pessoa cuidada (as cited in Santos et al., 2015).

No mesmo sentido, Duarte (2022) refere que o EEESMP ao focar-se numa transição saudável, no cuidado humanizado e holístico, precisa conhecer a família e o jovem, as suas dificuldades e as suas necessidades de adaptação a novas situações, que podem criar instabilidade.

De acordo com a DGS (2013b), sobre as perturbações emocionais e comportamentais na infância e adolescência, calcula-se uma percentagem entre 10 e 20% de crianças que podem ter uma ou mais alterações da saúde mental. Os dados da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS, demonstram que a percentagem de diagnósticos de alteração de saúde mental continua a subir (Sequeira et al., 2021).

O suicídio, apesar de multifatorial e encontrando-se normalmente relacionado com doença mental, deve ser considerado como prevenível (Barbosa et al., 2021). Para tal, é importante olhar de forma eficaz para a doença mental, sendo essencial o diagnóstico correto e o acesso facilitado a cuidados de saúde adequados (OE, 2012).

Nessa sequência, vários autores referem que o acesso aos cuidados de saúde com informações sobre a ajuda disponível em relação à saúde mental também são fatores protetores do suicídio (DGS, 2013b), onde as políticas de saúde devem investir.

Nos adolescentes, os comportamentos suicidários tornaram-se preocupantes a nível da saúde pública; segundo Wright-Hughes et al. (2015), o risco de repetição do comportamento suicidário no primeiro ano, pode variar entre 5% e 15% (as cited in Simões, Santos & Martinho,

2019). A recorrência de comportamentos suicidários aumenta o risco de suicídio pelo que as intervenções ao nível da prevenção são essenciais.

Deste modo, os comportamentos suicidários nos jovens têm preponderante interesse nos diferentes setores da sociedade, com a preocupação latente de implementar estratégias o mais precoce possível juntamente com os adolescentes, familiares e em articulação com as diferentes entidades, para prevenir este aumento do número de suicídios na idade adulta. Infelizmente, os estudos que têm sido feitos nos últimos anos não comprovam de forma inequívoca quais as intervenções psicoterapêuticas mais eficazes (Simões, 2020).

O mesmo conclui Aalsma et al. (2022), ao referirem que, apesar do risco do suicídio nos adolescentes ser também um problema de saúde pública nos Estados Unidos, e a importância de identificar e gerir este risco nos cuidados de saúde primários, falta perceber qual a melhor forma de acompanhamento dos jovens com ideação suicida significativa e melhorar a prática.

Em 2020, a DGS voltou a elaborar o plano nacional de prevenção do suicídio, tendo em conta que este problema continua a ser um desafio para todos, uma vez que em Portugal morrem por dia uma média de 3 pessoas por suicídio (Serviço Nacional de Saúde-SNS, 2020).

Percebendo esta preocupação há muito tempo, verifica-se atualmente que todos os anos no mundo uma média de 800.000 pessoas se suicidam, correspondendo a 1 suicídio a cada 40 segundos. Conscientes desta problemática, existe o objetivo de reduzir a taxa global de mortalidade nestas situações em um terço até 2030, tratando-se do único indicador da saúde mental nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) e no plano de ação abrangente de saúde mental da OMS 2013–2030. Parece que não estamos ainda no percurso certo para este objetivo e a OMS continua a lutar para que os países invistam mais nesta problemática, com a implementação do LIVE LIFE de forma a incrementar uma base global na prevenção do suicídio (World Health Organization-WHO, 2021).

As intervenções descritas no guia LIVE LIFE (WHO, 2021) são:

- Diminuir o acesso aos meios de suicídio
- Interagir com os media para reportagens responsáveis sobre a temática
- Promover habilidades de vida socioemocionais nos jovens
- Identificar, avaliar e acompanhar precocemente qualquer pessoa que apresente

comportamentos suicidas

Por outro lado, há algum tempo que a OMS lançou o *Mental Health Gap Action Program (mhGAP)* versão 2.0. (após a implementação da 1ª versão) para melhorar a intervenção no suicídio e outras problemáticas relacionadas. O objetivo deste guia de intervenção mhGAP foi melhorar os cuidados com intervenções baseadas na evidência para gerir situações prioritárias e inclui secções como Depressão, Psicoses, Epilepsia, Transtornos Mentais e Comportamentais de Crianças e

Adolescentes, Demência, Distúrbios devidos ao Uso de Substâncias e Automutilação / Suicídio (WHO, 2016).

Além destas medidas, também a OE (2012) avançou com outras recomendações como o investimento em formação dos profissionais em várias temáticas, nomeadamente na prevenção do suicídio, na gestão de casos clínicos, na intervenção na crise, em instrumentos de avaliação, na melhoria da articulação entre os serviços, na implementação de guias de boas práticas para este tipo de problemáticas, assim como, no combate ao estigma da doença mental.

Na prática de cuidados dá-se ênfase à valorização da perceção e comportamento dos indivíduos, em vez da palavra, especialmente nos adolescentes; ao estabelecer uma relação terapêutica com base numa relação interpessoal; ao identificar fatores protetores como o apoio familiar, boas estratégias comunicacionais e relações na comunidade, atividade física e dieta saudável, e conhecer os fatores de risco; à avaliação do risco de suicídio com instrumentos definidos e validados para a nossa população, entrevista e adequado julgamento clínico; estratégias de intervenção em crise, psicoterapêuticas, que podem incluir psicofarmacologia e psicoterapia; promover a esperança e comportamentos de procura de ajuda, para se irem adaptando e lidarem com os problemas que vão surgindo; identificação das pessoas afetadas pelo comportamento e intervenção sistémica familiar; e a importância da continuidade de cuidados (OE, 2012).

Foram sendo desenvolvidos instrumentos de avaliação para complementar o julgamento clínico, neste caso de enfermeiros menos experientes, como o *Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR) desenvolvido inicialmente no Reino Unido e cuja versão portuguesa é da autoria de Façanha & Santos (2018). A pesquisa demonstra um conjunto de variáveis que influenciam o risco como já enumerado e a utilização de uma ferramenta de avaliação do risco de suicídio que pode autenticar a avaliação com base em evidências científicas (Façanha & Santos, 2018).

1.5. Mediadores Expressivos

Os mediadores expressivos fazem parte da prática da enfermagem especializada em saúde mental na intervenção em grupo ou de forma individual, apesar da literatura com evidência científica ser muito escassa, relacionando-se com a sua aplicação na adolescência e com CAL.

No entanto, não podemos falar deste tipo de mediadores sem introduzir a definição de Arteterapia, apesar de não ser essa a forma de intervenção deste relatório uma vez que exige formação específica. Segundo a Sociedade Portuguesa de Arteterapia (SPAT), refere-se a um modo de tratamento terapêutico e desenvolvimento pessoal, com a utilização de mediadores artísticos. A

arteterapia tem sido utilizada em saúde mental em vários contextos e problemáticas, pois facilita o bem-estar e mudanças positivas afetivas e relacionais (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010).

Margaret Naumburg ficou conhecida como pioneira da arteterapia, tendo começado a desenvolver a sua teoria em 1941 com orientação dinâmica e com as obras de clientes, encarando o trabalho como um facilitador do diálogo entre o consciente e o inconsciente. Edith Krammer, em 1950, inicia a utilização deste tipo de trabalho na psicoterapia com crianças com dificuldades emocionais, tendo sido responsável pelo foco no decorrer do trabalho artístico em vez da valorização do produto final (Santos & Custódio, 2017).

Como refere Philippini (2004), trata-se de um instrumento terapêutico que abarca conhecimento de outras áreas, pretendendo levar a pessoa à transformação e autoconhecimento (as cited in Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010).

A arteterapia pode desenvolver-se em várias sessões, com matérias diferentes e no fim as pessoas podem ficar com os seus trabalhos. Inicialmente é efetuada uma breve apresentação da dinâmica e objetivos, consoante os participantes. A música é um elemento que também facilita que as emoções fluam mais facilmente neste contexto. No final do processo criativo, os intervenientes são incentivados a observar o que fizeram e a refletir sobre os significados. Deste modo, vai fluindo com o estímulo a expressão artística, com foco no processo de criação, levando à reflexão (Coqueiro, Vieira & Freitas, 201).

Yokota (2003), na sua investigação com adolescentes com depressão, concluiu que houve melhorias no autoconhecimento, na socialização e na sintomatologia depressiva, com a utilização da arteterapia e tratamento farmacológico.

Andres et al. (2020), também mencionam no seu estudo que a arteterapia pretende estimular a promoção da saúde e prevenção do risco através da escuta e da relação terapêutica.

Martins (2012) refere que a arteterapia faz uso de vários mediadores artísticos e de diferentes formas, para a pessoa poder comunicar emoções e sentimentos, podendo reconhecer determinadas capacidades, diminuir as defesas e aumentar o bem-estar. Possibilita o crescimento emocional, ou seja, a criação artística melhora o imaginário, o autoconhecimento e impulsiona a transformação pessoal. Por outro lado, na arteterapia e na utilização dos mediadores é importante ir ao encontro das necessidades do outro, refletindo sobre as potencialidades terapêuticas dos recursos, sejam elas simbólicas, criativas ou mais expressivas.

Cunha (2017) concluiu que a arteterapia permite aceder a aspetos do *self* que podiam não ser acedidos através das palavras, possibilitando a ausência de censura pessoal ou social. De igual modo, verifica-se que a pessoa por vezes não se dá conta de temas dolorosos que depois vêm ao de cima e que se tentam elaborar. No momento de criação, há investimento em si próprio e está a

descobrir-se e a refletir na sua criação, o que pode possibilitar um surgimento de esperança no futuro.

Carvalho (2001, as cited in Martins, 2012) expõe que neste contexto a relação terapêutica consegue-se na interação em que há um criador, uma criação que foi produzida pela pessoa e o arte-terapeuta que utiliza recursos como simbolismo, criatividade e metáforas. Desta forma, permite melhorar o autoconhecimento interno, a comunicação e a expressão emocional, reorganizando conteúdos internos.

Assim, o ato de criar vai acontecendo de acordo com a aliança terapêutica estabelecida, ou seja, na relação. Pode ser aplicada a indivíduos de todas as idades, em diferentes situações ou contextos, em grupo ou de forma individual, de acordo com as necessidades. Pode ser utilizada música, movimento corporal, jogos e artes, para dar a conhecer sentimentos, sendo muito útil com crianças ou indivíduos com dificuldades no uso das palavras para comunicar. Por outro lado, as criações não têm como objetivo serem obras de arte, mas aceder às emoções e sentimentos, independentemente do resultado final, e ao identificar os sentimentos subjacentes, por exemplo no sofrimento mental, mais fácil se poderá tornar a evolução (Martins, 2012). Para Ruy de Carvalho, um arte-terapeuta para ser eficaz na sua intervenção, necessita de ser interativo, incentivador, interessado e empático, dando primazia à experiência pessoal vivida pelo outro (Carvalho, 2016).

Através da pesquisa efetuada, verificou-se que, por exemplo com adolescentes hospitalizados o registo de momentos da sua vida vai surgindo através da análise das produções simbólicas. Quando se lhes pede para fazer um desenho, os jovens recriam-se a si próprios com os seus sentimentos, sua imaginação, seu mundo físico, pois as imagens representam a sua vida intrapsíquica (Valladares, Silva, 2011; Valladares-Torre, 2016, as cited in Lima et al., 2019).

O estudo de Lima et al. (2019) revelou modificações positivas com a utilização da terapia pela arte como a diminuição da ansiedade, aumento de interesse pelas atividades e das reflexões durante o processo terapêutico. Além disso, as criações de arte permitiram a autorrevelação de sentimentos e emoções, e os autores concluíram que podem originar benefícios a nível comportamental.

A arteterapia tem sido utilizada como forma de expressar sentimentos, emoções, ideias e pensamentos, verificando-se as suas potencialidades na melhoria da saúde mental (Ferraz, 2009, as cited in Matias, 2014).

Nesta sequência, os mediadores expressivos são os materiais de arte ou instrumentos utilizados com o objetivo de criar, expressar e comunicar no *setting* terapêutico. Os mediadores artísticos podem ser de expressão plástica, corporal, dramática, musical, literária e lúdica, com diferentes funções terapêuticas (Martins, 2012).

Segundo Ferraz (2009, as cited in Antunes, 2018), estes mediadores podem ser agrupados em 4 tipos: lúdico, ritualístico, artístico e sensorial, sendo que podem complementar-se em

diferentes formas de expressão. Trata-se para o ser humano de uma necessidade, a capacidade de expressar-se, que pode ser facilitada pela linguagem não-verbal, verbal e de outras formas como a escrita, a pintura, escultura, música e até a dança (Antunes, 2018).

Barbosa, Santos & Leitão (2007), explicam também que podem ser utilizadas representações plásticas como a modelagem, máscaras, gravuras, desenho, marionetes ou expressão artística com música, dança, teatro entre outras, para intervenção psicoterapêutica.

Verificou-se que a intervenção em grupo com mediadores expressivos tem um papel preponderante na partilha e aprendizagem, coesão grupal e suporte social, contribuindo em conjunto para uma melhor expressão e compreensão de si próprios como pessoas e como elementos num grupo, pelo que com adolescentes em sofrimento mental, este tipo de intervenção terapêutica expressiva demonstra benefícios pela dificuldade comum na expressão verbal. Assim, ao ter como suporte uma participação lúdica, possibilita ao jovem ser capaz de criar um mundo seu (Pena, 2014).

1.6. Consulta de Enfermagem na Adolescência

Nos cuidados de saúde primários, é necessário que exista uma consulta apropriada para adolescentes, onde o acompanhamento seja personalizado e atenda às especificidades desta fase, caracterizada pela procura de identidade, desenvolvimento de autonomia, dúvidas e incertezas do jovem, ao mesmo tempo que disponibiliza apoio aos pais sobre dificuldades ou conflitos. A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é considerada uma oportunidade favorecida para triar, avaliar, diagnosticar situações psicopatológicas e de risco, de modo a intervir e orientar, prevenindo complicações. Neste contexto conhecem-se as famílias, os recursos pessoais e recursos locais de modo a conseguir implementar estratégias mais adequadas a cada situação (DGS, 2013a; Marques & Cepêda, 2009).

Consoante cada caso e de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) podem ser tratadas questões além dos parâmetros de crescimento, dentição, visão, audição, postura, vacinação, relacionadas por exemplo com a puberdade, imagem corporal, sexualidade, segurança e acidentes, dificuldades escolares, relação com os pais, relação entre pares, perturbações do humor, do comportamento alimentar, comportamentos aditivos e até suicidários, ou seja, o desenvolvimento psicoafetivo e social, incluindo ensino sobre sinais e sintomas de alerta e prestação de cuidados antecipatórios (DGS, 2013a; Lopes, 2016; Marques & Cepêda, 2009), podendo ser necessária referência para outros profissionais como psicólogo, nutricionista, terapeuta da fala, pedopsiquiatra, ou outro.

Segundo a DGS, a procura dos serviços de saúde relaciona-se com aspetos específicos da fase

da adolescência, como a procura de aventura e independência. Deste modo, as problemáticas estão muitas vezes relacionadas com comportamentos de risco como traumatismos, alterações alimentares, doenças sexualmente transmissíveis, maternidade precoce e comportamentos suicidários (2013, as cited in Andrade et al., 2018).

Por outro lado, para Sequeira et al. (2021), os focos de atenção mais comuns nesta fase são as dificuldades de separação, as dificuldades em lidar com a frustração, as alterações do sono, da percepção, do pensamento, da imagem corporal, dificuldades nas aquisições e perdas da adolescência, na compreensão do papel parental e na adesão terapêutica.

Segundo a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* é necessário estar atento na consulta com os jovens, a sinais e sintomas para referenciação, como somatização, ansiedade excessiva, insónia grave, restrições alimentares, humor depressivo, IS e TS (as cited in Marques & Cepêda, 2009).

Na consulta de adolescentes, há diversas questões a ter em consideração como por exemplo, a flexibilidade no atendimento, uma melhor acessibilidade às consultas, assim como a confidencialidade, a privacidade, o consentimento livre e esclarecido e o incentivo do jovem à sua participação ativa (DGS, 2013a). É essencial na consulta com adolescentes não os infantilizar e reforçar a importância da família ou figuras parentais, não assumindo papéis de substitutos na relação e incentivando a comunicação entre todos (Sequeira et al., 2021).

Deste modo, deve-se ter em atenção a experiência profissional prévia do enfermeiro e evitar algumas atitudes incorretas como fazer o papel de adolescente, sendo que este pode assumir diferentes atitudes defensivas ou posturas, como hostilidade ou silêncio e o profissional deve estar preparado e estabelecer primeiro uma relação de confiança, com limites específicos, inclusive a definição do tempo da consulta, mas demonstrando disponibilidade, tendo o cuidado de assegurar a confidencialidade e privacidade no contexto criado. O enfermeiro pode utilizar técnicas de apoio narrativo como perguntas abertas, escuta reflexiva, afirmações de apoio e ânimo, reestruturação positiva, clarificação, respostas em espelho e resumo da entrevista. Deve ter maturidade, firmeza e sensibilidade, utilizar linguagem simples, sem juízos de valor ou indução de respostas e conhecer primeiro as expectativas do adolescente e família, atuando como mediador se necessário (OE, 2010).

Assim, as consultas exigem profissionais de enfermagem capazes de estabelecer uma aliança terapêutica, com uma postura empática, de acolhimento, de escuta ativa, com disponibilidade e respeito mútuo, aptos a gerir um ambiente seguro, avaliar o risco clínico, os comportamentos relacionados com TS, o círculo social, fatores de risco e proteção, e estratégias de *coping* em situação de crise. Além disso, deve-se esclarecer o tema da confidencialidade e seus limites, etapas do processo, ir reforçando positivamente, implementar intervenções específicas para adolescentes, e envolver a família acordando previamente com o adolescente a sua importância (Nutt, Moore &

Harris, 2014; Doyle, Sheridan & Treacy, 2017; Rodrigues, 2020).

A quebra de sigilo apenas pode ocorrer em situações muito específicas, tais como:

- Presença de qualquer tipo de violência seja emocional, física, sexual, bullying, interpessoal, no namoro, ou outra;
- Uso cada vez maior de álcool e outras drogas, como sinais de dependência química;
- Autoagressão, IS ou fuga de casa; tendência homicida;
- Gravidez; Aborto; Sorologia positiva do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV);
- Não adesão aos tratamentos, deixando o jovem ou terceiros em risco;
- Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outras perturbações mentais (Azevedo et al., 2018).

Isto vem na sequência de reflexão em relação às questões éticas, e quando se deve encaminhar para um internamento compulsivo, bem como a responsabilidade do profissional de saúde numa situação de perigo para o próprio adolescente ou outros (Bloch, 1999), pelo que nas situações acima o encaminhamento será diferente consoante a situação e a gravidade.

A consulta estrutura-se em 3 fases principais:

- fase do acolhimento com o adolescente e pais numa 1ª consulta e depois com o adolescente, com apresentação e informação sobre as etapas, para conhecer as expectativas e estabelecer um clima de confiança;
- fase exploratória, que consiste na colheita de dados com o adolescente e habitualmente com a colaboração dos pais, para definir focos de atenção de âmbito bio-psicossocial, fatores de risco, competências, necessidades e problemáticas;
- fase resolutiva, composta pelos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções, reforços a trabalhar e negociação com o adolescente, da informação a partilhar com os pais. Posteriormente é dado conhecimento aos pais da informação negociada, bem como das necessidades de suporte, e são definidos os contactos futuros (OE, 2010).

De salientar que segundo Marques & Cepêda (2009), no caso dos jovens é importante antes da consulta dar a escolher se quer estar presente na entrevista aos pais ou se prefere ser atendido antes destes.

Maciel & Araújo (2003), mencionam também que na entrevista com o adolescente é realizada a colheita de dados para definir os diagnósticos de enfermagem e executar os cuidados e ações de acordo com a informação recolhida (as cited in Lopes, 2016). Os aspetos psicossociais são determinantes, além do desenvolvimento físico, dinâmica familiar e consumos, pelo que a avaliação de fatores de vulnerabilidade deve ser pesquisada. Tudo isto possibilita o início da construção

terapêutica com o adolescente e uma relação de confiança entre todos, abrindo os canais de comunicação (OE, 2010).

De igual modo, na grelha de avaliação diagnóstica de Turk surge a importância de identificar o problema, os sintomas associados, antecedentes pessoais, história e ambiente familiar e fazer a observação física e do estado mental da criança ou adolescente (2007, as cited in Marques & Cepêda, 2009).

Nesse sentido, Goldenring e Cohen descreveram um acrónimo HEADS que foi sendo aumentado nos últimos anos e atualmente é HEEDSSS. Este acrónimo facilita a orientação da consulta e as siglas significam respetivamente:

- H – Home (casa/família)
- E – Education and employment (escola/emprego)
- E – Eating (alimentação)
- A – Activities (atividades)
- D – Drugs (consumos)
- S – Sexuality (sexualidade)
- S – Suicide (risco de suicídio/depressão)
- S – Safety (segurança) (DGS, 2013a)

A avaliação diagnóstica é preponderante para avaliar a gravidade da situação, a relevância de fatores protetores ou de risco, a manifestação de sintomas, o planeamento, a atuação e a referenciação se necessário.

A entrevista motivacional é utilizada quando é necessário levar o adolescente a tomar consciência e a refletir sobre as suas escolhas, de modo a promover a sua saúde. Se o adolescente não estiver preparado para mudar, o planeamento e intervenção de enfermagem não irão resultar para que ocorra uma mudança (Lopes, 2016). Logo, se o adolescente não estiver motivado o tratamento não será possível, mas com a técnica da entrevista motivacional o enfermeiro especialista pode ter um papel fundamental neste processo e ajudar a diminuir os comportamentos não saudáveis (Lomba, Apóstolo & Gameiro, 2014-2017).

Existem 6 estádios de mudança de comportamento que são o:

- pré-contemplativo, onde não existe ainda vontade de mudar;
- contemplativo, onde há a noção da necessidade de mudança, mas ainda não decidiu e ainda não há estratégia;
- de determinação, em que já há motivação mas é importante a ajuda na escolha da estratégia;
- da ação, já há mudança mas é necessário apoio nos obstáculos;
- de manutenção, em que se criou a rotina mas deve-se ter em atenção possíveis recaídas;

- de recaída, se voltar à etapa inicial em que se deve dar apoio para retomar as tentativas. Habitualmente todo este processo pode demorar um período de 6 meses (OE, 2010; Lopes, 2016).

Através da pesquisa efetuada, verifica-se que as intervenções de enfermagem especializadas em adolescentes que adotam CAL podem ter uma influência determinante, bem como a relação terapêutica conseguida, na medida em que os adolescentes devem ser parte integrante de todo o processo e das decisões terapêuticas (Nutt, Moore & Harris, 2014; Rodrigues, 2020). Os CAL têm diferentes razões para a sua ocorrência, mas os resultados sugerem um mecanismo de autorregulação perante o sofrimento, como forma de reagir ao que estão a sentir (Doyle, Sheridan & Treacy, 2017; Trinco & Santos, 2017).

Além da prevenção no suicídio, é uma grande preocupação quando o utente já tentou o suicídio, fica internado, recupera e a alta começa a ser planeada. Após a sua recuperação, o enfermeiro neste contexto deve avaliar o tipo de acompanhamento que o utente irá necessitar, identificar se este tem suporte social adequado e trabalhar também com a sua família se houver, ou outra pessoa de referência que possa dar-lhe apoio.

No entanto, e muitas vezes, o especialista tem de lidar com situações onde a recuperação é muito difícil e onde se torna essencial a esperança para os utentes e famílias conseguirem lidar com a problemática mental e suas consequências, tendo-se revelado muito positivo o seu uso nas abordagens. Desta forma, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para construir uma relação de confiança favorável ao desenvolvimento da esperança, devendo incuti-la na relação terapêutica para que a pessoa consiga ver outras alternativas possíveis, à vontade de terminar com o sofrimento através da morte (OE, 2012).

As sessões com o Enfermeiro Especialista são mais benéficas se seguidas e estruturadas de acordo com as necessidades do utente, focando a independência, a esperança no futuro e no que a pessoa precisa de aprender, nomeadamente, estratégias diferentes para lidar com os problemas (OMS, 2000).

Outra estratégia utilizada por vezes, é o recurso a um “contrato de não suicídio” para a prevenção de nova ocorrência, onde são efetuadas promessas, após negociação de questões pertinentes que possam estar na origem do sofrimento, podendo envolver-se familiares e/ou amigos. Este tipo de contrato só é indicado se o indivíduo tiver controlo sobre as suas ações, e não garante em absoluto que o comportamento não se concretize novamente. Por outro lado, se não existir IS estruturada ou doença psiquiátrica, pode-se iniciar medicação e terapia cognitivo-comportamental (OMS, 2000).

Simões, Santos & Martinho (2020), na sua pesquisa sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes, conseguiram contributos para a intervenção de enfermagem e desenvolveram um

programa psicoterapêutico de prevenção do suicídio, que começou com 9 a 12 sessões, 2 a 3 vezes por semana. Realizaram um estudo de Delphi e verificaram maior concordância com um programa entre 10 a 15 sessões, sendo ajustado consoante a necessidade.

O enfermeiro especialista deve neste contexto avaliar o risco clínico, escutando de forma ativa e comunicando de forma empática, desenvolvendo uma relação terapêutica baseada no respeito, esclarecendo os passos, assegurando a confidencialidade dentro dos limites legais, com um modelo de intervenção focado no utente, trabalhando em conjunto para identificar problemas, competências, estratégias, reforçando aspetos positivos, com intervenções terapêuticas específicas, envolvendo a família e trabalhando em equipa (Nutt, Moore & Harris, 2014; Rodrigues, 2020).

De igual modo, no plano nacional de prevenção do suicídio (DGS, 2013b), é defendida a implementação de projetos direcionados para a deteção precoce da depressão e prevenção dos comportamentos suicidários em meio escolar. Logo, é necessária a articulação entre equipas multidisciplinares e outras estruturas não só de saúde mas também escolares, como por exemplo, intervir na prevenção e combate ao estigma nas escolas, com alunos, família e funcionários, e melhorar a identificação dos fatores de risco dos comportamentos suicidários e/ou sintomatologia depressiva, com estratégias conjuntas (escolas, famílias, unidades de saúde).

Nesta linha, surgiu “O Projeto + Contigo” que é desenvolvido em meio escolar, para a promoção da saúde mental e a prevenção de comportamentos suicidários em adolescentes do 3º ciclo e secundário, em que especialistas da saúde mental intervêm com jogos e dinâmicas que possibilitam a discussão de temas como adolescência, autoestima e autoconceito, estratégias de resolução de problemas, saúde mental e estigma e fazem formação a outros profissionais de saúde e ações de sensibilização a professores, assistentes operacionais e encarregados de educação (Santos et al., 2014).

Com a implementação deste projeto nos últimos anos foi possível o encaminhamento de jovens e suas famílias, recolhendo dados por entrevista e com as dinâmicas da sala de aula, além de se ter conseguido melhorar alguns fatores protetores ao nível do autoconceito e *coping*, bem como diminuir fatores de risco como o isolamento e sintomas depressivos (Santos et al., 2018).

Duarte (2022) também aborda a importância dos programas em contexto escolar, na medida em que se cria um espaço para que os jovens consigam comunicar o seu sofrimento e dificuldades. É relevante conhecer a comunidade em que estão inseridos, além das características pessoais, pois influenciam as mudanças, os seus efeitos e as transições.

A atuação em regime de articulação com outros profissionais permite a obtenção de melhores resultados como uma deteção mais precoce de situações de risco, maior eficácia da intervenção em situações mais complicadas no âmbito social, a criação de novos programas e a formação de outros profissionais na área da saúde mental infantil e juvenil (Ministério da Saúde,

2009-Coordenação Nacional para a Saúde Mental-CNSM, as cited in DGS, 2013b; Marques & Cepêda, 2009).

Assim, na área da psiquiatria da infância e da adolescência é necessário a prestação de cuidados por equipas multidisciplinares, mas também um trabalho de maior proximidade entre as instituições da comunidade, escolas, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e cuidados primários de saúde (República Portuguesa-RP, 2018).

Com a aplicação do Despacho nº 6170-A/2016 de 9 de Maio, para a melhoria da equidade no acesso dos cidadãos aos serviços, espera-se conseguir diminuir gradualmente as desigualdades, pois ainda se verificam muitas dificuldades na prática com défice significativo de recursos humanos especializados e instituições, para esta faixa etária.

2. Contextos de Estágio

2.1. Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria – contexto hospitalar

Este relatório teve por base a realização dos dois estágios referidos anteriormente, sendo o primeiro num serviço de pedopsiquiatria, de um hospital que pertence ao Centro Hospitalar Lisboa Central – unidade de internamento - responsável pela prestação de cuidados de saúde mental a utentes com idades compreendidas entre os 11 aos 17 anos, que decorreu de 16 de maio a 24 de junho de 2022 (6 semanas), com 270 horas totais e 162 horas de contato, sob dupla supervisão: orientação pedagógica da Professora Maria de Fátima Marques e orientação clínica da EEESMP CC.

Para este estágio, estabelecemos objetivos como futura EEESMP tendo em vista o aprofundamento de conhecimentos das perturbações psiquiátricas na adolescência e o desenvolvimento de competências específicas na área, em contexto de internamento, nomeadamente:

- ao nível da avaliação diagnóstica, com utilização de instrumentos de avaliação adequados;
- nos modelos de organização da intervenção;
- com os vários tipos de intervenções de base biológica, psicoterapêuticas, psicossociais e socioterapêuticas e psicoeducacionais;
- e no processo de gestão e liderança de cuidados, de modo a assumir o processo de cuidados de utentes e/ou família nesta faixa etária.

Nesta unidade de internamento de pedopsiquiatria, as perturbações mais frequentes são as perturbações do comportamento alimentar, os comportamentos suicidários com quadros autolesivos, auto e heteroagressão, perturbações da personalidade, perturbações do espectro do autismo e perturbações relacionadas com identidade de género ou processos de transição.

O foco escolhido foram os comportamentos suicidários nos adolescentes e os fatores predisponentes, para conhecer e perceber de acordo com os casos clínicos, formas de intervenção específicas como enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Desta forma, procurámos contribuir de algum modo, para a redução do risco da reincidência de CAL nos adolescentes internados.

Para complementar a experiência pessoal e profissional, tivemos a possibilidade de observar a atuação do enfermeiro especialista nas consultas de ligação de *follow up* após alta, da equipa de saúde mental (constituída por enfermeiro especialista, médico pedopsiquiatra e psicólogo), onde

foram avaliadas 3 dimensões: a integração em casa, a integração na escola e a adesão terapêutica, através de consulta de enfermagem telefónica num dos turnos.

Com a mesma finalidade, acompanhámos um EEESMP na urgência pediátrica durante meio turno, o que possibilitou observar a sua intervenção em situações de crise, como por exemplo, com uma jovem com comportamentos suicidários.

A entrada no Internamento é efetuada pelo serviço de urgência pediátrica e na triagem hospitalar é efetuada a avaliação do estado mental e avaliação do estado psicossocial, são tratadas feridas ou lesões por CAL se existirem.

Além disso, é efetuada uma avaliação de risco suicidário, de autoagressividade, de violência, de risco de fuga, de risco de reações adversas à medicação e de riscos associados a patologia orgânica, utilizando a tabela de identificação de fatores de risco clínico, em uso no serviço de internamento da pedopsiquiatria. De acordo com o obtido, define-se a supervisão no serviço, como é o exemplo no estudo de caso apresentado adiante.

Ao longo do internamento, são efetuadas reavaliações do risco clínico pelo enfermeiro responsável ou de referência, e vai sendo ajustado o projeto terapêutico de acordo com os objetivos, seja por exemplo, para Nutt, Moore & Harris (2014), diminuir o sofrimento, reduzir CAL, desenvolver novas estratégias, incentivar outras atividades, individualmente ou em grupo.

Por outro lado, houve oportunidade de acompanhar a intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar, como pedopsiquiatras, psicólogos, psicomotricista, pediatras que dão apoio à unidade, assistir às reuniões de serviço diárias da equipa médica e de enfermagem, onde são reavaliados os planos de cuidados efetuados pelo pedopsiquiatra e enfermeiro especialista, para entender toda a dinâmica e envolvimento neste contexto.

O serviço da pedopsiquiatria tem 20 Enfermeiros, dos quais 70% são especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com método misto como organização de trabalho e regime de *roulement* - turnos de 8H rotativos e de 10H em que 1 enfermeiro fica responsável pela medicação diária (como forma de prevenção do erro terapêutico), 3 médicas pedopsiquiatras fixas, 1 psicóloga e 1 psicomotricista.

No total a unidade dispõe de 16 camas de internamento para crianças e adolescentes e trata-se de um serviço que anteriormente era uma unidade de puerpério que foi adaptada para esta especialidade. Possui quartos individuais, quartos com 2 camas e quartos com 4 camas, sem mesas de cabeceiras, armários presos à parede, janelas fixas e tetos sem pontos de ancoragem, de modo a salvaguardar a integridade física prevenindo comportamentos suicidários e de violência. Os quartos individuais são normalmente utilizados em jovens mais instáveis, com menos competências sociais e comportamento mais agressivo.

Existem salas fechadas à chave para evitar acessibilidade a determinados produtos, objetos ou medicação e a porta de saída do internamento também está fechada para não permitir saídas não autorizadas.

Além disso, possui um quarto de contenção ambiental, sem interruptores elétricos, com proteção das janelas e paredes, sem cama mas com um colchão no chão e pavimento específico, para manter em segurança o jovem quando apresenta agitação psico-motora, tal como preconizado pela Entidade Reguladora de Saúde-ERS (2015) e DGS (2011). Nas situações de violência verbal ou física em que tenha de ser utilizado o quarto, não deve haver julgamento moral, é incentivada a expressão de sentimentos como a zanga e a raiva, que podem ser exteriorizadas sozinhos ou com acompanhante ao longo de 20-30 minutos, e após catarse (choro, por exemplo) verifica-se se é necessária ou não medicação em SOS. De preferência, o quarto é utilizado com apoio de um técnico especializado e com vigilância contínua.

A unidade conta com uma sala de estar com sofás e mesa, com televisão e jogos, com vigilância pelo enfermeiro ou assistente operacional, um refeitório e uma sala de atividades que também funciona como refeitório se for necessário dividir o grupo principal, onde são realizadas aulas de culinária e artes plásticas (com barro, por exemplo) e onde ocorrem as tomas diretas assistidas.

As tomas diárias são efetuadas com um enfermeiro que explica ao jovem qual a medicação, a dosagem, os efeitos pretendidos e efeitos secundários possíveis, incentivando-o a descrever como se está a sentir com a medicação como forma de intervir na adesão terapêutica.

Existe também uma sala destinada a atendimento familiar, onde o jovem pode estar com as suas figuras de referência. Neste contexto, é necessária também a vigilância dos profissionais de saúde, tendo em conta as alterações mais comuns da dinâmica familiar como comportamentos de promiscuidade, de agressividade e conflitos familiares, influências no desenvolvimento e na autonomia.

Além disso, há um espaço multimédia com 2 computadores, sem acesso a redes sociais, com livros e jogos, outra sala com computador e marquesa para alguns procedimentos e utilizada para reuniões várias, uma sala de reuniões da equipa multidisciplinar, uma copa e uma sala de trabalho de enfermagem para preparação da medicação e colheitas.

Existe também uma sala de atividades/ginásio com tela, onde decorrem as atividades terapêuticas grupais diárias com recurso a mediadores de expressão e que estão organizadas da seguinte forma:

Segunda-feira – Expressão Dramática

Terça-feira – Terapia pela Dança

Quarta-feira – Terapia pela Arte

Quinta-feira – Psicoeducação e Culinária

Sexta-feira – Cineterapia

Sexta-feira à tarde - faz-se um balanço da semana com 2 enfermeiros dinamizadores e onde os jovens podem partilhar as temáticas que gostariam de ver desenvolvidas na próxima atividade como suicídio, conflitos, perdas/luto.

Sábado – Autocuidado

Domingo – Relaxamento

As avaliações médicas são realizadas no período após o pequeno-almoço, assim como a intervenção pela psicóloga para não comprometer as restantes atividades.

O hospital possui uma escola internamente e em situações de internamentos mais prolongados e com benefícios de competências, são contactados os professores que fazem uma avaliação pedagógica prévia, planeiam as intervenções individualizadas e, ou o utente se desloca à escola ou o professor à unidade de internamento.

Segundo Sequeira et al. (2021), os utentes nos internamentos de pedopsiquiatria só devem ficar na cama durante a noite, o que é preconizado na unidade, e durante o dia deambulam pelo serviço e têm várias atividades terapêuticas com os profissionais ou com outras crianças/jovens. Conforme os mesmos autores, é muito importante a dinâmica grupal neste contexto embora o método de trabalho individual também deva orientar a prática, o que se verifica no internamento com profissionais de referência e com as atividades terapêuticas grupais diárias.

Para este Estágio estabelecemos os seguintes objetivos gerais:

1. Aprofundar conhecimentos sobre as perturbações de saúde mental mais frequentes na adolescência que levam ao Internamento

2. Desenvolver aptidões e competências específicas como EEESMP neste contexto

Nesta sequência, os objetivos específicos para este estágio foram:

1. Desenvolver competências como EEESMP de avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados, execução e avaliação dos resultados no contexto de internamento

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

-Treinando a avaliação diagnóstica, com entrevista clínica e síntese narrativa, avaliação dos fatores precipitantes, a evolução da situação e risco clínico

-Utilizando instrumentos de avaliação adequados, como a escala de avaliação de risco clínico, preconizada e utilizada neste serviço de internamento, de forma a verificar a evolução clínica do utente

-Observando os vários tipos de intervenções de base biológica, psicoterapêutica, psicossocial, socioterapêutica e psicoeducacional mais utilizadas

-Aprofundando os modelos de organização da intervenção, como gestão de caso

-Desenvolvendo a relação terapêutica centrada no utente internado em momentos individuais e entrevistas motivacionais, incluindo a família em reuniões familiares se possível

-Planeando a alta (capacitação para a reinserção social) juntamente com os enfermeiros de referência

-Desenvolvendo em colaboração com a equipa de enfermagem o processo de cuidados de enfermagem com reavaliação contínua, de modo a assumir o processo de cuidados de utentes e/ou família nesta faixa etária *a posteriori*

-Aprofundando os conhecimentos relacionados com a psicofarmacologia e ações de enfermagem específicas, de modo a acompanhar a evolução dos utentes internados

2.Observar a atuação do EEESMP nas consultas de ligação de follow-up, para conhecer a avaliação efetuada (integração em casa, integração na escola e adesão terapêutica) e encaminhamento pós-alta

3.Observar a atuação do EEESMP na urgência pediátrica (onde está um EEESMP em regime de colaboração para intervenção na crise)

4.Integrar a equipa multidisciplinar no serviço de internamento

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

-Conhecendo a unidade e seu funcionamento

-Verificando quais as normas e procedimentos adotados pelo serviço

-Observando as competências específicas do EEESMP neste contexto

-Observando intervenções específicas de outros elementos da equipa multidisciplinar na intervenção ao adolescente na área da saúde mental, nomeadamente pedopsiquiatras, psicólogo, psicomotricista e pediatra

-Assistindo a reuniões da equipa multidisciplinar e intervindo quando necessário

-Assistindo às reuniões de serviço da equipa médica e de enfermagem, onde são reavaliados os planos de cuidados efetuados inicialmente pelo médico e enfermeiro de referência, para entender toda a dinâmica e envolvimento neste contexto, assim como, a evolução e prevenção de comportamentos de risco

-Observando intervenções terapêuticas específicas do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico ou psicoeducacional direcionadas ao adolescente nas atividades semanais

-Aprofundando o processo de gestão e liderança de cuidados, observando, delegando e supervisionando os cuidados prestados por enfermeiros generalistas

5. Adquirir e desenvolver competências na gestão de mediadores de Expressão pela Arte (EA)

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

-Pesquisando evidências científicas nas bases de dados internacionais

-Planificando e desenvolvendo as atividades terapêuticas das quartas-feiras da EA para o grupo de adolescentes internados, com a colaboração da enfermeira orientadora e colegas da especialidade (durante 5 semanas)

-Efetuando os registos das sessões de EA e partilhando nas reuniões de equipa

6. Elaborar um estudo de caso de um adolescente internado com comportamento suicidário, de acordo com o processo de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

-Pesquisando evidências científicas nas bases de dados internacionais

-Articulando e reunindo com a enfermeira de referência, médico responsável pelo caso clínico e orientadora clínica

-Consultando o processo clínico da adolescente

-Efetuando consulta de enfermagem com a jovem internada com entrevista motivacional

7. Efetuar reflexões semanais para o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência como EEESMP

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

- Reunindo com a enfermeira orientadora todas as semanas para verificar a minha evolução e capacidade de autorreflexão

8. Recolher dados para a elaboração do relatório de estágio

Para atingir estes objetivos foram necessários os seguintes recursos humanos e materiais:

-Docente e orientador

-Equipa multidisciplinar

-Bibliografia de bases de dados internacionais

-Protocolos da unidade e trabalhos realizados por colegas da unidade de internamento

-Registos da equipa no programa SClínico

-Escala de avaliação em uso no internamento

- Instalações da unidade e mobiliário
- Ajudas técnicas como computador
- Material de apoio como papel, canetas, canetas de feltro, lápis de cor, lápis de cera, livros de histórias, brinquedos, pasta de moldar, tintas, pincéis, recortes de revistas, cola, lã, tesoura, especificamente para as atividades de EA

Os indicadores de avaliação no final do estágio foram:

- Projeto de estágio
- Estudo de caso
- Reflexões semanais
- Participação nas atividades diárias da equipa de enfermagem e reuniões multidisciplinares
- Planificações das atividades de EA de 5 semanas, que foram disponibilizadas para o serviço e entregues à enfermeira responsável pela atividade
- Registos das planificações das sessões de EA
- Utilização de técnicas e instrumentos específicos, como observação do comportamento, entrevista motivacional, escalas de avaliação (depressão e risco clínico) e projeto terapêutico
- Reuniões com a orientadora pedagógica
- Reuniões com orientadora clínica
- Reuniões conjuntas com as orientadoras (inicial, intermédia e final)

2.2. Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência – contexto comunitário

Em relação ao segundo estágio, realizou-se numa unidade de psiquiatria da infância e adolescência (que pertence a um hospital central do sul do país), responsável pelo diagnóstico e tratamento de perturbações emocionais e comportamentais da criança e adolescente até aos 17 anos de idade, que decorreu de 31 de outubro de 2022 a 23 de fevereiro de 2023 (adiado por motivos de saúde), com 24 horas por semana em média no local de estágio, com 388 horas totais e 336 horas de contato, sob dupla supervisão: orientação pedagógica da Professora Maria de Fátima Marques e orientação clínica da EEESMP CM.

Esta unidade é constituída atualmente por uma equipa multidisciplinar (que sofreu alterações no decurso do estágio), com 5 pedopsiquiatras, 2 enfermeiros especialistas – uma em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e outra em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (com formação em psicoterapia), 3 psicólogas, 1 psicomotricista, 1 terapeuta ocupacional, 1

assistente social, 1 musicoterapeuta (a tempo parcial), 1 professora do ensino especial e 1 educadora (1 dia por semana) do serviço de pediatria do hospital.

Possui atividade assistencial desenvolvida em gabinetes/salas como:

- Consultas de pedopsiquiatria
- Consultas de psicologia
- Consultas de enfermagem
- Sessões individuais de psicomotricidade, terapia ocupacional e ensino especial
- Intervenção em grupo para crianças dos 6 aos 10 anos (1º ciclo) – Área de Dia – com psicomotricista, enfermeira e educadora de infância
- Intervenção em grupos terapêuticos com crianças/adolescentes dos 11 aos 13 anos e dos 13 aos 17 anos consoante a problemática – Hospital de Dia – com atividades semanais, tais como:
 - “Medi’Arte” (Segunda-feira);
 - “A Arte dos Jogos” e Psicomotricidade (Terça-feira);
 - “Pensar a Desenhar” e Musicoterapia (Quarta-feira);
 - “Conto por Conto” (Quinta-feira);
 - “Pensar a Desenhar” (Sexta-feira)

A nível hospitalar o apoio prestado verifica-se através de:

- Ligação às unidades de internamento dos serviços de pediatria do hospital
- Reuniões de consultadoria com o serviço de pediatria, inclusive Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC)
 - Reuniões de consultadoria com o serviço de psiquiatria
 - Integração com o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHCR)
 - Integração com a equipa referenciadora para os Cuidados Continuados para a Infância e Adolescência (CCIA)

Existe ainda uma estreita colaboração com os CSP da zona de abrangência, realizando-se reuniões de consultadoria de forma periódica, presencial ou por contato telefónico, e atividade forense, bem como articulação com as escolas dos concelhos, com reuniões programadas.

Neste sentido, foi delineado e implementado um modelo de ligação entre a unidade e os CSP, para capacitação dos profissionais de saúde em saúde mental da infância e adolescência, com a criação de uma equipa de saúde mental nas unidades de saúde, formada por um médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), um psicólogo clínico e um enfermeiro da saúde escolar, e um psicólogo responsável pela equipa de coordenação dos apoios educativos da área.

O objetivo tem sido a melhoria da referenciação dos casos para a pedopsiquiatria, com maior eficácia, maximização dos recursos da comunidade, discussão de casos com concertação na intervenção entre os técnicos de saúde mental e os diversos serviços e setores da comunidade. A equipa deve reunir-se com intervalos de 2 a 3 meses para desencadear as medidas necessárias ao acompanhamento dos casos, depois de receber e fazer a sua triagem para a pedopsiquiatria.

No entanto, nas reuniões que houve oportunidade de assistir, estiveram presentes a psicóloga clínica e por vezes a assistente social da área de intervenção e/ou enfermeira da saúde escolar, mas não o médico MGF.

As áreas de intervenção de enfermagem na consulta de pedopsiquiatria são:

- Qualidade – gestão de risco (plano de evacuação); reanimação; Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA); farmácia; manual de integração; processo de enfermagem
- Intervenção em grupos – Área de Dia; Hospital Dia; Grupo de Pais; Grupo de Adolescentes no Verão
- Enfermagem de ligação – centros de saúde; unidades (internamento de pediatria, consulta de pediatria, neonatologia e CDC); Escolas; consulta de obstetrícia (gravidez não desejada); outras instituições como *Make a Wish* (projeto a iniciar) e saúde mental – Plano Local de Saúde (PLS)
- Visitas domiciliárias – internamento de pediatria; neonatologia; casos da unidade; grupo de cuidados continuados de saúde mental; Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHCPP)
- Projetos – realização de análises clínicas na unidade; prevenção do suicídio na adolescência (projeto que foi dado continuidade); gestão do regime terapêutico; consultas de crise – protocolo de atuação na unidade (sala de “contenção”)
- Grupos de trabalho por centro de saúde - reuniões programadas de consultadoria com pedopsiquiatra e enfermeiro, enfermeiro da saúde escolar, assistente social, psicóloga, médico MGF
- Formação – mandatória; externa; alunos em estágio
- Seguidos e acompanhamentos individuais – gestão de caso, casuística
- Reuniões de equipa – supervisão de casos e discussão dos projetos terapêuticos; reuniões clínicas multidisciplinares (com apresentações rotativas dos vários grupos profissionais); reunião do Hospital de Dia; reunião da Área de Dia; equipa de enfermagem
- Procedimentos clínicos – Realização de análises clínicas; administração terapêutica (subcutânea); realização de pensos; avaliação de sinais vitais e dados antropométricos
- Referenciação para os cuidados continuados de saúde mental na infância e adolescência

O Circuito de atendimento na unidade começa com o envio de casos clínicos por correio eletrónico, SCLínico ou sistema ALERT, de hospitais e médicos de família, ou médico externo, que é sujeito a análise e triagem pela equipa.

As situações prioritárias em saúde mental infantil e juvenil para acompanhamento na Unidade são as seguintes:

- Perturbações psicóticas
- Situações de risco de suicídio e/ou de comportamentos repetidos de automutilação
- Perturbações obsessivo-compulsivas graves
- Perturbações do comportamento alimentar (anorexia ou bulimia nervosa)
- Alterações graves do comportamento, nomeadamente heteroagressividade recorrente
- Perturbações graves da vinculação (da relação mãe-bebé)
- Perturbações de ansiedade graves, nomeadamente crises de pânico, recusa escolar, fobias graves

Situações em que a intervenção na unidade não é considerada de 1ª linha:

- Dificuldades de aprendizagem – necessitam de avaliação prévia por técnicos de apoio educativo ou de serviços de psicologia e orientação das escolas e ter, sempre que possível, a avaliação psicológica nas estruturas da comunidade
 - Situações de maus-tratos, negligência, abuso físico ou sexual – encaminhadas em 1ª instância para os núcleos da criança e jovem em risco dos CSP, para as CPCJ, ou para serviços policiais ou de ação social da comunidade
 - Comportamento aditivo – devem ser encaminhados para os Centros de Respostas Integradas em Comportamentos Aditivos e Dependências (CRI-CAD)
 - Delinquência – devem ser encaminhados para serviços de ação social, tribunais ou para estruturas da comunidade
 - Atraso global do desenvolvimento / quadros deficitários / perturbações da linguagem / perturbação de hiperatividade / défice de atenção / perturbação do espectro do autismo – devem ser encaminhados para o CDC
 - Situações de urgência como tentativas de suicídio/ideação suicida ativa e consistente, anorexia nervosa com perda rápida de peso e com alteração do ritmo cardíaco, hipocaliémia ou desidratação grave e descompensação psicótica com alterações do pensamento e/ou perceção ou grande agitação psicomotora – devem ser encaminhadas para o serviço de urgência pediátrica, que pode articular com o serviço de urgência de pedopsiquiatria do hospital

Situações que não devem ser referenciadas para a unidade:

- Problemas isolados de comportamento
 - Reações normais a situações de stress
 - Dificuldades que estejam presentes exclusivamente em contexto escolar
 - Queixas psicossomáticas sem exclusão prévia de organicidade
 - Situações sociais graves
 - Sintomas reativos a psicopatologia grave dos principais cuidadores da criança/adolescente – deverá ser tratada em 1º lugar a situação clínica do adulto
- Casos em que os responsáveis pela criança não deram consentimento, não estão disponíveis para a intervenção ou seja previsível que não têm condições para aderir a um tratamento regular

Se preencher os critérios de admissão é aceite e efetua-se o agendamento da primeira consulta de enfermagem consoante a prioridade, seguindo com adaptações o acrónimo HEEADSSS (com avaliação inicial, análises de queixas/preocupações, do risco de suicídio, da adesão terapêutica, dinâmica familiar e rede de apoio), após avaliação psicológica e social do centro de saúde da área de residência do utente.

Segundo o plano de ação de 2022 da unidade de psiquiatria da infância e da adolescência, têm surgido patologias mais complexas, como os CAL e IS, crianças e jovens com impulsividade com risco para si próprios e terceiros, recusas escolares que se vão prolongando no tempo, mais quadros clínicos de psicose, perturbações do comportamento alimentar em crianças mais jovens, maus-tratos, ansiedade e fobias correlacionadas com disfuncionalidade familiar.

Para este estágio pretende-se o desenvolvimento de competências como EEESMP, de modo a assumir o processo de cuidados do utente e/ou família na área da adolescência com perturbações da saúde mental, mas em contexto comunitário.

Pretendemos conhecer as funções do enfermeiro especialista neste âmbito; o tipo de intervenções individuais ou grupais; o acompanhamento de outros profissionais da equipa multidisciplinar e a articulação entre os técnicos; e assistir às reuniões de serviço multidisciplinares e/ou formações. Além disso, conhecer os projetos em curso, tais como a estruturação da consulta especializada em saúde mental da criança e adolescente e com comportamentos suicidários, a estruturação do projeto de visitas domiciliárias para situações de maior gravidade e o reforço das atividades do hospital de dia para adolescentes.

Assim, para este Estágio estabelecemos então como objetivos gerais:

1. Aprofundar conhecimentos das perturbações de saúde mental mais frequentes na adolescência acompanhadas em contexto comunitário

2. Desenvolver aptidões e competências específicas como EEESMP neste contexto

Neste âmbito, os objetivos específicos para este estágio foram:

1. Desenvolver competências de avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados, execução e avaliação dos resultados no contexto comunitário

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

-Efetuando o treino de avaliação diagnóstica, na entrevista clínica ao adolescente e/ou família e síntese narrativa, como avaliação dos fatores precipitantes, a evolução da situação, risco clínico (em casa, no grupo de pares), rede de apoio, para o processo terapêutico de enfermagem

-Desenvolvendo a relação terapêutica centrada no adolescente e família, avaliando dinâmica familiar, coesão ou conflitos e eficácia da comunicação

-Utilizando instrumentos de avaliação

-Planificando a estruturação da consulta de enfermagem especializada

-Planificando o programa de prevenção do suicídio nos adolescentes com comportamentos suicidários para posterior aplicação

-Aplicando intervenções de enfermagem em consulta, como treino de competências sociais, de comunicação e de resolução de problemas ou conflitos, utilização de mediadores de expressão, gestão terapêutica de ambiente, psicoeducação, treino metacognitivo, desenvolvimento de estratégias de *coping*, treino da assertividade, de autorresponsabilização, disponibilizando suporte emocional e promovendo a auto perceção positiva

-Desenvolvendo em colaboração com a equipa de enfermagem a elaboração de processos de cuidados de enfermagem com reavaliação contínua, de modo a prestar cuidados de acordo com o plano de cuidados do adolescente

-Intervindo na promoção, proteção da saúde e prevenção da perturbação mental, no processo de reabilitação e recuperação psicossocial, avaliando a segurança do ambiente e o acesso de meios letais dos jovens

-Aprofundando conhecimentos relacionados com a psicofarmacologia neste contexto

- Assistindo às reuniões multidisciplinares de supervisão e partilha de conhecimentos entre técnicos (à 4ª feira)

2. Integrar a equipa multidisciplinar

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

- Conhecendo a unidade e seu funcionamento
- Verificando quais os procedimentos adotados e circuito de atendimento
- Aprofundando os modelos de organização da intervenção neste contexto
- Observando as competências específicas do EEESMP no contexto comunitário, como intervenções terapêuticas do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico ou psicoeducacional direcionadas ao adolescente, nomeadamente grupos terapêuticos do hospital de dia, intervenções individuais, intervenção a nível escolar e visitação domiciliária
- Observando e acompanhando intervenções específicas da equipa multidisciplinar
- Assistindo a reuniões da equipa multidisciplinar
- Assistindo às reuniões de serviço da equipa médica e de enfermagem
- Assistindo às reuniões de consultadoria com as unidades de saúde
- Aprofundando o processo de gestão e liderança de cuidados, observando a atuação da chefia
- Contribuindo na formação de pares
- Reunindo com outros profissionais para articulação de intervenções

3. Aprimorar o desenvolvimento de competências na gestão de mediadores expressivos

Atividades/Ações a desenvolver para este objetivo

- Pesquisando evidências científicas nas bases de dados internacionais
- Assistindo às sessões de grupos terapêuticos, “A Arte dos Jogos” e “Pensar a Desenhar” com respetivo registo das intervenções
- Analisando a evolução deste tipo de intervenção nos jovens e sua dinâmica
- Partilhando os registos efetuados aquando das reuniões multidisciplinares para reavaliação do processo terapêutico dos jovens
- Reunindo com os outros profissionais para articulação de intervenções

4. Efetuar reflexões semanais para o desenvolvimento do autoconhecimento como EEESMP

5. Recolher dados para a elaboração do relatório de estágio

Para atingir estes objetivos serão necessários os seguintes recursos humanos e materiais:

- Docente e orientador de Estágio
- Equipa multidisciplinar

- Bibliografia de bases de dados internacionais
- Protocolos de atuação da unidade
- Trabalhos realizados por colegas
- Instalações da unidade e mobiliário
- Ajudas técnicas como computador
- Material de apoio como jogos, papel, lápis, canetas de feltro, revistas, pasta de moldar, tintas, pastel seco, pincéis, cola, tecidos, tesoura, telas, para as atividades dos grupos terapêuticos

Os indicadores de avaliação no final do estágio serão:

- Relatório de estágio
- Diários semanais
- Participação nas atividades diárias da equipa de enfermagem e reuniões multidisciplinares
- Registos das sessões dos grupos terapêuticos e sua apresentação em equipa multidisciplinar
- Projeto sobre a estruturação da consulta de enfermagem especializada a crianças/jovens
- Estruturação e aplicação do Programa de Prevenção do Suicídio (PPS) a uma adolescente com comportamentos suicidários
- Apresentação final à equipa multidisciplinar da aplicação do PPS a uma adolescente
- Reuniões com a orientadora pedagógica
- Reuniões com orientadora clínica
- Reuniões conjuntas com as orientadoras (inicial, intermédia e final)

3. Atividades Desenvolvidas

Ao longo dos dois estágios as atividades foram sendo escolhidas, integradas e delineadas com as orientadoras de cada contexto de forma a dar resposta ao desenvolvimento de competências específicas do EEESMP, em relação ao diagnóstico, planeamento, intervenções e avaliação de enfermagem, crescimento pessoal e profissional tendo em conta as necessidades dos serviços e suas especificidades.

Assim vejamos, no 1º estágio em contexto de internamento, foi solicitado apoio na criação de um *dossier* (onde tinha sido nomeada uma EEESMP como responsável) com a estruturação e planificação de sessões de EA para os jovens internados, que foram sendo implementadas ao longo de 5 semanas, com supervisão da colega responsável e enfermeira orientadora. No 2º estágio, realizado na comunidade, foi demonstrado interesse pela equipa na estruturação da consulta de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência, incluindo adolescentes com comportamentos suicidários, projeto que já tinha sido pensado para a unidade.

Houve disponibilidade da equipa e oportunidades que se proporcionaram de forma muito proveitosa para os objetivos iniciais desde:

- as reuniões multidisciplinares;
- as reuniões de enfermagem formais e informais de reavaliação;
- a articulação com os pedopsiquiatras sobre os casos clínicos;
- as autorreflexões diárias e diários semanais da evolução pessoal;
- a integração nas diferentes atividades com outros grupos profissionais
- a realização de um estudo de caso no 1º Estágio;
- o envolvimento nas diversas atividades terapêuticas com os adolescentes, com a utilização de mediadores expressivos, em grupo ou de forma individual, nomeadamente, através da escrita, moldagem, desenho, pintura, jogos, como forma de expressão e facilitador da comunicação com os jovens acompanhados;
- e a aplicação do programa de prevenção do suicídio no 2º estágio.

3.1. Atividades em Grupo Terapêutico

Tinoco, Cláudio & Sousa (2014), na sua apresentação sobre dinâmicas de grupo mencionam que estas possibilitam uma aprendizagem e que o grupo se adapta de forma gradual num contexto que permite a evolução do grupo.

Os objetivos das sessões em grupo e a sua dinâmica foram efetuados em conjunto pelos técnicos, e verificou-se que as atividades podem ser dinamizadas por profissionais da mesma categoria profissional ou distinta e com crianças ou jovens com problemáticas semelhantes ou diferentes dependendo do objetivo, em contexto de internamento ou comunitário.

Em ambos os contextos, foram utilizados diferentes mediadores expressivos com o objetivo de fazer imergir nos jovens pensamentos, conflitos internos, autorreflexão, formas diferentes de resolução de problemas e interação com os outros, inclusive com a família.

No contexto hospitalar, os grupos normalmente têm idades e sintomatologias/diagnósticos variados desde hiperatividade, autoagressividade ou heteroagressividade, ansiedade moderada a grave, humor depressivo, mutismo, ideação suicida, entre outros. Os focos podem ser variados ao nível do controlo de impulsos, da agressividade, da ansiedade elevada, da sintomatologia depressiva ou CAL.

Neste campo de ação foram sendo planificadas e realizadas sessões de EA para grupos de jovens com problemáticas diversas mas com semelhanças grupais, como a baixa autoestima, dificuldade em expressar emoções ou de interação social, e os temas foram definidos consoante os objetivos para o grupo no momento, assim como, os critérios de inclusão e exclusão dos elementos.

Assim, as sessões foram planeadas tendo em vista o emergente grupal e no geral, o autoconhecimento dos jovens internados sobre sentimentos e emoções, a melhoria da autoconfiança, o desenvolvimento de competências, a reflexão sobre outras estratégias na forma de lidar com os problemas e a esperança no futuro.

Deste modo, foram efetuadas um total de 5 planificações, para 10 sessões com os adolescentes, duas sessões em cada dia, às quartas-feiras (Apêndice 2 - Planificações das Sessões de Expressão pela Arte - p.IV) com os temas:

- Expressão de Emoções
- Autoestima
- Acreditar no futuro
- Estratégias
- Kit de Primeiros Socorros Emocionais

Em seguida, no Quadro nº1, apresentamos o modelo geral da planificação das sessões, em que se verificam as 4 fases da sessão instituídas na unidade e que vão ao encontro das etapas preconizadas para as dinâmicas de grupo, nomeadamente o Quebra-gelo, Desenvolvimento, Conclusão e Avaliação. Nesta última fase, é pedido aos jovens intervenientes que partilhem o modo

como se sentiram durante a atividade com uma palavra, enquanto na Conclusão é efetuado um resumo da sessão.

Quadro nº1: Modelo Geral da Planificação das Sessões de Expressão pela Arte

Planificação Geral da Sessão de Expressão pela Arte				
Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados divididos em 2 grupos (manhã e tarde)				
Tema: Expressão de Emoções; Autoestima; Acreditar no futuro; Estratégias e Kit de Primeiros Socorros Emocionais				
Local: Sala de Atividades do Internamento				
Data: ...				
Hora: ...				
Duração: 60 minutos				
Enfermeiros dinamizadores: EEESMP e Enfermeira Estagiária de SMP				
Objetivo geral: consoante o tema				
Objetivos específicos: consoante o tema				
Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança, ansiedade ou depressão e que aceitem participar na atividade				
Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade				
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo				15 min
Desenvolvimento				25 min
Conclusão Balanço final				15 min
Avaliação				5 min

Fonte: Elaboração própria

Em relação ao Quebra-Gelo, Tinoco, Cláudio & Sousa (2014), referem que nas dinâmicas de grupo, esta etapa permite uma primeira abordagem ao contexto, diminuindo barreiras entre os elementos que podem não se conhecer, e pode iniciar-se com uma explicação prévia ou apresentação inicial do objetivo da sessão.

Nesta fase inicial, um diálogo sobre dúvidas e expectativas e o quebra-gelo são como um ponto de partida para um objetivo comum, podendo facilitar sentimentos de união e pertença no grupo (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014).

As atividades terapêuticas de EA tiveram por base, trabalhos efetuados por outros especialistas, reuniões de orientação com a orientadora e colegas da especialidade, o feedback da intervenção da psicomotricista com os jovens e a pesquisa de artigos publicados ou outros

documentos, nomeadamente acerca dos mediadores expressivos nas relações interpessoais com os adolescentes, sendo este o suporte das planificações das sessões de EA.

No entanto, apesar de expostos anteriormente os benefícios da arteterapia, como facilitadora da comunicação dos adolescentes com os profissionais, de salientar que não há a presunção de chamar arteterapia a esta forma de abordagem terapêutica por nós utilizada.

De acordo com as sugestões dos EEESMP e as necessidades do grupo, foram planificadas as sessões de forma estruturada com foco nos objetivos pretendidos.

Por vezes foi necessário fazer adaptações de acordo com:

- a resposta do grupo;
- a disponibilidade dos jovens (consultas a decorrer no momento ou intervenções na crise);
- a adesão dos adolescentes, ocasionalmente condicionada pelos efeitos secundários da medicação ansiolítica (sonolência);
- entradas no internamento e altas clínicas.

Todos estes aspetos dificultaram um trabalho de continuidade, ao contrário dos grupos na comunidade, embora alguns adolescentes tenham continuado internados neste período de tempo, mas nem sempre estiveram presentes nas atividades.

No final das sessões, reuníamo-nos (os 2 enfermeiros dinamizadores) para aferir resultados ou avaliar o decorrer da sessão e delinear diferentes abordagens terapêuticas, consoante a evolução dos elementos. Nesta sequência, após algumas sessões verificámos a necessidade de melhorias nomeadamente, em relação aos *timings* e continuidade das atividades na última planificação do Kit (5ª sessão), pois estas careciam de mais tempo, assim como, na planificação sobre Estratégias (4ª sessão) que teria necessitado de uma indicação mais específica que condicionasse para a procura de algo mais positivo, uma vez que os participantes se focaram em estratégias anteriores negativas.

Estas sessões serviram para de outra forma aceder a representações dos jovens que não seriam acessíveis através do uso da palavra, além de terem contribuído para uma série de intervenções de enfermagem especializadas programadas e ajustadas nos projetos terapêuticos específicos dos jovens internados (exemplo no Apêndice 3 - Projeto Terapêutico de M. - p.XV). Nomeadamente, a participação em atividades grupais gradualmente mais voluntárias para alguns elementos do grupo, a exploração de emoções e sentimentos negativos, o reforço de pensamentos e comportamentos positivos, o incremento da capacidade de autorreflexão, a melhoria do autoconhecimento, de estratégias mais positivas e o inculcar esperança no futuro (Apêndice 4 - Registos das sessões de Expressão pela Arte - p.XVIII).

Foi muito interessante a demonstração de *know-how* dos enfermeiros especialistas no retorno aos jovens consoante as atividades propostas iam decorrendo, dando tempo, ajudando no

progredir das sessões, no desbloqueio de situações com reforço positivo e no atingir dos objetivos, com afirmações, como por exemplo:

- *“estamos num ambiente seguro”*; *“o objetivo é tomar consciência das emoções e partilhando irem percebendo o outro também”*; *“queres partilhar o que sentiste?”*; *“queres partilhar o que fizeste?”*; *“se não lhes fizer sentido ou não quisessem partilhar nada, podem fazê-lo com outro profissional de referência num momento individual se preferissem”*; *“todos somos diferentes e não temos de sentir todos as mesmas emoções”*; *“obrigada pela tua partilha”*; *“parabéns pela tua coragem”*.

Todos estes exemplos fazem sentir o jovem mais acolhido no grupo, com espaço para ser ele próprio, algo que se foi manifestando no decorrer das sessões pela interação com os profissionais e com os outros elementos.

Em contexto comunitário, os grupos estavam organizados em diferentes dias da semana com mediadores distintos, nomeadamente desenho, jogo, conto e arte. A constituição dos grupos era relativamente homogénea, de acordo com a idade e problemática, dependendo também do pedido de ajuda solicitado, como por exemplo, historial de dificuldades na socialização, na interação com os pares, isolamento, *bullying* ou CAL.

Em seguida, apresentamos 2 quadros com uma breve caracterização das crianças e jovens dos 2 grupos terapêuticos que foram sendo observados e acompanhados neste contexto (dados recolhidos através do processo em SClínico mas alterados os nomes), tendo sido efetuados registos de 19 sessões (interrupção nas férias de Natal e greves dos enfermeiros) para posterior análise pela equipa de intervenção, sendo que cada grupo era dinamizado por 3 técnicos, como a seguir é referido:

1º grupo “A Arte dos Jogos” dinamizado por enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EESIP), terapeuta ocupacional e professora do ensino especial – às 3ª feiras

Quadro nº2: Grupo Terapêutico “A Arte dos Jogos”

NOME	GÉNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	FAMÍLIA	HISTÓRIA INICIAL	ATIVIDADES
B	M	11	6º ano	Vive com a avó, pais separados Mãe em algumas consultas	Alteração do comportamento com comportamento de oposição e desafio e heteroagressividade Terapia da fala desde o 3ºano	Futsal ATL e Explicação Psicomotricidade
D	M	12	9º ano	Mãe ansiosa Pai vive França	Heteroagressividade	Psicomotricidade
M	M	12	7º ano	Vive com pai e mãe Desafiador na relação com a mãe	PHDA, enurese primária noturna Comportamento de oposição Dificuldades na socialização com os pares, difícil o não e esperar, impulsividade	ATL

S	M	11	6º ano	Pais e dois irmãos	Dificuldades aprendizagem e alterações de comportamento por agitação e auto e Heteroagressividade	Joga Futebol e Kickboxing Psicomotricidade
L	M	13	6º ano	Pais separados desde 1 ano de vida	Sintomatologia depressiva Tem terapia da fala	Futebol ATL Psicomotricidade
P	M	11	6º ano	Conflitos com a mãe Irmã de 15 anos	Comportamento agressivo com os colegas, 4 faltas disciplinares e destruição de objetos Alteração de comportamento com atitudes de oposição e desafio no domicílio, irritabilidade	Psicomotricidade

Fonte: Elaboração própria

Em relação ao grupo terapêutico “A Arte dos Jogos”, como explicam Tinoco, Cláudio & Sousa (2014), a utilização de jogos pedagógicos permite obter um contexto que incentiva a descoberta e a posturas ativas das crianças/jovens, pelo que a atuação do terapeuta deve estar em concordância.

Neste grupo em específico foram dinamizados alguns jogos de acordo com as preferências dos jovens, que fizeram emergir fenómenos de bullying, de competitividade e dificuldade em lidar com os outros, os quais se revelaram difíceis de controlar pelos terapeutas, e que estavam intimamente relacionados com situações escolares vividas de rejeição ou dificuldades de integração. Consequentemente, no início das sessões, houve necessidade de começar a direcionar os elementos participantes para lugares da sala previamente definidos, devido aos conflitos frequentes e de acordo com os fenómenos grupais que iam ocorrendo nas sessões anteriores.

Depois disto, a sequência da sessão decorria como o planeado, com uma primeira abordagem sobre a última sessão e iniciava-se uma primeira atividade como quebra-gelo, depois o jogo escolhido na etapa de desenvolvimento e na finalização, o resumo e avaliação com uma palavra à escolha, que retratasse o que tinham achado da sessão ou como se tinham sentido. Algumas palavras referidas foram “fixe”, “divertido”, “bom”, “loucura” (Apêndice 5 - Registos das sessões do Grupo Terapêutico “A Arte dos Jogos” - p.XXX).

No entanto, estas sessões necessitavam de ajustes frequentes para reorganização do grupo e foram efetuados alguns pedidos de intervenção à EEESMP fora daquele contexto, que se reunia com o jovem que estivesse com mais dificuldades noutra sala, enquanto a atividade continuava a decorrer com os outros elementos.

Neste contexto, foi muito interessante a dinâmica que consistiu em decorar/pintar uma máscara branca, pretendendo ser uma representação do eu, de como se veem ou gostariam de ser, mais valentes, corajosos, líderes ou simplesmente sem medo do exterior; nesta dinâmica, o grupo esteve mais focado e organizado.

São realizadas reuniões prévias de preparação para as sessões e reuniões após, para reavaliação do ocorrido e partilha entre técnicos. A continuidade é semelhante ao “modelo hospitalar”, embora com um momento inicial com questões sobre os dias anteriores, depois a fase de quebra-gelo com uma atividade, como jogos com as mãos, e o desenvolvimento da sessão propriamente dita.

Na finalização, incentiva-se a uma reflexão/resumo da sessão com partilha de sentimentos, dificuldades sentidas no jogo ou na interação com os outros elementos do grupo e são solicitadas propostas fazendo uma “ponte” para a sessão seguinte, algo que não acontecia no internamento. Termina-se com a escolha de uma palavra que defina o que sentiram, como se verificou de forma mais espontânea com alguns elementos no grupo terapêutico do “Pensar a Desenhar” (Apêndice 6- Registos das sessões do Grupo Terapêutico “Pensar a Desenhar” - p.LVIII).

Em seguida, apresentamos um quadro com a esquematização dos elementos do grupo terapêutico “Pensar a Desenhar”, neste caso com 8 jovens.

2º grupo “Pensar a Desenhar” dinamizado por EEESIP, pedopsiquiatra e terapeuta ocupacional - 4ªfeiras

Quadro nº3: Grupo Terapêutico “Pensar a Desenhar”

NOME	GÉNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	FAMÍLIA	HISTÓRIA INICIAL	ATIVIDADES
Am	F	14	9º ano	Acompanhada pela mãe nas consultas Da Moldávia	Desde os 9 anos com alucinações visuais, auditivas, acordar agitada, pensamentos compulsivos, humor deprimido, insónia grave, dificuldades na socialização Seguimento-prematura de 31 semanas Acompanhada na pedopsiquiatria desde 2012 e psicologia	
Av	F	15	8º ano	Pais e 3 irmãos Consultas com a mãe Intervenção em grupo com família	Ansiedade, tristeza, lentificação psicomotora, apatia, discurso hipofonético e provocado Isolamento social História de enurese Diminuição de apetite	
K	F	14	8º ano	Pais divorciados	Perturbação de ansiedade social com importante componente somática História de internamento por sintomatologia conversiva (síncope)	Clube de teatro
La	F	15	8º ano	Acompanhada pelo pai ou mãe Intervenção familiar	Ideação suicida e CAL Postura ansiosa e humor deprimido Acompanhamento psicológico no privado	
Lau	F	13	8º ano	Intervenção mãe-adolescente mãe com pouca diferenciação geracional, hiperprotetora	Isolamento social Atitude onipotente Insatisfação com o corpo	Psicoterapia individual quinzenal

Lu	F	13	8º ano	Pais em consultas familiares	Amenorreia Ansiedade social grave com hiperventilação; Absentismo escolar Dificuldade de socialização grave Vítima de bullying no 5º e 6º anos, mudou de escola no 7º ano Apatia; Aumento de apetite e do peso	
O	F prefere M	14	8º ano	Pais separados, 1 irmão e 1 meio-irmão Psicoterapia familiar	CAL, Perturbação depressiva maior Sofreu bullying Disforia de género História de prematuridade	
P	F	16	9º ano	Mãe psicóloga	Ansiedade de antecipação e desempenho, sentimentos de autodesvalorização e de exclusão social Acompanhada no hospital desde os 11 anos	Psicoterapia quinzenal no privado

Fonte: Elaboração própria

Em contexto comunitário as sessões não são estruturadas previamente como em contexto hospitalar, em que os objetivos estavam bem definidos e a sessão esquematizada, mas têm uma preparação mais flexível de acordo com o evoluir das sessões. Pelo que se observou, se sentiu e se conseguiu partilhar com os colegas, a destabilização entre os participantes assim parece mais fácil de ocorrer, pois estes jovens carecem muitas vezes de estrutura na sua vida, organização, rotinas e regras que lhes deem mais segurança e autoconfiança, como se verificou no grupo terapêutico “A Arte dos Jogos”.

Assim, nos grupos terapêuticos foram observadas outras formas de preparação das sessões menos estruturadas, mais espontâneas, numa perspetiva não diretiva, consoante a formação dos terapeutas e preferências na utilização dos diferentes mediadores de expressão no *setting* terapêutico e, de igual modo, como forma de motivação ao desenvolvimento das competências e potencialidades dos jovens.

Em ambos os estágios foi utilizado o mediador artístico da expressão plástica, com a utilização da pintura (em papel, cartão ou tela), desenho, modelagem (barro, plasticina ou gesso), colagem, fotografia, tecido, e também os jogos e a escrita, como forma de aceder às representações simbólicas do que está subjacente ao sofrimento nos adolescentes e como possível intervenção terapêutica em contexto individual e grupal. Esta experiência foi muito proveitosa para desenvolver aptidões com os mediadores expressivos, para os utilizar na prestação de cuidados como futura EEESMP, tal como foi delineado no objetivo inicial.

Tinoco, Cláudio & Sousa (2014), apresentam algumas competências pessoais do dinamizador que são relevantes nas sessões e que podem melhorar a expressão do grupo e o impacto da

dinâmica como a diretividade *soft*, reenviar os problemas e as questões ao grupo, saber ouvir, assertividade, aceitação, flexibilidade, repetição da atividade (se necessário), atividades inclusivas *versus* competitivas, dissonância cognitiva, conclusões absurdas. Por exemplo, em relação ao envolvimento dos elementos em atividades competitivas estes autores referem que existe o risco de exclusão, pelo que o terapeuta pode utilizar como estratégia ir alterando a composição das equipas, para não surgirem sempre os mesmos perdedores (Tinoco, Cláudio & Sousa, 2014), uma questão que foi necessário ir revendo entre as sessões do grupo terapêutico “A Arte dos Jogos”.

Em reuniões de equipa em contexto comunitário das intervenções efetuadas em hospital de dia com os grupos terapêuticos, fomos apresentando os registos das sessões de “A Arte dos Jogos” e do “Pensar a Desenhar”, o que permitiu ouvir as opiniões dos restantes elementos da equipa multidisciplinar como pedopsiquiatras, psicólogos e psicomotricistas, e recolher valiosos contributos para a continuidade das intervenções, possibilitando troca de ideias e uma melhor compreensão do historial clínico e familiar e comportamento dos jovens e adequação das sessões às necessidades do grupo e seus elementos.

Nesse sentido, foram necessárias alterações programadas num dos grupos, no número de elementos por conflito interno (tendo envolvido a família), assim como, efetuados ajustes nas intervenções de alguns técnicos. Estes fatores podem dificultar as relações de proximidade e gestão de conflitos, coesão e confiança para a evolução do grupo. Além disso, também exigiu um empenho superior na preparação das intervenções e reavaliações pelo maior desgaste nos profissionais.

No decorrer das intervenções terapêuticas grupais com os adolescentes nos diferentes modelos, com sessões de EA com 2 enfermeiros no internamento hospitalar e com os grupos terapêuticos no hospital de dia com 3 profissionais de saúde de áreas distintas, verificaram-se demonstrações por exemplo, de raiva, angústia, frustração, receio/medo, vergonha, tristeza, hostilidade, dependência, mutismo/silêncio, mas também ao longo do processo, criatividade, satisfação, pertença, euforia, carinho, prazer, melhoria do autocontrolo dos impulsos, gestão das emoções e da comunicação dos adolescentes.

Nas situações de maior resistência, com hostilidade, silêncios ou até recusas na participação, torna-se mais difícil de lidar com estas formas de expressão em que nos põem à prova em termos de atuação e aprendizagem, pois impõe uma readaptação contínua de pensamento e estratégias, por vezes de tentativa e erro ao que se adequa melhor naquele momento.

Foram sendo conseguidas pequenas partilhas entre os intervenientes, com exteriorização de sentimentos, conflitos internos, algumas relações de proximidade, empatia, diminuição da necessidade de isolamento dos pares, em grupos controlados, mais contentores e estruturantes, sem julgamento e controlando a crítica, respeitando a individualidade de cada um e a sua história pessoal

e familiar. Sendo que, os objetivos consistiram em proporcionar segurança, maior autoconfiança, maior autoconhecimento e facilitar a catarse e o desenvolvimento de competências individuais e sociais como a modelagem.

Os benefícios que foram sendo observados vão ao encontro do que refere Ferraz (2009, as cited in Pena, 2014) em relação ao uso de mediadores expressivos como: aumento da comunicação entre os intervenientes e coesão do grupo, melhoria de autonomia, autoconfiança, autoestima e capacidade de resolução de problemas, progressiva espontaneidade e criatividade, inclusive dos membros mais introvertidos ou com mais dificuldades sociais, como adolescentes internados com CAL que tinham sofrido eventos traumáticos na infância, que segundo autores como Menezes & Faro, 2023) são mais um fator de risco deste tipo de comportamentos.

Tem sido importante o desenvolvimento de intervenções terapêuticas, por EEESMP, como nos grupos terapêuticos abordando diversas temáticas (doença mental, estigma, bullying, estratégias, emoções), que também podem facilitar as transições que os jovens estão a vivenciar, com base nas teorias de análise das transições.

Além disso, foi marcante a participação noutra tipo de dinâmica - o Grupo de Pais - que decorre num dia da semana em contexto comunitário, dinamizado por pedopsiquiatra e EEESMP. Apesar dos embaraços iniciais, os pais dos jovens aderem e vão participando na atividade, alguns conseguindo partilhar mais situações ou dificuldades. Os terapeutas questionam como se sentem, como está a correr a evolução dos filhos e depois direcionam a conversa para um foco, como a infância dos pais em relação à escola e comportamentos. Há partilhas com demonstrações de algumas competências dos pais no geral como capacidade de insight, tentando levá-los à autorreflexão, e vão sendo abordados temas como abuso e bullying.

Nestes contextos, houve oportunidade de desenvolver aptidões como a capacidade de flexibilidade, concentração e foco nos objetivos e necessidades, assertividade, tolerância, de aceitação e adequação ao outro, de liderança ao estimular os outros numa determinada direção, capacidade de reflexão e sentido crítico sobre a prática clínica nas várias sessões, nas reuniões antes, após e nos momentos de reflexão, importantes na evolução das intervenções terapêuticas.

O desenrolar deste tipo de sessões contribuíram para o reconhecimento de emoções, sentimentos e valores que podem influenciar a relação terapêutica com o outro, assim como fenómenos de transferência e contratransferência (em situações de violência doméstica por exemplo), impasses ou resistências e o impacto em nós próprios (a necessidade de proteger o jovem), que serviu de autoanálise e autorreflexão com as Orientadoras e nos diários semanais, como melhoria da consciência enquanto pessoa e enfermeira para o desenvolvimento, a 1ª competência específica como EEESMP.

Além disso, permitiu o aperfeiçoamento de outras competências específicas como EEESMP, como na realização e implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou num projeto de intervenção, com base em diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, com psicoeducação e treino em saúde mental, ajudando na sua reabilitação psicossocial, através da melhoria das competências individuais e mudanças ambientais, como surge na 2ª e 3ª competências específicas como EEESMP (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto), que foi sendo demonstrado através do retorno positivo dos outros profissionais de saúde nas intervenções em grupo ou nas partilhas de opinião.

3.2. Diários Semanais

Ao longo dos 2 estágios houve a possibilidade em refletir numa série de experiências que iam ocorrendo, tendo sido proposto o seu registo seguindo o raciocínio do Ciclo Reflexivo de Gibbs no 1º estágio, pois este ajuda-nos a estruturar o pensamento para aprender com as experiências seguindo algumas etapas pré-definidas. No início houve alguma dificuldade em passar os sentimentos para a escrita pelo asoberbar da exigência exterior e interior e era necessário algum tempo exequível para autoanálise, mas com a ajuda da 1ª orientadora nas reuniões informais de partilha fomos gradualmente conseguindo organizar pensamentos, refletir sobre estes e algumas atitudes de defesa e escrevê-los (Apêndice 7 - Reflexão Semanal do 1º Estágio - p.LXXIX).

No estágio final e de uma forma natural foi sentida a necessidade de repetir o mesmo exercício pela vantagem para o contínuo desenvolvimento como pessoa e profissional, ajudando na evolução, autoconhecimento e autoconsciência, uma das competências específicas como futura enfermeira especialista nesta área (Apêndice 8 - Diário Semanal do Estágio Final - p.LXXXVIII).

Foram vários os momentos de partilha, de dúvidas, de análise das intervenções ou atitudes com os orientadores que fizeram emergir autorreflexões, preocupações, por vezes sentimentos de insegurança e até uma maior compreensão na relação com o outro, que exigem mais e que foi sendo dominada de forma mais consciente na relação terapêutica e até na preparação dos *settings* terapêuticos.

Nas reflexões e diários, tomou-se mais consciência de algumas defesas iniciais num novo campo de trabalho, com novas relações, da necessidade também de estruturação e organização de trabalho com foco nos objetivos. Além disso, foi percebida a necessidade de proteger jovens com determinadas problemáticas ou maior sensibilidade, tendo em conta o contexto familiar ou a ausência deste, o que exige uma maior preparação prévia em algumas situações.

Nomeadamente, em contexto comunitário houve possibilidade de fazer uma visitação domiciliária para administração de terapêutica injetável (neuroléptico) a um jovem, num Lar para jovens da Santa Casa da Misericórdia. A deslocação decorreu com alguma apreensão tendo sido efetuada uma preparação emocional prévia para cenários diferentes, no entanto, foi verificado o apoio prestado, formação e boa relação com os funcionários da instituição e as excelentes condições físicas existentes, como um lar realmente, enquanto aguarda uma família de adoção. Foram utilizadas estratégias como apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento com sucesso, existindo uma relação terapêutica prévia com a enfermeira especialista.

Por outro lado, toma-se consciência de que infelizmente podemos não conseguir assistir, ajudar ou prestar cuidados especializados de modo a atingir sempre todos os objetivos propostos na área da saúde mental de acordo com as expectativas, e essa perceção faz parte das mestrias específicas do EEESMP e do grau de mestre em que é referida a importância de possuir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada ou autónoma (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto).

Este autoconhecimento é essencial para a prática de enfermagem de saúde mental, e pode interferir na aptidão para construir uma relação terapêutica e realizar as intervenções, influenciando os resultados esperados e faz parte da tomada de consciência de si mesmo (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Exemplificando, com a experiência anterior em serviço de urgência hospitalar pediátrica, em que situações de maior stress originam ansiedade, sintomas de depressão e podem provocar perturbação de stress pós-traumático, pelo que é fundamental a existência de programas de capacitação dos profissionais para enfrentarem este tipo de condições (Elias, Cordeiro, & Gomes, 2019). Estas situações aconteciam no serviço de urgência pediátrica após a morte de uma criança, após um diagnóstico reservado, e podiam condicionar os cuidados *a posteriori* e sem recursos suficientes da equipa multidisciplinar, em questão de conhecimentos ao nível da saúde mental ou para encaminhamento necessário. Também a própria equipa de enfermagem teve de arranjar estratégias para lidar com estas dificuldades e sofrimento, que consistia por exemplo no final do turno partilhar os sentimentos sobre o que tinha acontecido, o que proporcionava alguma sensação de tranquilidade e reorganização interna de emoções e sentimentos, assim como alguns almoços fora do contexto de trabalho para união do grupo, facilitar algumas partilhas e como forma de prevenção de *burnout* (estratégias que vieram na sequência dos resultados apresentados à equipa numa ação de formação sobre *burnout* em enfermagem).

3.3. Estudo de Caso

O acompanhamento individual do adolescente pode ocorrer ao longo de sessões pré-estabelecidas, nomeadamente em relação aos comportamentos suicidários, que permite a construção de relação terapêutica, a partilha das dificuldades que está a sentir, a negociação de um plano terapêutico com o jovem de acordo com a problemática e que sejam feitas as intervenções terapêuticas mais adequadas e direcionadas para os objetivos, tanto em contexto hospitalar como em contexto comunitário.

No contexto hospitalar foram efetuadas algumas consultas de enfermagem a uma jovem com historial de comportamentos suicidários, com Entrevistas Motivacionais (Apêndice 9-p.XCVII) para início da construção da relação terapêutica e de confiança, para avaliar e aprofundar a evolução da sintomatologia e resposta terapêutica, a relação com os pares e família, promover um ambiente seguro, o seu empoderamento e incutir esperança no futuro, e para algum treino cognitivo na sua forma de pensar e encarar os problemas.

A OE (2010) privilegia a utilização da entrevista motivacional na intervenção com o adolescente como uma parte primordial no atendimento, pois só por si proporciona efeitos terapêuticos, aumento de competências, entre outros (as cited in Lomba, Apóstolo & Gameiro, 2014-2017).

A entrevista motivacional tem sido muito estudada e testada em outros campos e considerada como uma intervenção específica, centrada na pessoa, ajudando o profissional a diminuir a resistência às mudanças e sua evolução (Rollnick & Miller, 2002, as cited in Lomba, Apóstolo & Gameiro, 2014-2017).

Deste modo, com a utilização deste tipo de entrevista verificaram-se pequenas modificações num curto espaço de tempo com a jovem, desde o sentir a relação como um lugar seguro e permitir uma aproximação gradual, apesar do comportamento de defesa e necessidade de isolamento, com alguma abordagem cognitivo-comportamental que levou a autorreflexão e progressos ao nível do *insight* e através do incentivo à escrita.

Estas sessões individuais, intervenção efetuada com as entrevistas motivacionais e interação conseguida, foram sendo partilhadas com a orientadora do estágio e articuladas com a enfermeira de referência da jovem, complementando a colheita de dados efetuada através da consulta do processo clínico.

Ocorreram ainda reuniões com o médico responsável pelo caso clínico para partilhas e articulação, e sobre a aplicação do Inventário de Depressão para Crianças (Anexo 1 - p.CI, versão portuguesa de Marujo, 1994), com autorização prévia da equipa multidisciplinar, presença na

intervenção médica com a mãe sobre a sua evolução, e ainda reunião com os psicólogos responsáveis pela avaliação psicológica sobre os dados obtidos.

Todas estas intervenções contribuíram para o planeamento de novas ações consoante os diagnósticos de enfermagem, como veremos em seguida no quadro nº4, e adequar o projeto terapêutico da jovem.

Quadro nº4: Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem			
Focos	Descrição/Fundamentação	Instrumentos Possíveis	Diagnósticos
Ansiedade	Verbalização de ansiedade; manifestação de sinais e sintomas de ansiedade; repercussões na funcionalidade da pessoa (Sequeira, et al., 2021)	O diagnóstico pode ser complementado com a Escala Revista de Ansiedade Manifesta para crianças (versão portuguesa de Fonseca, 1992)	Ansiedade moderada a elevada
Ideação Suicida	Autolesão intencional não letal; pensamentos persistentes sobre a necessidade de autolesão; impulsividade; comportamento autolesivo no último ano (Sequeira, et al., 2021)	O diagnóstico pode ser complementado com o Índice Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) – versão portuguesa	Comportamento autodestrutivo – nível risco elevado
Apetite	Ausência do desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes (ICN, 2019)	O diagnóstico é efetuado por observação, pelo peso e verbalização da M. sobre a falta de apetite	Diminuição de apetite
Tristeza ou Humor depressivo	Emoção negativa: sentimentos de desalento e melancolia associados com falta de energia. Emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia (ICN, 2019)	O diagnóstico pode ser efetuado pela observação, entrevistas e complementado com o Inventário da Depressão para Crianças (CDI – versão portuguesa de Marujo, 1994) – que foi utilizado	Tristeza/ Humor subdepressivo
Risco de Infecção	Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo (ICN, 2019)	O diagnóstico é realizado pela observação das lesões efetuadas na pele, na sua desinfeção e controlo da temperatura	Sem sinais ou sintomas de infeção

Autocuidado	Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (ICN, 2019)	O diagnóstico pode ser efetuado por observação, entrevista clínica ou utilização de escalas, como a escala de avaliação de aplicação semanal que mede o Grau de Autonomia /Independência no Autocuidado (GAIA)(Adaptada)	Autocuidado comprometido com melhoria gradual
Obstipação	Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas (ICN, 2019)	O diagnóstico é feito por observação dos hábitos intestinais, questionamento e registos da última dejeção	Diminuição do padrão intestinal
Sono	Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos (ICN,2019)	O diagnóstico é efetuado por observação, questionamento e verbalização da M. sobre o descanso noturno	Sono Comprometido
Autoestima	Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (ICN,2019)	O diagnóstico pode ser complementado através da Escala de Autoestima de Rosenberg e das Entrevistas a M.	Baixa Autoestima
Interação Social	Dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social; nº de contatos sociais reduzidos (Sequeira, et al., 2021)	O diagnóstico pode ser complementado com o resultado NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem)	Comportamento interativo comprometido
Processo Familiar	Família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas. Alteração do papel da família; falta de objetivos da família; indiferente à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stress (ICN, 2019)	O diagnóstico pode ser complementado com o seguinte instrumento de apoio à tomada de decisão – Score na Family Environment Scale – versão portuguesa	Processo familiar comprometido

Fonte: Elaboração própria e autores referidos

Estas intervenções permitiram desenvolver competências do grau de mestre como estar apto a comunicar conhecimentos, raciocínios e conclusões, de forma correta, assim como demonstrar a aplicação desses conhecimentos, compreender e resolver problemas diferentes em âmbito multidisciplinar (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de Agosto), e ainda, demonstrar capacidade de iniciativa, proatividade e fundamentar as escolhas na evidência científica ao longo das intervenções.

No entanto, não foi possível um maior trabalho de continuidade pela limitação de tempo do estágio e porque a jovem já possuía enfermeiro especialista de referência para este tipo de acompanhamento.

Por outro lado, apesar do tempo limitado tendo em conta os objetivos e as solicitações do 1º campo de estágio em contexto hospitalar para ajuda num campo de intervenção, fez sentido então a elaboração de um estudo de caso desta jovem com CAL.

Um estudo de caso consiste numa abordagem metodológica de investigação, utilizada para aprofundar e descrever casos mais complexos, onde estão envolvidos vários fatores. Além de ser uma ferramenta muito importante na investigação em enfermagem, contribuindo para a evolução da profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Desta forma, tratou-se de uma forma privilegiada de aprofundar os conceitos e problemáticas complexas e organizar pensamentos e o raciocínio crítico, desenvolver competências na avaliação familiar e utilização do genograma (esquemático no estudo de caso), abordagem sistémica e na elaboração do processo de enfermagem segundo a história de saúde e refletir sobre as ações de uma forma mais abrangente, holística, de modo a contribuir para melhorar a nossa prática dos cuidados de enfermagem da especialidade.

O caso clínico foi sobre uma adolescente de 14 anos internada com IS e CAL, com vista a compreender melhor a etiologia, fatores precipitantes e de risco, identificar focos alterados, vivências relacionadas com a problemática ao longo do ciclo vital nos diversos contextos da sua vida, compreender as intervenções especializadas nestas situações e aplicar um modelo teórico (teoria das transições de Afaf Meleis), com o objetivo de efetuar o processo de enfermagem (Apêndice 10 - Diagnósticos e Intervenções - p.CVI -utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE, versão β2).

Foi sendo ajustado o plano de cuidados de acordo com os resultados esperados, definindo as intervenções de enfermagem, através do projeto terapêutico que é algo dinâmico, consoante a avaliação (OE, 2011).

Os tipos de transições segundo a Teoria de Meleis, as propriedades para as experiências de transição e as condições facilitadoras ou inibidoras, são exemplificadas no quadro nº5, de acordo com o estudo de caso (Apêndice 11 - p.CIX) efetuado da jovem M. acompanhada com CAL, elaborado no 1º estágio em contexto de internamento:

“A M. é uma jovem de 14 anos internada no dia 13 de Maio de 2022, no Serviço de Internamento da Pedopsiquiatria, por Perturbação Depressiva com Ideação Suicida não mobilizável, acompanhada pela mãe, encaminhada pela pedopsiquiatra assistente para internamento eletivo, no contexto de perturbação depressiva. Tinha tido consulta no dia anterior, dia 12, com descrição de quadro depressivo de agravamento há 2-3 meses, com Comportamentos Autolesivos, anedonia, isolamento social e insónia inicial.” (dados retirados da admissão no internamento)

Quadro nº5: Caso Clínico da M. com base na Teoria das Transições de Meleis

Tipos de Transições	Propriedades para as Experiências de Transição	Condições facilitadoras ou inibidoras	O Enfermeiro como agente facilitador do Processo de Transição
11 anos Afastamento Paterno – Situacional	Falta de conhecimento/ consciência Difícil ajustamento/ compromisso Mudança e Diferença Evento e acontecimento crítico	-Afastamento relacional do Pai, sentimento de abandono -Relação materna -Apoio dos avós maternos -Início de acompanhamento por Pedopsiquiatra e Psicóloga	Construção de uma relação terapêutica, sendo a M. parte integrante do processo Psicoeducação e Orientação familiar sobre estratégias de coping, grau de envolvimento, como partes cruciais para adaptação às dificuldades da M.
11 anos Bullying Escolar – Situacional	Falta de conhecimento/ consciência Difícil ajustamento/ Compromisso	-Relação materna -Acompanhamento por Pedopsiquiatra e Psicóloga	Foco na consciencialização, desenvolvimento e crescimento pessoal, autocuidado, autoconfiança, autoestima, autocontrolo, estratégias de coping, aquisição de competências de tomada de decisão e compromisso para enfrentar as transições com a M.
Adolescência – Desenvolvimental	Falta de conhecimento/ consciência	-Falta de suporte de pares -Isolamento social -Relação materna -Acompanhamento por Pedopsiquiatra e Psicóloga	Executar por exemplo: Relação de Ajuda Apoio Emocional Entrevista Motivacional Psicoeducação Vigiar Ideação Suicida Vigiar CAL Reestruturação Cognitiva Modificação de Comportamento
13 anos (2021) Mudança de Escola e Bullying Escolar – Situacional	Falta de conhecimento/ consciência Difícil ajustamento/ compromisso Mudança e Diferença	-Falta de suporte de pares, refere “perdi todos os meus amigos” -Transição de Colégio do 8º para o 9º ano -Acompanhamento por Pedopsiquiatra e Psicóloga	
Internamento prolongado na mãe na UCI por COVID (2021) Afastamento materno por doença- situacional	Falta de conhecimento /consciência Difícil ajustamento /compromisso Evento e acontecimento crítico	-Falta de suporte familiar adequado-sentimento de abandono -Apoio “logístico” da avó -Crenças e atitudes culturais da avó -Acompanhamento por Pedopsiquiatra e Psicóloga	

<p>Internamento atual aos 14 anos (2022) - Saúde/Doença</p>	<p>Falta de conhecimento/consciência</p> <p>Difícil ajustamento /compromisso</p> <p>Mudança e Diferença</p> <p>Evento e acontecimento crítico</p>	<p>-Suporte dos Profissionais de Saúde</p> <p>-Recurso a experiências anteriores ao nível do acompanhamento pelo Pedopsiquiatra e Psicóloga (treino de competências, estratégias de coping?)</p> <p>-Relação materna disfuncional</p> <p>-Deficitário suporte familiar</p> <p>Isolamento</p>	
--	---	--	--

Fonte: Elaboração própria

Esta jovem, como se verifica acima, além de se encontrar no processo de transição desenvolvimental da adolescência, encontrava-se também numa transição de saúde-doença pelo internamento e situacional em algumas áreas da sua vida escolar e familiar – segundo a teoria das transições de Afaf Meleis - o que se manifestou por uma evolução lenta com postura apenas observadora, com resistência e isolamento, necessitando de permanente incentivo pela equipa de enfermagem para a participação em atividades terapêuticas em grupo e individuais, além de permanente vigilância pela manutenção de CAL.

Ao longo do internamento recebeu algumas visitas familiares, mas apesar da mediação do enfermeiro ou médico, foram tensas, não contentoras (não foi possível observar todas mas a informação foi partilhada em reunião), pelo que se optou apenas pela presença da mãe nas visitas, pois apesar de não contentora foi menos penalizadora na sua interação.

Nesse sentido, surgiu o sentimento de frustração na primeira reunião com a mãe e com o pedopsiquiatra, porque pareceu na altura pouco proveitoso para ambas com manutenção da rigidez na postura e olhar à defesa, com demonstração de pouco afeto por parte da mãe, que se focou em questões sobre a medicação e gostos alimentares.

Houve consciência que este sentimento adveio de uma transferência, por características afetuosas por natureza com crianças/jovens, empatizando facilmente com estas situações de alienação parental. Esta análise dos processos transferenciais, devem estar presentes na prestação dos cuidados especializados de enfermagem e fazem parte do autoconhecimento e autoconsciência. Além disso, não se pretende substituir o papel maternal mas promover a relação familiar com o máximo de equilíbrio possível, sendo que este tipo de acompanhamento e avaliação é feito de pequenos passos e por vezes retrocessos, mas faz parte do processo e são importantes para a família.

No final do estágio tinha sido iniciada a preparação para a alta, com ajustes na medicação prescrita (Apêndice 12 - Medicação e Intervenções - p.CLXXXV), pois apresentava-se mais participativa, com necessidade de menos estímulo nas atividades de EA (Apêndice 13 -Registos das

sessões de Expressão pela Arte de M. - p.CLXXXVII), mais autónoma, com diminuição da necessidade de CAL e até se despediu com um abraço, o que teria sido impensável inicialmente, alguma demonstração de afeto ou emoção.

Ao longo das intervenções individuais vamos aprendendo a aceitar melhor que o efeito na saúde psicológica do jovem não é imediato, e como falado anteriormente, envolve muitos fatores precipitantes que pela sua manutenção na maioria dos casos, influenciam a evolução dos sintomas.

Normalmente, a realidade destes jovens internados é muito difícil pelo contexto familiar ou escolar não favorável a uma reestruturação positiva como gostaríamos, pelo que é importante perceber as limitações, compreender fenómenos de transferência que podem estar implícitos na relação terapêutica, mantendo a empatia com a família e articulando com outros técnicos o projeto terapêutico.

Estes fatores vêm referidos na 2ª competência como EEESMP em que a nossa avaliação dos fatores protetores ou de risco, dos recursos do adolescente, impõe a mobilização de competências para a intervenção de acordo com os sistemas sociais, escolares, desportivos e outros, onde o adolescente está inserido e qual o impacto na sua vida (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Os estudos de caso permitem desenvolver competências como EEESMP através do treino do estabelecimento do diagnóstico de saúde mental da pessoa, da realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental com base nos diagnósticos e resultados esperados e recorrendo à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, conforme descrito na 3ª competência (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Por outro lado, permitem desenvolver competências do grau de mestre como a aptidão para conseguir soluções através da integração dos conhecimentos, refletir sobre as implicações éticas e sociais dessas soluções, e também, a partir das suas intervenções especializadas comunicar os raciocínios a elas subjacentes de forma clara (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto).

Para o desenvolvimento destas competências, foram sendo realizadas discussões clínicas sobre as intervenções e avaliações com o enfermeiro de referência, com o enfermeiro orientador, com o psiquiatra responsável pelo caso clínico e de igual modo com a equipa multidisciplinar envolvidos também no projeto terapêutico e nas reuniões de equipa de enfermagem.

Em relação aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados na saúde da criança e do jovem, segundo o Regulamento nº351/2015, de 22 de junho, que serve de suporte aos nossos cuidados da especialidade, Portugal depara-se com inúmeros desafios nesta área, além do aumento de problemáticas ao nível da saúde física e necessidade de cuidados continuados e paliativos pediátricos, verifica-se cada vez mais um número elevado de crianças e adolescentes

negligenciados, com abandono escolar, vítimas de abuso sexual, violência física, gravidez na adolescência, com comportamentos aditivos e CAL, pobreza e exclusão social, como se verificou no internamento e na necessidade de mais vagas.

Trata-se de um campo alargado de intervenção onde devemos tentar investir com as nossas competências da enfermagem especializada na saúde mental infantil e juvenil, sendo que as perturbações emocionais e comportamentais sem acompanhamento podem aumentar os comportamentos de risco, como a delinquência e os comportamentos suicidários nos adolescentes.

3.4. Consulta de Enfermagem Especializada e Programa de Prevenção do Suicídio

A consulta do adolescente engloba momentos diferentes e fundamentais, com uma avaliação diagnóstica do utente e/ou família, com entrevista estruturada ou semiestruturada e os instrumentos de diagnósticos necessários, para decisão de intervenções até à avaliação final. A consulta de enfermagem é um procedimento profissionalizado na organização da intervenção individualizada com o utente, para sistematizar o processo de enfermagem como método científico (Demonsthenous, 2017; Hastings, 2006; as cited in Melo, 2021).

No estágio final foi solicitado apoio na elaboração da estrutura da consulta de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica à criança/jovem em contexto comunitário, tendo em conta os objetivos iniciais e a necessidade da unidade, nomeadamente na prevenção dos comportamentos suicidários ao adolescente.

Consistiu na elaboração de um documento com introdução teórica, objetivo geral, situações que devem ser referenciadas à unidade e as que não devem ser encaminhadas, com apresentação das atividades da consulta especializada na unidade dos EEESMP e EEESIP e objetivos específicos, do circuito de atendimento e priorização dos casos.

Além disso, foi incluída uma proposta de implementação do Programa de Prevenção do Suicídio (PPS) em adolescentes, com apresentação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais comuns neste contexto para registos no SClínico e da planificação de todas as sessões (Apêndice 14 - Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - p.CLXXXIX).

No final da intervenção, no momento da alta, é efetuada a apresentação do questionário de satisfação aos utentes/família, como indicador de avaliação, realizado com adaptação do questionário de satisfação de Fernandes (2014). Este questionário contém 8 itens de avaliação da satisfação sobre as consultas de enfermagem, qualidade dos cuidados prestados, acessibilidade, instalações, organização do funcionamento, apreciação global, comentários e sugestões de melhoria.

Esta elaboração serviu para ser aplicada na prática clínica diária dos enfermeiros especialistas na unidade de pedopsiquiatria dando visibilidade à sua intervenção, bem como, permitir a articulação e continuidade de cuidados multidisciplinares. A criação do documento, contribuiu para o desenvolvimento da 2ª competência como EEESMP ao executar uma avaliação abrangente das necessidades de um grupo e ao desenvolver, implementar e coordenar um projeto de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental no adolescente (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Assim, neste contexto comunitário, foi estruturada a consulta de enfermagem especializada à criança/jovem e planeado um programa de prevenção do suicídio a implementar a adolescentes com comportamentos suicidários.

Neste sentido, foi aplicado o programa a uma jovem com 16 anos com historial de CAL e uma tentativa de suicídio com internamento hospitalar, ao longo de 10 sessões, incluindo a 1ª consulta com a família (mãe e irmão menor) e a última consulta de devolução com a mãe, de acordo com o *timing* disponível, as necessidades e objetivos, tendo sofrido ajustes no decurso das sessões, consoante a evolução da situação e retorno da jovem.

Ao longo destas sessões foi sendo construída uma relação terapêutica de confiança com entrevista motivacional e negociado um contrato terapêutico, segundo Simões, Santos & Martinho (2020), com o objetivo de:

- conhecer as necessidades e expectativas
- avaliar o risco de suicídio
- avaliar as condições de segurança para a jovem e terceiros, sua manutenção e plano de segurança
- conhecer os objetivos do comportamento
- identificar fatores precipitantes do comportamento, sinais de alerta, fatores de risco
- explorar fatores protetores
- trabalhar a sua capacidade de insight e autorreflexão, bem como sentimentos e emoções
- capacitar para a resolução de problemas com estratégias mais adequadas
- analisar distorções cognitivas
- identificar razões para viver e projeto de vida
- promover a autoestima, autoconfiança e autorresponsabilização
- identificar as pessoas significativas e promover o envolvimento com a família
- abordar os recursos comunitários e posterior encaminhamento
- promover a continuidade de cuidados
- com auxílio de mediadores expressivos como o desenho, a escrita e o jogo UN-HU de Guerra & Rosado (2019) que promove as competências socio emocionais (Anexo 2 - Certificado da

Formação UN-HU - p.CCV), e a realização de um “Kit de primeiros socorros emocionais” com objetos pessoais e fotos (Apêndice 15 - Registos das sessões com Aplicação do Programa de Prevenção de Suicídio - p.CCVII).

Deste modo, este processo demonstrou as competências de comunicação, a técnica de entrevista, a observação do comportamento e a avaliação global do jovem, que estão previstas no Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto.

Foram sendo utilizadas intervenções de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica como psicoeducação, aconselhamento, reforço positivo para promover auto-perceção positiva, promoção da esperança, treino cognitivo, treino da assertividade, ensino de técnica de redução de ansiedade com respiração e relaxamento, disponibilização de suporte emocional, manutenção do processo familiar e promoção de suporte familiar.

O PPS aplicado teve por base os trabalhos de pesquisa de Simões, Santos & Martinho (2020) sobre os comportamentos suicidários em adolescentes (referido anteriormente), a eficácia das intervenções psicoterapêuticas como a intervenção cognitivo-comportamental, a psicoeducação e a terapia de mentalização e seus contributos para a intervenção em enfermagem de forma sistematizada, assim como, a proposta de intervenção de Benatti (2020).

Simões, Santos & Martinho (2020), propuseram um programa de intervenção num estudo Delphi com a colaboração de peritos, tendo obtido uma concordância superior com sessões entre 10 e 15 (duração de 7 a 8 semanas) e referiram a maior evidência científica encontrada com intervenções individuais e sistémicas em comparação com as intervenções em grupo. O programa final foi obtido em duas rondas e foi salvaguardado que as sessões são ajustadas conforme a evolução, contextos e segundo a avaliação inicial, final e no follow-up, e que a família participa na primeira e sétima sessão.

Nesta sequência, foi possível efetuar 10 sessões com a adolescente de 16 anos (faltou 2 vezes), de 60 minutos ao longo de 6 semanas, 2 vezes por semana. Foram necessários ajustes na atuação consoante o progresso e retorno da jovem, inclusive com uma sessão de intervenção na crise na 9ª sessão (por violência doméstica). Sentimos a necessidade de mais sessões no final para maior consolidação, mas infelizmente pelo tempo de estágio não foi possível, tal como não o foi a presença da mãe na 7ª sessão (pela dificuldade de conciliação de horários), estando esta presente na 1ª e 10ª sessão.

A 10ª sessão foi realizada após apresentação do caso à equipa multidisciplinar da unidade. Esta apresentação, para além da partilha, pretendeu recolher contributos da equipa, tendo sido ouvidas as opiniões e pareceres de outros técnicos, nomeadamente psiquiatras, psicólogos e assistente social, para reflexão e seguimento do raciocínio crítico (Apêndice 16 - Resumo sobre a

Apresentação à Equipa da Aplicação do PPS - p.CCXXX; Anexo 3 – Declaração comprovativa - p.CCXXXIV).

Falou-se na última consulta/sessão sobre os recursos existentes para a jovem e para a mãe de modo a iniciar uma consciencialização do impacto familiar na problemática, e foi utilizada uma dinâmica baseada em Manes (2007) para permitir desbloqueio na relação entre mãe e filha e assim promover o envolvimento familiar.

Para além da relação terapêutica estabelecida com a adolescente, foi conseguida alguma aproximação e início de intervenção com a mãe, a quem foi apresentado outras opções de seguimento e apoio tendo em conta o seu historial de tentativa de suicídio aos 14 anos, sobre o qual falou na 1ª consulta, sem querer dar continuidade ao assunto:

“Antecedentes familiares de depressão ou tentativa de suicídio – outros familiares não, mas a mãe conta que aos 14 anos fez uma tentativa de suicídio com comprimidos, que foi uma altura muito complicada, com pai alcoólico e agressivo, mas não parece querer falar mais sobre isso...”
(informação retirada da 1ª consulta com a família do Apêndice 15).

Na entrevista, é necessário estar atento à história da família e tentar adequar a intervenção familiar nestas situações, como se verificou no caso desta jovem acompanhada em contexto comunitário (Goodday, Shuldiner, Bondy & Rhodes, 2019).

Desta forma, foi possível aplicar novamente a nossa capacidade para lidar com situações mais complexas, integrar conhecimentos, comunicar as suas conclusões e ponderar as implicações éticas das opções, em relação à decisão conjunta de avançar com o encaminhamento do caso para CPCJ pela avaliação familiar e análises de repercussões, com o apoio da assistente social. Além disso, foram apresentadas as conclusões e os raciocínios inerentes à situação, assim como desenvolvidas mestrias que permitem a evolução ao longo da vida de forma autónoma (Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto), competências necessárias para o grau de mestre.

Menezes & Faro (2023), indicam que na intervenção com os adolescentes pode ser trabalhada a autoestima, a assertividade, a habilidade de regular as emoções, a capacidade de resolver problemas e a tolerância às frustrações, como se verificou neste caso na aplicação do PPS. Nestes contextos, os cuidados e as interações entre o adolescente e enfermeiro podem facilitar uma transição mais saudável, com uma gestão mais adequada das mudanças, ajudando na promoção da saúde mental, com as intervenções terapêuticas de enfermagem (Duarte, 2022).

Este tipo de intervenção que realizámos, serviu para desenvolver a 4ª competência específica como EEESMP, abrangendo as competências para definir estratégias como orientar, apoiar, capacitar, instruir, entre outras. Assim como, comprovar a capacidade de implementar um projeto de

intervenção, desenvolvendo um programa de psicoeducação e treino em saúde mental, adaptado ao utente e situação clínica, utilizando as técnicas terapêuticas que ajudam os jovens a minimizar as suas dificuldades de forma gradual e recuperar a sua saúde mental com mudanças positivas, conforme referido na 4ª competência de EEESMP (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Tanto no internamento como neste contexto, foi sendo comprovado o que Trinco & Santos (2017) referem sobre os jovens demonstrarem que os CAL serviram para diminuir a dor que estão a sentir, algo que foi sendo referido por alguns adolescentes como estratégia para aliviar o sofrimento. Nesta jovem, estas estratégias foram utilizados para lidar com emoções como a raiva e tristeza que refere algumas vezes como “*estava farta*” e pensamentos intrusivos como “*não estou aqui a fazer nada*” (como se verifica na 2ª e 6ª sessões do PPS do Apêndice 15).

Em seguida, são enumeradas algumas intervenções de enfermagem para os CAL e/ou risco de suicídio, com linguagem CIPE (OE, 2018, p.35; Matos, 2019), que foram sendo estudadas e/ou implementadas, durante a nossa intervenção:

- Ensinar sobre estratégias de redução do risco de suicídio
- Executar apoio emocional
- Executar aconselhamento
- Executar entrevista motivacional
- Executar estimulação cognitiva
- Executar intervenção em crise
- Executar intervenção familiar
- Executar intervenção para autopercepção positiva
- Executar intervenção psicoeducativa
- Executar técnica de relaxamento
- Executar programa de prevenção do suicídio
- Executar programa de literacia em saúde mental
- Executar programa de primeira ajuda em saúde mental
- Executar programa de saúde mental positiva
- Executar reestruturação cognitiva
- Executar relação de ajuda
- Executar intervenção de reabilitação psicossocial
- Executar técnica de resolução de problemas
- Executar modificação de comportamento
- Treinar competências sociais e comportamento assertivo
- Vigiar ideação suicida

No entanto, apesar de algumas limitações e ideias de melhoria em relação à intervenção terapêutica como a necessidade de mais sessões, inclusive com a mãe, o feedback dos outros profissionais foi muito positivo tendo em conta a evolução da jovem, tendo sido feitas poucas sugestões. No entanto, foi discutida a necessidade de sinalização desta mãe à CPCJ por negligência em relação ao filho mais novo.

A EEESMP orientadora do estágio deu continuidade ao acompanhamento através de consultas telefónicas de *follow-up* e neste período não voltaram a ocorrer CAL. Entretanto, teve a 1ª consulta com o pedopsiquiatra em abril de 2023 e foi medicada com um antipsicótico atípico (quetiapina), segundo informação recebida da unidade.

De salientar ainda que, segundo o anuário estatístico de 2021 da OE (2022), são poucos os profissionais de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica em Portugal, comparativamente com a enfermagem de saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstétrica, reabilitação, médico-cirúrgica e comunitária, facto que pudemos constatar em contexto comunitário, onde apenas existia um profissional de saúde mental e psiquiátrica.

Além disso, verifica-se que os EEESMP se concentram mais em serviços de internamento de psiquiatria e não em outras unidades de cuidados como as extensões comunitárias ou mesmo os CSP, onde poderiam dar o seu contributo, intervindo precocemente e/ou sinalizando este tipo de situações.

Segundo o plano nacional de saúde mental (PNSM) 2007-2016, pelos constrangimentos, dificuldades e desigualdades verificadas no acesso aos cuidados, tinha sido definido que era prioritário a reestruturação de serviços, programas e recursos em rede, que possibilitassem uma melhor resposta às necessidades de cuidados de saúde da infância e adolescência (ERS, 2015).

Na sequência do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), recentemente foi publicado em DR a 11 de julho de 2022, o Despacho nº8455/2022, que prevê a criação de 10 equipas comunitárias como projeto-piloto de saúde mental, 5 destinadas para a população adulta e 5 para a infância e adolescência, visando uma marcante mudança do paradigma de intervenção na área da saúde mental, mediante reforço das respostas de proximidade às pessoas. O objetivo consiste em certificar que o tratamento decorre na comunidade, articulando com outros profissionais de saúde.

4. Análise de Competências

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns entendem-se como as que são partilhadas por todos os enfermeiros com especialidade seja ela qual for, e estão presentes na aptidão para conceber, gerir e supervisionar os cuidados de enfermagem com o suporte da investigação, formação e assessoria ao exercício das funções especializadas, segundo o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro.

O enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem e a quem foi atribuído o Título de Enfermeiro Especialista, de acordo com o artigo 40º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas, de acordo com o preâmbulo do Regulamento nº140/2019, de 6 fevereiro, incluem a educação, orientação, liderança e aconselhamento dos utentes e família, assim como ter um papel ativo na investigação para promover a evolução da prática da enfermagem, agindo de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional.

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista englobam: a Responsabilidade Profissional, Ética e Global (artigo 5º), com o agir “de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e o que assegura “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”; a Melhoria Contínua da Qualidade (artigo 6º), que visa o desempenho de “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, e permite um desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, além de garantir “um ambiente terapêutico e seguro”; Gestão dos Cuidados (artigo 7º), otimizando “ a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e além disso, “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”; e o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (artigo 8º), através do “autoconhecimento e assertividade” e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento 140/2019, p.4745).

Em relação ao artigo 5º, o enfermeiro especialista deve ter presente, uma tomada de decisão em parceria com o utente segundo princípios, valores e normas deontológicas e que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. De acordo com a ‘Carta dos Direitos e Deveres

dos Doentes', a informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter em conta características de personalidade, a motivação, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas da pessoa, para o processo de tomada de decisão conjunta, respeitando a segurança, a privacidade, a confidencialidade, a dignidade do utente, os valores, costumes e crenças.

Através da comunicação, o enfermeiro-utente-família deve trabalhar em conjunto com o objetivo de atender às necessidades sentidas, e as competências de comunicação e da entrevista são ferramentas essenciais para a enfermagem (Belcher & Fish, 2000).

Nos estágios houve oportunidade de desenvolver estratégias como a comunicação, verbal e não-verbal: ouvindo atentamente, resumindo o que foi dito, estabelecendo contato visual, utilizando uma postura corporal recetiva, adequando o tom de voz, demonstrando compreensão e empatia. O objetivo foi compreender melhor os utentes e a sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais através da entrevista e definir em conjunto o caminho a tomar.

Esta competência foi crucial nas consultas e acompanhamento dos adolescentes com comportamentos suicidários, pela dificuldade que normalmente existe em comunicar de forma eficaz e em estabelecer uma relação terapêutica pela problemática existente e porque cada um tem o seu tempo de evolução que deve ser respeitado.

No artigo 6º, surge a competência da contínua partilha de conhecimentos e habilidades para a melhoria da qualidade, baseando-se na evidência significativa e em função de resultados, que deve ser algo dinâmico. Este papel dinamizador foi demonstrado na implementação do PPS em adolescentes com articulação e partilha sistemática com a orientadora de estágio do que ia sendo obtido com a resposta da jovem nas sessões individuais, seguindo as diretrizes do programa psicoterapêutico de prevenção do suicídio, mas adequando a intervenção de forma flexível à situação clínica. Do mesmo modo, verificou-se na estruturação e aplicação das sessões de EA como intervenção de enfermagem especializada em contexto grupal, juntamente com os colegas especialistas, com partilha de conhecimentos, aptidões e reavaliações contínuas.

Estes programas de intervenção de enfermagem especializada ficaram a ser utilizados nas unidades, pois foram identificados como oportunidades de melhoria dos cuidados de qualidade para a saúde mental dos jovens em acompanhamento com comportamentos suicidários.

No 7º artigo, o objetivo é otimizar o funcionamento da equipa com articulação, reuniões, parcerias, referenciação, delegação de tarefas, ajuste de recursos pela adequação de liderança. Trata-se de um confluir de forças utilizando os recursos profissionais e pessoais de todos para a melhoria da qualidade de cuidados na saúde mental dos adolescentes. Pretende-se a utilização de estratégias de planeamento, de educação e de promoção da saúde e prevenção da doença, apoiadas a nível multidisciplinar e de forma multisetorial (DGS, 2019).

Este domínio pôde ser observado ao colaborar nas decisões conjuntas da equipa de saúde de

enfermagem e multidisciplinar; nas referenciações para outros técnicos; nas reuniões prévias e após as intervenções em grupo; nos projetos terapêuticos dos adolescentes; na avaliação das tarefas delegadas em contexto de internamento a enfermeiros não especialistas e assistentes operacionais; e na adaptação e respeito pelos diferentes papéis dos elementos da equipa no planeamento das atividades, de modo a fomentar um ambiente benéfico à prática, nomeadamente nos grupos terapêuticos da comunidade, onde se articulavam especialistas de áreas diferentes com vista à promoção da saúde dos jovens.

Algo preponderante surge com o artigo 8º, que é o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, aspetos que foram sendo trabalhados nos estágios e conseguidos através de autorreflexões, diários semanais e reuniões com os orientadores, de forma a otimizar as respostas, sentimentos e emoções, antecipando assim situações nos processos de ajuda ao outro.

Além disso, sentimo-nos como elemento dinamizador nas intervenções e discussões sobre novos conhecimentos na implementação dos programas e no estudo sucessivo para basear as nossas atividades na melhor evidência científica. Para tal, foi intensa a pesquisa sobre técnicas psicoterapêuticas, agressividade ou gestão de conflitos, depressão nos jovens, fatores de risco e proteção nos CAL, importância da família e dinâmicas grupais.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Em relação ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), segundo o Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, pretende-se que:

- possua um “elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. Para esta competência investimos em autorreflexões sistemáticas e contínuas, e diários semanais, para melhor tomada de consciência de nós próprios, gerindo emoções, valores implícitos, fenómenos de transferências e contratransferências e expressões corporais;

- assista a “pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”. Neste sentido, foram exploradas as aptidões de comunicação, a técnica de entrevista e da relação terapêutica, a revisão de registos para avaliação contínua, intervenções específicas com os jovens de forma individual ou grupal, como consulta de *follow up*, bem como a articulação com a escola e a visitação domiciliária. Em sentido lato, fomos delineando ou implementando programas nos diversos âmbitos da consulta de enfermagem;

- ajude a “pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a

recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (p.21428). O método de gestão de caso utilizado nos estágios, com os projetos terapêuticos, a elaboração do processo de cuidados individualizado e ajustado ao utente e família de forma participativa, com base nas necessidades sentidas, foi uma forma privilegiada de desenvolver esta competência;

- preste “cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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”, o que testa as competências do enfermeiro para individualizar as estratégias e intervenções mais adequadas, para que a pessoa possa “atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere” (p. 21430). Nesta sequência, foram sendo observadas e treinadas abordagens diferentes ao nível dos cuidados, com especialistas da área da dança, EA, teatro, cinema, psicoeducação e musicoterapia. Foram observadas e realizadas intervenções individuais e grupais com recurso a mediadores expressivos, através dos quais podemos possibilitar uma expressão mais adequada de sentimentos relacionados com o sofrimento, comportamentos inicialmente desafiadores ou agressivos, sendo que os adolescentes podem canalizar esta energia de outra forma com base na relação terapêutica, com o objetivo de melhorar a saúde emocional.

O EEESMP foca-se na compreensão do sofrimento e na perturbação mental do utente e a influência do contexto onde está inserido para o seu futuro, potencial de recuperação ou manutenção das suas atividades de vida diárias. Foca-se não só no diagnóstico e intervenção, mas também na promoção da saúde mental e na prevenção, mobilizando conhecimentos e capacidades psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto). A resposta a esta competência foi demonstrada através da promoção da literacia em saúde (LS) efetuada nos estágios, nos contextos grupais e individuais, na consulta de enfermagem e visita domiciliária, fornecendo aos adolescentes mais uma ferramenta para melhorar a capacidade de usar a informação obtida para os ganhos na sua saúde mental, conseguir um plano mais individualizado e adequado possível, diminuir o estigma, tomar decisões de forma mais consciente e aumentar o seu autocontrolo. Com o aumento da LS, verificámos em alguns jovens no internamento, o desenvolvimento progressivo de maior pensamento crítico nos grupos terapêuticos em relação às suas ações e dos outros, logo maior capacitação para encontrar soluções para os seus problemas, como nas perturbações de ansiedade, sintomatologia da depressão, tentativas de suicídio ou CAL.

Correia (2019), refere que o EEESMP deve tentar otimizar as competências da população, para que possam fazer escolhas mais responsáveis e trabalhar a gestão dos problemas, resistência à pressão e adaptação nas transições.

O papel do especialista nesta área é crucial na prevenção da doença e promoção da saúde,

trabalhando em articulação com a pessoa, pois avaliar os seus recursos internos e externos para a recuperação ou manutenção da saúde mental e o impacto ao nível da funcionalidade, que a alteração da saúde mental poderá ter na sua qualidade de vida (Regulamento nº515/2018, de 7 de Agosto de 2018). Este papel foi evidenciado com a aplicação do programa de prevenção do suicídio à adolescente no estágio final, pois tratou-se de uma intervenção metódica mas que resume um trabalho conjunto, dinâmico e flexível, em sintonia com a jovem e a sua evolução. Esta intervenção teve uma influência determinante na sua funcionalidade, pois inicialmente não tinha os mesmos recursos para a sua recuperação, como demonstrou quase no final da intervenção com a situação de violência doméstica.

Na prática clínica em ambos os estágios, as competências de âmbito psicoterapêutico permitiram um raciocínio clínico único, que diferencia das outras especialidades, assim como as competências socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, o que permitiu mobilizar conhecimentos de dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, importantes na promoção da saúde mental, prevenção da doença, tratamento e reabilitação psicossocial. É uma especialidade focada na pessoa, mas também na nossa evolução pessoal, aumentando o nosso *insight* e, neste caso, do adolescente progressivamente, estabelecendo relações de confiança e parceria para conseguir outras formas de enfrentar os problemas, algo que não é tão característico em outras especialidades. O EEESMP não intervém apenas com o utente ao longo do seu ciclo de vida, mas também com a sua família, grupos e comunidade, evitando que a situação se agrave ou que ocorra desinserção social, promovendo a sua recuperação e muitas vezes da família (Regulamento nº 515/2018).

Neste processo, e julgamos ser mais refletido nesta especialidade, é de extrema importância termos consciência de nós e da nossa evolução pessoal e profissional, assim como investir no autoconhecimento, introspeção, pois só nos conhecendo a nós próprios poderemos almejar uma melhor compreensão do outro.

Deste modo, sentimos que foi necessário sair da nossa zona de conforto em algumas situações, como nas sessões de dança no internamento, e ir mais além na nossa influência e liderança, conseguindo adaptarmo-nos, observar, gerir as situações e implicações nos outros, como nas sessões dos grupos terapêuticos no estágio final, nomeadamente quando alguns elementos se desorganizavam e se decidiam outras estratégias alternativas.

Segundo o Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho, dos padrões de qualidade em enfermagem de saúde mental, verifica-se que a especialidade tem evoluído no sentido da abordagem holística da pessoa, ou seja, da sua visão integral num todo, tendo em conta as necessidades de cada um, da família e comunidade, no desenvolvimento das suas capacidades.

Através das competências específicas do enfermeiro de saúde mental, sejam elas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais no cuidar, ao longo do ciclo vital e em que o enfermeiro é em si um instrumento terapêutico, pretende-se aumentar o *insight* da pessoa para melhorar a sua aptidão de resolução dos problemas. As intervenções que forem definidas pretendem conseguir uma melhor resposta da pessoa e família, por exemplo na adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, *stress* do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros.

De acordo com, o Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho, os enunciados descritivos de qualidade tornaram-se orientações na definição de programas para a melhoria da qualidade do exercício profissional e para a enfermagem especializada de saúde mental, tendo sido identificadas oito categorias:

- 1) satisfação do cliente
- 2) promoção da saúde
- 3) prevenção de complicações
- 4) bem-estar e autocuidado
- 5) adaptação
- 6) organização dos cuidados de enfermagem
- 7) relação psicoterapêutica
- 8) estigma e exclusão social

Neste enquadramento foram utilizadas estratégias específicas das competências do EEESMP em ambos os estágios, para a obtenção de melhores resultados incidindo na capacidade da pessoa como: adaptação; auto eficácia; *coping*; determinantes da saúde mental; *empowerment*; locus de controle; estigma; funcionalidade em doentes com perturbações mentais; literacia em saúde mental; psicoeducação; psicoterapia; reabilitação psicossocial; relação terapêutica, relação psicoterapêutica; relaxamento; resiliência; saúde mental e socioterapia (Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho). Algumas destas estratégias foram implementadas na consulta de enfermagem individual com as jovens no decorrer da entrevista motivacional com o objetivo de construir uma relação terapêutica, trabalhar as suas estratégias de *coping*, melhorar a sua funcionalidade na sintomatologia depressiva, promover a sua adaptação e reabilitação.

Em relação aos padrões de qualidade do enfermeiro especialista, é referido “que todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, (...), tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho, p.17035), pelo que a nossa intervenção aqui é indispensável.

Há ainda um caminho a percorrer, como verificámos no estágio final, pois quando o jovem atinge a idade adulta com 18 anos, é feita a articulação com os serviços de psiquiatria de adultos,

mas aumentam mais os tempos de espera para a primeira avaliação e o espaçamento entre consultas de psicologia e/ou psiquiatria por falta de recursos.

É necessário melhorar a legislação própria para a saúde mental na situação atual dos portugueses, pois cada vez se verifica maior investimento, mas existe também maior dificuldade em relação à doença mental pelo aumento do número de patologias (Oliveira, 2019), pelo que a influência dos EEESMP pode ser crucial nas nossas partilhas com outros grupos profissionais, como foi sendo feito nos estágios e noutros âmbitos, agora que conhecemos melhor a realidade.

4.3. Competências de Mestre em Enfermagem

Ao nível das competências específicas de mestre, será necessário segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior que determina o grau de mestre e com base nos objetivos de aprendizagem do mestrado:

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos...permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais...;

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados...;

Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais...;

Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas...;

Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p.4162).

Por outro lado, segundo o Regulamento nº 705/2021, de 27 de julho, o grau de mestre ocorre com “conhecimentos altamente especializados, alguns dos quais se devem encontrar na vanguarda do conhecimento na área de enfermagem, que sustentam a capacidade de reflexão,

resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação”. Ou seja, o mestre “deve conseguir gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas. Em simultâneo, deve assumir responsabilidade por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e ou para rever o desempenho estratégico de equipas” (p.124).

A refletir também que a prática, por vezes, pode ir além do conhecimento baseado na evidência, pois há fenómenos difíceis de explicar e que fazem diferença na relação terapêutica, como a intuição, que pode advir da experiência pessoal e profissional e que faz discernir ou pressentir algo que a outros pode passar despercebido. De acordo com os cinco níveis de evolução do enfermeiro preconizados por Benner (2001), Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito, o que referimos anteriormente encontra sustentação. No último nível, de Perito, denota-se uma grande experiência profissional e quase de forma intuitiva o enfermeiro analisa a problemática, sendo a intervenção definida com uma perceção profunda da situação total.

Na prática profissional, por vezes colegas e/ou alunos perguntam-nos como foi antecipada determinada problemática, anulando problemas mais graves (como uma sépsis inicial). Num primeiro momento, parece que não existe consciência automática de como se chegou aquela conclusão, mas depois de análise crítica, consegue-se explicar como o todo foi assimilado, com a mobilização de aptidões ao longo da experiência e o conhecimento já existente, com influência da capacidade intuitiva e analítica e fundamentação das escolhas.

Ao longo dos estágios, surgiram situações onde pudemos antecipar um quadro de violência eminente, através da análise do comportamento do jovem, permitindo adequar a nossa postura, tom de voz e equacionar uma proteção para todos os envolvidos.

Nesta sequência, as competências profissionais e pessoais que foram sendo adquiridas e/ou desenvolvidas nestes dois estágios, consideram-se uma base para o aperfeiçoamento contínuo, definindo-se como essência para uma prática especializada na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A oportunidade de desenvolvimento pessoal e autoconhecimento, através dos vários momentos de autorreflexão, permitiram treino e a possibilidade de reavaliar atitudes, aumentar a rapidez de raciocínio, bem como a identificação de alguns pensamentos e emoções que podem influenciar os comportamentos ou ações como enfermeira especialista. Este processo de desenvolvimento, permite minimizar as possíveis interferências na relação terapêutica, no apoio, na gestão do stress e nas próprias tensões geradas no processo de cuidar.

Isto foi realizado e conseguido com estudo e integração de conhecimentos teórico-práticos, que sustentaram as sucessivas tomadas de decisão, permitindo demonstrar competências aos vários níveis, nomeadamente:

- elaborando documentos e implementando projetos através de investigação, para melhoria da Prática Baseada na Evidência (PBE);
- participando de forma proactiva e demonstrando capacidade de liderança, nos grupos terapêuticos, nas intervenções específicas de EA, na consulta de enfermagem especializada e com comportamentos suicidários;
- gerindo situações mais complexas nos jovens, como descontrolo de emoções ou impulsos;
- observando e supervisionando cuidados de outros profissionais;
- considerando as implicações e responsabilidades da atuação como especialista, desenvolvendo uma análise crítica e evidenciando capacidade de reflexão sobre a prática clínica;
- trabalhando de forma autónoma, na consulta de enfermagem especializada, fundamentando as suas escolhas ou em equipa nos grupos terapêuticos;
- argumentando sobre as opções de intervenção segundo os diagnósticos de enfermagem e a avaliação contínua;
- analisando e avaliando as necessidades na formação de pares sobre a saúde mental;
- demonstrando a capacidade de acompanhar a pessoa de acordo com a problemática e contexto para a melhoria da sua saúde mental, reavaliando e adaptando de acordo com as circunstâncias e recursos pessoais;
- demonstrando a capacidade de realizar os diagnósticos de enfermagem, para a elaboração de um plano de cuidados adaptado e flexível, com contrato terapêutico, seja ao utente/família/grupo;
- demonstrando a capacidade de planear ou participar em projetos de prevenção e promoção da saúde mental;
- trabalhando em equipa multidisciplinar com interação de acordo com as competências de todos para um bem comum, de acordo com a ética e deontologia profissional, respeitando de forma responsável a individualidade, privacidade e o sigilo;
- baseando a sua avaliação e estratégias de intervenção em conhecimentos técnico-científicos, selecionando os recursos necessários.

Todo o conhecimento teórico-prático que foi sendo desenvolvido ao longo dos estágios foi sustentado na evidência científica, pesquisando a informação mais atual e fidedigna em artigos científicos e teses, sobre violência/agressividade, contenção ambiental e temas relacionados com os comportamentos suicidários, adolescência e depressão, influência da família, dinâmicas de grupo, arteterapia, vários tipos de intervenções terapêuticas e teóricos de enfermagem, tudo com o objetivo de adequar a teoria e prática num percurso que conduza à excelência de cuidados de enfermagem especializados e com mestria. Para uma melhor compreensão das políticas de saúde nacionais e enfermagem, foram ainda considerados regulamentos e decretos-lei.

A mestria surge quando se verifica evolução nas competências para lidar com novas condições e ganhos em saúde para os outros, como referido na teoria das transições de Meleis e como se evidencia ao incorporar uma nova identidade (Silva et al., 2019), como futuro enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

De referir, que a mais recente Lei de Bases da Saúde, incide além da saúde ocupacional, entre outros temas, na saúde mental e no envelhecimento progressivo da população com acréscimo das demências e outras doenças associadas, embora não resolva nem de perto todos os problemas. No artigo de Oliveira (2019) é referido que deve ser dado destaque à situação preocupante em Portugal, esperando-se que o Governo e os especialistas, tomem decisões que levem a um futuro mais tranquilo ao nível da saúde mental, onde os mestres e especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, podem ter uma influência determinante na demonstração das necessidades, neste caso da população jovem.

5. Conclusão

Ao longo da pesquisa efetuada sobre diferentes temáticas em várias bases de dados científicas como EBSCOhost-*Research Databases* incluindo Cochrane, MEDLINE, Pubmed e SciELO, BVS e RCAAP, para criar uma base sólida de conhecimentos, verificou-se que a adolescência apesar de ser uma área muito estudada, no que se refere à investigação de intervenções psicoterapêuticas ou socioterapêuticas de enfermagem recorrendo a mediadores expressivos, é praticamente inexistente.

Em relação aos comportamentos suicidários com adolescentes, nos últimos anos, a informação é escassa ou sem resultados consistentes em Portugal, o que se tratou de uma dificuldade para o trabalho que queríamos desenvolver.

No entanto, não houve vontade de desistir mas sim contribuir, ao conhecer peritos na área da saúde mental na adolescência, que facilitaram o nosso crescimento pessoal e profissional e despertaram ainda mais a necessidade de proatividade.

Sendo uma fase de transição em que os adolescentes se encontram mais vulneráveis e as repercussões dos CAL podem ser mais graves, a abordagem da enfermagem deve ser holística, incluindo os familiares na intervenção de modo a conseguir uma melhor adaptação às mudanças. O objetivo será facilitar a expressão de emoções e o controlo de impulsos, melhorando as competências para o jovem e família.

Desse modo, o EEESMP deve planejar ações que ajudem a fortalecer as relações familiares, pois têm um papel fundamental na adesão às intervenções delineadas com o adolescente, além de evitarem outras crises na família. De igual modo, a promoção da esperança, as abordagens psicoeducativas sobre a problemática, a terapia cognitivo-comportamental, as estratégias utilizadas para combater a ideação suicida e o desespero, ensinando mecanismos de resolução de problemas e identificando razões para viver, devem ser focos prioritários na intervenção do EEESMP. É igualmente importante capacitar o adolescente e família para a utilização de outros recursos comunitários como a Linha SOS voz amiga-Linha de apoio emocional e prevenção ao suicídio, os grupos de ajuda e os serviços de saúde especializados e vocacionados para esta problemática.

Contudo, e embora a inclusão da família seja uma necessidade, existem ainda muitas dificuldades no “terreno” por falta de recursos humanos e especialistas, dando-se prioridade fundamentalmente à intervenção com os jovens mas não com a família.

Assim, o objetivo diariamente na prática clínica é que os comportamentos suicidários não voltem a ocorrer, ou seja, que o adolescente ganhe estratégias e competências para que não sinta novamente necessidade de utilizar os CAL como resolução para os problemas ou sofrimento.

Sabemos que se a aposta na intervenção for maior nestas faixas etárias pode evitar-se o desenvolvimento de problemáticas e patologias na idade adulta, pelo que seria relevante também mais formação em suicidologia para profissionais de saúde no geral.

É ainda importante conhecer os conceitos da teoria das transições de Meleis para que possam ser utilizados pelos profissionais de saúde, pois todos estamos num processo contínuo de evolução e adaptação a novas circunstâncias planeadas ou não.

Para dar resposta aos objetivos delineados no nosso processo de aprendizagem, ambos os locais de estágio foram selecionados de forma muito criteriosa. Fizemos um trabalho de pesquisa para conhecer diferentes contextos e intervenções na área da adolescência e com comportamentos suicidários, que trouxessem benefícios na evolução pessoal e profissional, de modo a promover uma aprendizagem consistente, alicerçada numa prática baseada na evidência e em referenciais éticos e deontológicos.

Este relatório permitiu ainda a ampliação da tomada de consciência e outra perceção das problemáticas com a saúde mental dos jovens e a importância de reforçar o foco na família, na construção da relação terapêutica e num envolvimento de todas as partes para um objetivo comum. Ou seja, uma abordagem holística e sistémica relevante nos processos terapêuticos, com a convicção de que foram aprofundadas as competências científicas e técnico-relacionais nesta área de especialização em enfermagem, de modo a contribuir para o seu desenvolvimento, como estando capaz de liderar equipas e/ou projetos na supervisão e gestão de cuidados.

Por outro lado, possibilitou a interiorização da importância de que há um caminho a percorrer para que continue a intervir de forma eficaz na promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação, utilizando o julgamento clínico e a tomada de decisão segundo a resposta do outro.

Houve oportunidade de refletir e esquematizar mentalmente quais as etapas a seguir e quais as possíveis intervenções como futura EEESMP, inclusivamente contribuindo com o estudo/investigação para que as intervenções não se foquem apenas no contexto das unidades de saúde ou com abordagem individual, mas que possam envolver a escola e família, com sessões grupais e de sensibilização/formação sobre este tipo de problemáticas, com a elaboração de um projeto/protocolos de colaboração entre as instituições de saúde e as escolares.

Consideramos que o domínio das competências comuns e da especialidade foram sendo demonstradas para o exercício como EEESMP, assim como, a aquisição de aptidões referentes ao grau de mestre.

REFERÊNCIAS

- Aalsma, M., Keys, J., Ferrin, S., Shan, M., Garbuz, T., Scott, T., Adams, Z., Hulvershorn, L. & Downs, S. (2022). Adolescent suicide assessment and management in primary care. *BMC Pediatrics*, 22(1): 389. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-022-03454-4>
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2011). *Modelos e Teorias em Enfermería* (séptima edición). Elsevier España.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – mediante a CIPE*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Andrade, F. M. R. F., Vaz, M. J. A., Berenguer, S. M. A. C. & Fernandes, S. J. D. (2018). Implementação de consulta de enfermagem ao adolescente/jovem: diagnósticos e intervenções. *Cadernos de Saúde*, 10 (1). pp.48-53.
- Andres, S. C., Dornelas, R., Greco, P. B. T., Torres, R. F. & Rocha, V. (2020). Artererapia como opção não medicamentosas para pacientes internados em uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo de Enfermagem/Electronic Journal Nursing Collection* (Vol.7). pp.1-6. <https://doi.org/10.25248/REAenf.e4843.2020>
- Antunes, S. M. S. (2018). *Adolescência e Compromisso do Processo de Desenvolvimento: intervenções de enfermagem com recurso a técnicas expressivas*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). <http://hdl.handle.net/10400.26/24686>
- Antunes, J., Matos, A. P., & Costa, J. J. (2018). Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 6). pp.52-58. <http://www.scielo.pt/pdf/rpesm/nspe6/nspe6a08.pdf>
- Azevedo, A. E. B. I., Bermudez, B. E. B. V., Fernandes, E. C., Eisenstein, E., Oliveira, H. F., Hagel, L. D., Guimarães, P. R., Goldberg, T. B. L., Rizzo, A. C. B., Barbiani, A. E. M. R., Bonetto, D. V. S. & Barbosa, M. M. (2018). Consulta do adolescente: Abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *Adolescência e Saúde*, 15 (1). pp.73-85.
- Barbosa, I., Santos, M. & Leitão, G. (2007). Arteterapia na assistência de enfermagem em oncologia: produções, expressões e sentidos entre pacientes e estudantes de graduação. *Revista de enfermagem - Escola e enfermagem Anna Nery*, 11(2). pp.227- 233. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Barbosa, P., Silva, S. F., Pires, A. M., Valadas, M. T. & Freitas, R. M. (2021). *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde*. ARIS da Planície - Associação para a Promoção da saúde Mental. <https://prevenir-suicidio.pt/wp-content/uploads/2022/09/I001.-Preven%C7%A7%C3%A3o-do-Suic%C3%81dio-%E2%80%93-Manual-para-Profissionais-de-Saude.pdf>
- Belcher, J. R. & Fish, L. J. B. (2000). Hildegard, E. Peplau. In George, J. B. & colaboradores. *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª Ed.). Artmed Editora. pp.45-57.

- Benatti, L. M. P. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto do Adolescente com Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio – Um processo de desenvolvimento de competências*. [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum do Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/33569>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição Comemorativa. (3). Quarteto Editora. Coimbra.
- Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J., Chartier, P., Dubor, P. Houser, M. & Lustin, J. (1998). *Psicologia Patológica. Teórica e Clínica* (7ª Ed.). Climepsi Editores.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D. & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das Teorias de Enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (18). pp. 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às Psicoterapias*. Climepsi Editores.
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. [Doctoral thesis, Instituto de Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf
- Carvalho, R. (2016). Diagénesis. In Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia. *Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. *Arte Viva* (6). pp. 8-23. Lisboa. <http://arte-terapia.com>
- Coelho, A., Soeiro, I., Melo, S., Martins, S. & André, T. (2019). *Literacia em Saúde*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. 4º Mestrado em Associação.
- Coqueiro, N. F., Vieira, F. R. R. & Freitas, M. M. C. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Relato de Experiência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6). pp.859-869. <https://www.scienceopen.com/document?vid=88e6a10a-832b-475b-8818-0a10ef187a33>
- Correia, R. (2019). *Referenciação de situações de bullying em meio escolar: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na formação em meio escolar*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum do Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30253/1/Relatorio%20Ricardo%20Correia%20final.pdf>
- Cunha, D. S. S. P. (2017). *Autoestima e esperança no cliente inimputável: contributo da arteterapia numa intervenção especializada*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). <http://hdl.handle.net/10400.26/21046>
- Debray, Q. & Nollet, D. (2004). *As Personalidades Patológicas*. Climepsi Editores.
- Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Presidência do Conselho de Ministros. Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República nº157, Iª série (16 de Agosto de 2018). pp. 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

- Despacho nº 6170-A/2016 (2016). Ministério da Saúde. Diário da República nº89, IIª série (9 de Maio de 2016). p.14668-(2). <https://files.dre.pt/2s/2016/05/089000001/0000200002.pdf>
- Despacho nº 8455/2022 (2022). Finanças e Saúde. Gabinetes do Ministro das Finanças e da Ministra da Saúde. Diário da República nº132, IIª série (11 de Julho de 2022). pp.87-89. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/132000000/0008700089.pdf>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Orientação nº 021/2011 de 06/06/2011.
- DGS (2013a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Número 010/2013 de 31/05/2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS (2013b). *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio 2013/2017*. Programa Nacional para a Saúde Mental. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Plano-Nacional-Prevencao-Suicidio-2013-2017.pdf>
- DGS (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Doyle L., Sheridan A. & Treacy M. P. (2017). Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 24(2-3). pp.134-142. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28124465/>
- Duarte, M. I. F. (2022). *Caracterização das Vulnerabilidades dos Adolescentes do 7º e do 10º anos Associadas à Ocorrência de Comportamentos Suicidários*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). American Psychiatric Association (APA). Climepsi Editores.
- DSM-5 (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). American Psychiatric Association (APA). American Psychiatric Publishing.
- Elias, A., Cordeiro, R. & Gomes, C. (2019). Necessidades de Enfermagem em Saúde Mental – Intervenção na Doença Mental após desastre ou situação de emergência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (22), 65-74. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0265>
- Entidade Reguladora de Saúde [ERS] (2015). Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental_versao_publicar_v.2.pdf
- Façonha, J. & Santos, J. C. (2018). Avaliação do risco de Suicídio; Índice NGASR – Versão Portuguesa. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 183-196). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

- Fernandes, M. E. D. (2014). *Avaliação da Satisfação de Utentes de um Serviço Prestador de Cuidados de Saúde Mental Comunitários: Estudo Exploratório*. [Master's Thesis em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15127/1/Maria%20Euarda%20Dias%20Fernandes.pdf>
- Figueiredo, M. C. & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 2 (VI). pp.102-107.
<https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2590/1/O%20ESTUDO%20DE%20CASO%20COMO%20M%C3%89TODO%20DE%20INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>
- Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. I volume (2ª Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Goodday SM, Shuldiner J, Bondy S & Rhodes AE (2019). Exposure to parental psychopathology and offspring's risk of suicide-related thoughts and behaviours: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28. pp.179–190.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6998933/pdf/S2045796017000397a.pdf>
- Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. p.59.
<https://scielo.pt/pdf/rpesm/n7/n7a09.pdf>
- Guerra, P. & Rosado, R. (2019). *UN-HU - Jogo de Competências*. Baralho Eu. Ideias do NADA.
<https://www.facebook.com/jogo.unhu/>
- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem.
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-dastransic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Im (2018). Theory of Transitions. In Smith, M. J. & Liehr, P. R. (Eds). *Middle range Theory for Nursing* (4ªed.). Springer Publishing Company. pp.265-287.
- Infarmed (s/d). Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I. P.
<https://www.infarmed.pt/>
- Internacional Council of Nurses [ICN] (2019). *Navegador CIPE*.
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lima, M. F. R., Lago, D. M. S. K., Duarte, A. M. & Valladares-Torres, A. C. A. (2019). A Arteterapia como dispositivo terapêutico com grupo de crianças e de adolescentes com doenças crônicas e graves. *Revista Científica Arteterapia Cores da Vida*, 26 (1). p. 3-17.
https://www.researchgate.net/publication/332734779_A_ARTETERAPIA_COMO_FERRAMENTA_TERAPEUTICA_COM_GRUPO_DE_CRIANCAS_E_DE_ADOLESCENTES_COM_DOENCAS_CRONICAS_E_GRAVES#fullTextFileContent

- Lomba, M. L. L. F., Apóstolo, J. M. A. & Gameiro, M. G. H. (2014-2017). *A Entrevista motivacional realizada na prática clínica de enfermagem na promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
https://web.esenfc.pt/public/index.php?module=ui&target=outreach-projects&tipo=UI&id_projecto=256&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=Descricao
- Lopes, A. S. L. (2016). *Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18131/1/Consulta%20de%20Enfermagem%20do%20Adolescente%20%2012%2013%20anos%20%20uma%20necessidade%20em%20sa%c3%bade.pdf>
- Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na Parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/1784>
- Manes, S. (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*. Um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais. Paulus.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de saúde Mental 2007-2016.
<http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>
- Martins, D. C. S. (2012). *Arte-Terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. [Master's thesis em Educação Artística, Faculdade de Belas Artes]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10008/2/ULFBA_TES665.pdf
- Marujo, H. M. (1994). *Inventário de Depressão para Crianças (CDI-Children`Depression Inventory Kovacs, 1985, 1992)*. In Santos, A. M. B. (2010). *Inflexibilidade Psicológica*.
<https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/269/3/Corpo%20da%20Tese.pdf>
- Matias, C. A. C. (2014). *Relatório de estágio: refletindo sobre a prática baseada na evidência*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Leiria.
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2712/1/Carla%20Matias%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Matos, S. T. S. T. P. M. (2019). *Consulta de Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica: Um contributo para a promoção da continuidade dos cuidados após alta hospitalar*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Instituto Politécnico de Setúbal]. Mestrado em Enfermagem em Associação. Repositório Comum do Instituto Politécnico de Setúbal.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28824/1/Relatorio_de_est%C3%A1gio_Saul_Matos_Vers%C3%A3o_Definitiva.pdf

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Melo, P. (2021). *Consulta de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Guia de Decisão Clínica. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Menezes, M. S. & Faro, A. (2023). Avaliação da Relação entre Eventos Traumáticos Infantis e Comportamentos Autolesivos em Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43. pp. 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003247126>
- Ministério da Saúde (2013). *Prontuário Terapêutico-11*. Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/prontuario-terapeutico-2013.pdf>
- Muriel, V. L. & Buitrago, S. C. C. (2020). Fatores de risco para comportamento suicida em adolescentes escolares: revisão tópica. *Arquivos de Medicina*, 20(2). Universidade de Manizales. pp. 472-480. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/html/>
- Nutt, L., Brown, B., Beavis, J., Bird, K. & Moore, V. (2014). *Understanding and responding to children and young people at risk of self-harm and suicide*. A guide for practitioners in Cambridgeshire. Cambridgeshire /Peterborough : NHS Foundation Trust. <http://www.keep-your-head.com/assets/1/cyp-at-risk-self-harm-suicide.pdf>
- Oliveira, D. A. T. (2019). A Necessidade de Proteção da Saúde Mental na Nova Lei de Bases da Saúde: o Quadro da Saúde Mental Portuguesa. *Revista Eletrónica de Direito Público*, 6(1). Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Lisboa. pp. 15-47. <file:///C:/Users/User/Desktop/34338-a-necessidade-de-protecao-da-saude-mental-na-nova-lei-de-bases-da-saude-o-quadro-da-saude-mental-portuguesa.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Comissão de Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato de 2008/2010. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEN%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- OE (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato de 2010 / 2011. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf
- OE (2022). *Anuário Estatístico 2021*. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/estatistica/acumulado/2021_Anu%C3%A1rioEstatisticos%20_00_Nacional.xlsx
- OE (2018). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa.

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2000). *Prevenção do Suicídio: um Manual para Médicos Clínicos Gerais*. Departamento de Saúde Mental.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf;jsessionid=2ADA757E4FD58C88AB22C108F4D13CBC?sequence=7
- Organización Mundial de la Salud (OMS, s/d). Saúde do adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Peláez, C. B. A., Guillaumet, M. & Martínez-Esparza, E. H. (2018). La adolescência como factor de riesgo de la conducta suicida. *Ágora de Enfermería*, 22(2). pp. 58-62.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6466937>
- Pena, A. R. M. (2014). *Intervenções Expressivas em Grupo de Adolescentes em Sofrimento Mental*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16275>
- Ramirez-Coronel, A. A., Suárez, P. C., Mejía, J. B.C., Andrade, P. A. B., Torracchi-Carrasco, E. & Carpio, M. G. C. (2020). Habilidades sociales y agresividad en la infância y adolescencia. *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapéutica*, 39 (2). pp.209-214.
<https://www.redalyc.org/journal/559/55969799012/55969799012.pdf>
- Raupp, C. S, Marin, A. H. & Mosmann, C. P. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica*, 30(2). pp. 289 – 308.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n2/06.pdf>
- Regulamento nº 705/2021, de 27 de julho de 2021 (2021). Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. Diário da República nº 144, IIª série.
<https://files.dre.pt/2s/2021/07/144000000/0012200129.pdf>
- Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro (2019). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 26, IIª série. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto (2018). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 151, IIª série. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento nº 351/2015, de 22 de junho de 2015 (2015). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 119, IIª série. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf
- Regulamento nº 356/2015, de 25 de junho (2015). Ordem dos Enfermeiros. Diário de República nº 122/2015, Série II. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- República Portuguesa [RP] (2018). *Rede de Referência Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-daAdolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>

- Rodrigues, C. S. C. (2020). *Comportamentos Auto-Lesivos na Adolescência: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37137/1/C%3%a1tia%20Sofia%20Cunha%20Rodrigues.pdf>
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2019). Literacia em saúde mental sobre depressão: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (21). pp.40-46.
<http://www.scielo.pt/pdf/rpesm/n21/n21a06.pdf>
- Santos, R. C. S. & Custódio, L. M. G. (2017). Quando as imagens falam: Definição, Estruturação de Campo e Usos da Arte Terapia. *Psicologia.pt*. pp.1-19.
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1100.pdf>
- Santos, J. C. P., Erse, M. P. Q. A., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A. & Simões, R. M. P. (2014). *+Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
https://www.researchgate.net/publication/261064250_Contigo_Mental_Health_promotion_and_prevention_of_suicidal_behaviours_within_the_educational_community
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C. Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional como foco da Enfermagem: Contributos das competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Millenium*, 49. pp. 153-171.
<file:///C:/Users/User/Downloads/8083-Article%20Text-22991-1-10-20160129.pdf>
- Santos, J. C., Simões, R. M. P., Façanha, J., Erse, M. P. Q., Marques, L. A. F., Loureiro, C., Matos, M. E. & Quaresma, M. H. (2018). *Mais contigo: 8 anos na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários*. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 17-29). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
- Scharfetter, C. (2002). *Introdução à Psicopatologia Geral* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Sequeira, C., Sampaio, F., Mendes, A. C., Gonçalves, A., Carvalho, A. C., Teixeira, A. C., Querido, A., Miguel, A. H., Amaral, A. C., Santos, B., Ventura, C. A. A., Grau, C. F., Chaves, C. B., Santos, C., Pereira, D., Freitas, D., Cortez, E., Borges, E., Almeida, E.,... Abreu, W. (2021). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serviço Nacional de Saúde - SNS (2020). *Prevenção do Suicídio*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/10/prevencao-do-suicidio-2/>
- Silva, T. C. & Mendes, D. F. (2015). A Contemporaneidade acerca da Adolescência e a Sexualidade. *Psicologia e Saúde em Debate*, I (I). pp.1-18.
<http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V1A1/1>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*. pp.35-44.

- Silva, C. F. T., Pedreira, L. C., Amaral, J. B., Mussi, F. C., Martorell-Poveda, M. A. & Souza, M. L. (2021). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2). pp.1-8.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>
- Simões, F. L. J. F., Fonseca, M. J. & Belo, A. P. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (3). pp. 45-54.
- Simões, R. M. P., Santos, J. C. P. & Martinho, M. J. C. M. (2019). Eficácia das Intervenções Psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamento suicidário: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Serie IV (20). Pp.139-148.
<https://doi.org/10.12707/RIV1802> HYPERLINK "<https://doi.org/10.12707/RIV18027>"
- Simões, R. M. P. (2020). *Comportamentos Suicidários em Adolescentes: Contributos para a Intervenção em Enfermagem na Transição para a Comunidade*. [Doctoral dissertation em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/133558/2/461720.pdf>
- Simões, R. M., Santos, J. C. & Martinho, M. J. (2020). Programa Psicoterapêutico de prevenção do suicídio em adolescentes: estudo de Delphi. *Journal Health NPEPS*, 5(2). pp. 75-88.
- Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (4ª ed.). Springer Publishing Company.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem Desenvolvimentista*. (2ª Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Tinoco, R., Cláudio, D. & Sousa, N. P. (2014). *PASSE - Dinâmicas de Grupo: uma listagem de boas práticas*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Departamento de Saúde Pública. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6542/1/PASSE%20psi2.pdf>
- Trinco, M. E., & Santos, J. C. (2017). O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. pp.63-68.
<https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a11.pdf>
- Trinco, M. E. M., Santos, J. C. & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13). pp.115-124. <https://doi.org/10.12707/RIV17008>
- Trinco, E., Barbosa, A. & Santos, J. C. (2018). A Família do Adolescente com Comportamento Autolesivo sem Intenção Suicida. O Impacto da Notícia. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). pp.71-83.
- Trinco, M. E. & Santos, J. C. (2021). Comportamento autolesivo na adolescência e experiência da família: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (25). s/p.
<http://scielo.pt/pdf/rpesm/n25/1647-2160-rpesm-25-131.pdf>
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Climepsi Editores.

- Vallerand, A. H. & Deglin, J. H. (1994). *Guia farmacológico para enfermeiros em cuidados intensivos e urgências*. Lusodidacta. Lisboa.
- Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência* (2ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- World Health Organization - WHO (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- World Health Organization-WHO (2021). *LIVE LIFE - An implementation guide for suicide prevention in countries*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- Yokota, M. (2003). *A experiência de melhora dos sintomas através da arte-terapia em adolescentes com depressão refratária*. [Doctoral dissertation em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-01102014-120213/publico/MariliaYokota.pdf>
- Zagonel, I. P. S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória da Enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7(3). pp. 25-32.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qYkvCxFvtmZGv8gJBW5cMvD/?lang=pt>

APÊNDICES/ANEXOS

Apêndice 1 – Cronograma dos Estágios

Apêndice 2 – Planificação das sessões de Expressão pela Arte

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na pedopsiquiatria, divididos em 2 grupos

Tema: Expressão de Emoções

Local: Internamento de pedopsiquiatria – sala de atividades

Data: 25 de Maio de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: EEESMP e aluna do Mestrado

Objetivo geral da formação: Promover a expressão emocional no grupo de jovens internados

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento, a comunicação expressiva e tomada de consciência de si e das suas emoções

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e o objetivo geral -Solicitar a cada um que escolha um recorte sobre algo que possa fazer-lhe sentido -Pensar numa palavra ou explicar o que emerge de emoção sobre a imagem escolhida	- Expositivo - Interativo com música de fundo relaxante	Recortes de Revistas	15 min
Desenvolvimento	Na folha com uma figura humana desenhar, pintar ou escrever como se têm sentido nos últimos dias ou onde as emoções se estão a manifestar mais no corpo	- Interativo com música de fundo - Material à escolha	Aquarela Pincéis Lápis cor; Canetas feltro Lápis de cera Papel A4 com figura humana	25 min
Conclusão Balanço final	Partilhar se quiser a emoção ou sentimentos retratados no desenho	- Interativo		15 min
Avaliação	Pedir aos participantes para avaliarem como se sentiram na sessão e escrevam uma palavra ou frase	-Interativo com música de fundo		5 min

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na pedopsiquiatria, divididos em 2 grupos

Tema: Autoestima – O que eu gosto em mim...

Local: Internamento de pedopsiquiatria – sala de atividades

Data: 3 de junho de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: EEESMP e Aluna do Mestrado

Objetivo geral da formação: Promover a melhoria da autoestima nos jovens internados

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento e a melhoria do equilíbrio emocional

Critérios de Inclusão: Jovens internados com baixa autoestima, com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	<p>-Explicar a dinâmica e objetivo geral -Solicitar que peguem o novelo, tirem um papel do saco com uma frase e leiam, depois jogam o novelo (ficando com a ponta) para um colega completar a frase, com um aspeto positivo daquele que ficou a pegar o novelo</p> <p><i>Papéis com frases para terminar:</i> <i>-Os meus amigos gostam de mim porque..</i> <i>-Os meus colegas dizem que eu sou bom em ...</i> <i>-Algo que me torna único é...</i> <i>-Sou bom a...</i></p>	<p>- Expositivo</p> <p>- Interativo com música de fundo</p>	<p>Novelo de lã</p> <p>Papéis com as frases escritas</p> <p>Pequeno saco</p>	15 min
Desenvolvimento	Pedir para representar/desenhar um animal com que se identifiquem, a nível de caraterísticas	- Interativo com música de fundo relaxante	Lápis de cor Canetas de feltro Lápis de cera Papel A4	25 min
Conclusão Balanço final	Partilhar se quiser o que desenhou, com qual aspeto se identificou e vamos complementando dando ênfase a caraterísticas positivas	- Interativo		15 min
Avaliação	Pedir aos participantes para avaliarem e escreverem algo sobre a sessão, de como se sentiram numa palavra	- Interativo com música de fundo		5 min

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na pedopsiquiatria, divididos em 2 grupos

Tema: Acreditar no futuro

Local: Internamento de pedopsiquiatria – sala de atividades

Data: 8 de junho de 2022

Hora: Das 11H às 12H; Das 13H30 às 14H30

Duração: 60 minutos

Formadores: EEESMP e Aluna do Mestrado

Objetivo geral da formação: Promoção de esperança nos jovens internados

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento e a melhoria do equilíbrio emocional

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	<p>-Explicar a dinâmica</p> <p>-Colocar peças de dominó viradas para baixo e escolhem uma, em que o número vai corresponder a uma pergunta que está num envelope para completar como:</p> <p><i>-Se houvesse um naufrágio e só um lugar no barco salva-vidas porque deviam levar-me...</i></p> <p><i>-Se pudesse mudar algo na minha escola o que mudaria...</i></p> <p><i>-Quem identifico como uma pessoa que me possa ajudar...</i></p> <p><i>-Qual a música ou filme com que me identifico mais...</i></p> <p><i>-Se pudesse ir para qualquer lugar do mundo para onde iria...</i></p> <p><i>-Se ganhasse um milhão de euros onde utilizaria o dinheiro...</i></p> <p><i>-Se pudesse escolher qualquer profissão qual escolheria...</i></p> <p><i>-Se acontecesse agora um terramoto o que faria...</i></p> <p><i>-Quando sair do internamento vou...</i></p> <p><i>-Quando encontrar os meus amigos vou fazer...</i></p> <p><i>-Se encontrasse uma lâmpada mágica que 3 pedidos faria....</i></p> <p><i>-Se pudesse mudar algo em mim o que mudaria...</i></p>	<p>- Expositivo</p> <p>- Interativo com música de fundo</p>	<p>Dominó</p> <p>Cartões com frases dentro de Envelopes com números</p>	15 min
Desenvolvimento	Fazer um desenho a representarem-se no futuro, como se vêm, a fazer o quê ou uma mensagem/recado para o futuro.	- Interativo com música de fundo relaxante	Folhas A4; Canetas Lápis de carvão Lápis de cor; Lápis de cera	25 min
Conclusão Balanco final	Partilhar se quiser a sua criação	- Interativo		15 min
Avaliação	Pedir aos participantes para escreverem de como se sentiram na sessão numa palavra	- Interativo com música de fundo		5 min

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na pedopsiquiatria, divididos em 2 grupos

Tema: Estratégias

Local: Internamento de pedopsiquiatria – sala de atividades

Data: 13 de junho de 2022

Hora: Das 11H às 12H; Das 13H30 às 14H30

Duração: 60 minutos

Formadores: EEESMP e Aluna do Mestrado

Objetivo geral da formação: Refletir sobre estratégias positivas de resolução de problemas

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento e refletir sobre estratégias que têm tido um efeito negativo

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e o objetivo geral -Colocar objetos e brinquedos à disposição para escolha sobre formas de lidar com os problemas com que se identifiquem, e convidar a comentar após o porquê da sua escolha	- Expositivo - Interativo com música de fundo	2 livros 2 mini computadores 6 bonecos da família (pai, mãe, avô, avó, filho, filha) 2 cãezinhos 2 carrinhos 1 Caneta 1 Lápis de cor 1 Boneco do mar 1 bloco para escrever 1 Roupa de boneca 2 pentes 1 verniz 1 porta-chaves 1 CD 1 Pulseira Postais sol Cupcake Mesinha Roupeiro Boneco de desporto Bailarina Bola antistress	15 min
Desenvolvimento	Desenhar estratégias utilizadas antes ou aprendidas no internamento	- Interativo com música de fundo relaxante	Folhas A4; Canetas feltro Lápis de cor; carvão, cera	25 min
Conclusão/Balanço final	Partilhar se quiser a sua criação	- Interativo		15 min
Avaliação	Pedir aos participantes para escreverem de como se sentiram na sessão numa palavra	- Interativo com música de fundo		5 min

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na pedopsiquiatria, divididos em 2 grupos

Tema: Kit primeiros socorros emocionais

Local: Internamento de pedopsiquiatria – sala de atividades

Data: 22 de junho de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: EEESMP e Aluna do Mestrado

Objetivo geral da formação: Síntese das aprendizagens das sessões anteriores de expressão pela arte:

- Expressão de Emoções; Autoestima; Acreditar no futuro; Estratégias

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento, autoconfiança, capacidade de reflexão no futuro e equilíbrio emocional

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e o objetivo geral -Começar a decorar uma caixa - Kit de primeiros socorros emocionais - a gosto para guardar coisas especiais para motivação quando precisarem (depois podem continuar a acrescentar)	- Expositivo - Interativo com música de fundo	Papel colorido Tecidos Canetas Tintas e pinceis Purpurinas Tesoura Cola	20 min
Desenvolvimento	-Cartões com frases para completar e guardar na caixa: No futuro eu... Eu sou (3 características positivas): Quando não estou bem que estratégias utilizo (escrever 3): A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem (escrever 3 pessoas): -Podem acrescentar depois objetos especiais dos seus ou fazer um com pasta de moldar	- Interativo com música de fundo relaxante	Canetas Lápis de carvão Cartolina	30 min
Conclusão Balço final	-Partilharem se quiserem exemplos do que alguns escreveram <i>Quando não estiverem tão bem podem recorrer à caixa para ânimo</i>	- Interativo		5 min
Avaliação	Pedir aos participantes para escreverem uma palavra de como se sentiram na sessão	- Interativo com música de fundo		5 min

Apêndice 3: Projeto Terapêutico da M.

PROBLEMA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - IMPLEMENTADAS OU RECOMENDADAS	Data Início	Data Final
Processo familiar comprometido	Supervisionar as visitas familiares	19-05	
	Introduzir mediadores na visita com a mãe, pai ou avó materna que facilitem a expressão de emoções	19-05	
	Intervenção familiar através da Psicoeducação sobre estigma ou comportamentos autolesivos ou estratégias positivas, que foram sendo utilizadas e verificar a resposta da família	19-05	
	Trabalhar a aliança terapêutica com a mãe	19-05	
Ideação suicida	Promover insight e crítica nestas situações e sessões individuais (reestruturação cognitiva ao nível de pensamentos, crenças)	19-05	
	Promover a participação em atividades terapêuticas de grupo	19-05	
	Facilitar a identificação dos fatores desencadeantes através da expressão pela arte ou escrita	19-05	
Comportamentos autodestrutivos	Vigiar CAL e disponibilizar presença	19-05	
	Promover treino para controlo de impulsos (como técnica de distração, estratégias positivas)	19-05	
	Promover expressão da agressividade de forma controlada (não autodirigida ou de forma interpessoal) e autoconhecimento nas atividades terapêuticas sobre esta necessidade	19-05	
	Determinar limites comportamentais	19-05	
	Vigiar efeitos da medicação prescrita	19-05	
Ansiedade	Assistir na crise, oferecendo suporte emocional e encorajando a expressão de emoções	19-05	
	Executar intervenção psicoeducativa, ensinando estratégias de redução de ansiedade como técnica respiratória, visualização de um lugar seguro, identificação de pensamentos disfuncionais	19-05	
	Encorajar a participação nas atividades terapêuticas como a expressão pela arte e relaxamento	19-05	
Comportamento interativo comprometido	Incentivar a participação em atividades terapêuticas grupais de forma gradual	19-05	
	Efetuar reforço positivo à sua integração ou interação, com escuta ativa	19-05	
	Verificar quais as atividades de grupo que tinha no exterior e interação com amigos	19-05	
Tristeza/Humor deprimido	Facilitar uso de estratégias adaptativas como a escrita ou falar com alguém de referência	19-05	
	Promover aliança terapêutica em momentos individuais – Entrevista motivacional	19-05	

	Vigiar a resposta à medicação	19-05	
Autoestima diminuída	Dar apoio, respeitando, sem invadir o espaço pessoal	19-05	
	Assistir na exploração de sentimentos negativos e reforçar os positivos	19-05	
	Promover o autoconhecimento nas atividades terapêuticas	19-05	
	Explorar a autopercepção e investir na enumeração de sucessos e forças	19-05	
	Discutir e assistir no planejamento do futuro (Projeto de Vida), dando alguma esperança	19-05	
Sono comprometido	Administrar terapêutica, vigiar sono e disponibilizar presença se necessário	19-05	
	Promover ambiente terapêutico com menor ruído e luz	19-05	
Diminuição de apetite	Vigiar a alimentação	19-05	
	Solicitar dieta personalizada da Nutrição	19-05	
	Pesar utente 1x por semana	19-05	
	Negociar metas e promover autoresponsabilização	19-05	
Lesões na pele	Desinfetar feridas cutâneas e penso se necessário	19-05	
	Vigiar sinais inflamatórios por risco de infecção	19-05	
	Observar autocuidado	19-05	
Padrão intestinal comprometido	Implementar plano hídrico e vigiar dejeções	19-05	
Autocuidado comprometido	Ensinar sobre estratégias facilitadoras do autocuidado, da higiene, tais como a importância do mesmo para autoestima, da gestão do tempo com o cabelo, as unhas, para sensação de eficiência/realização	19-05	
	Assistir no Autocuidado ou Supervisionar	19-05	
	Promover Autorresponsabilização	19-05	
	Promover Auto Percepção Positiva com reforço sempre que possível e participação nas atividades terapêuticas sobre autoestima, autoconfiança	19-05	
Alta para a comunidade	Preparar a alta articulando com a mãe a autorização sobre a informação a facultar, que recursos/apoios terá na escola no 10ºano com alguém de referência (Diretor de Turma, Enfermeiro, Tutor), Centro de Saúde com equipa de família ou acompanhamento no privado (Pedopsiquiatra e Psicóloga)	19-05	
	Estratégias a utilizar nestes contextos, em casa, nas férias, na escola, com amigos ou atividades extraescolares de suporte quando maior ansiedade	19-05	
	Trabalhar o projeto de vida		
	Articular com EEESMP da consulta de ligação – <i>follow up</i>		

Apêndice 4: Registos das Sessões de Expressão pela Arte

Registos das Sessões da Expressão das Emoções – 1ª

M - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de uma pizza, referindo gostar muito de cozinhar. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...apenas preencheu a região da cabeça com a cor azul, e escreveu várias palavras referentes ao seu sentir: preocupação, medo, cansaço, confusão, ansiedade, tristeza e raiva. Referiu ter utilizado a cor azul pois transmite-lhe tranquilidade. No final da sessão escreveu sobre o seu sentir “frustração/confusão”.

Sh - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com uma imagem do fundo do mar, referindo que para si significa “confusão”. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana com várias linhas de cor preta e vermelha, assim como, várias palavras que se resumem em angústia. Na região da cabeça desenhou um conjunto de riscos vermelhos, semelhantes a um novelo de lã e uma cruz preta sobre o rosto. No final da sessão referiu sentir-se “calma mas triste”.

W - O jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de uma árvore, uma amendoeira em flor, referindo recorda-se da primavera e das flores, que tanto gosta. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana na zona do tórax com um coração e vários pontos de interrogação, assim como uma seta para o exterior do corpo que refere calma e liberdade. No rosto desenhou um sorriso referindo sentir-se assim, no momento presente. No final da sessão referiu sentir “ânimo e esperança”.

R - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de jovens alegres a abraçarem-se, e referiu sentir saudades dos seus amigos. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana com palavras: nos braços escreveu alegria/tristeza, nas pernas escreveu ansiedade/tensão e no topo da cabeça colocou uma imagem de várias cores (azul, rosa, amarelo), que associou à dificuldade que está a sentir em gerir as emoções nesta semana. Apresentou também 2 balões de pensamentos extra corpo. No final da sessão referiu sentir “tranquilidade”.

AL - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de um jogo com vários dados em escada, mas não realizou qualquer partilha verbal, transmitindo através do olhar angústia. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana na totalidade com várias cores, sendo perceptível a definição dos sapatos, das calças, do cinto e da blusa. Foi dado ênfase ao coração, no lado esquerdo do tórax, que contém uma cicatriz, com um turbilhão rosa. A cabeça foi preenchida com um conjunto de linhas roxas, vermelhas e pretas. No topo da cabeça apresenta uma nuvem negra. A jovem recusou em partilhar a sua criação mas no final escreveu “aperto no peito/tristeza/nostalgia”.

M - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem do Simpson, referindo gostar de ver essa série, e focando que à semelhança da imagem por vezes também está tão focada no que está a fazer que não vê à sua volta. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana com várias linhas de cor rosa, que convergiram no centro do tórax, no coração. Na cabeça desenhou uma espiral de cor preta e sobre a qual não conseguiu falar. No final da sessão em relação ao seu sentir, referiu sentir “confusão”.

AB - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de uma pessoa idosa, por denotar uma pessoa cheia de história, sentimentos e emoções. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana somente na zona torácica, utilizando as cores azul, amarelo e rosa (à semelhança de uma bandeira), referindo ser o local onde sente mais as suas emoções, nomeadamente ansiedade, mas que nesta fase encontra-se mais calma pelo início da escola. No final da sessão, referiu sentir-se “calma/tranquila”.

I - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de umas árvores, amendoeiras, referindo recordar-se dos passeios em família. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana apenas na região da cabeça e tórax. No tórax colocou um coração de cor vermelha com uma cicatriz e na cabeça colocou uma venda preta na região dos olhos, assim como lágrimas azuis, demonstrando querer esconder o seu sofrimento. No topo da cabeça desenhou ainda uma nuvem negra com um ciclista lá dentro. No final da sessão escreveu, “motivação para continuar a remendar o meu próprio coração”.

D - O jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de uma pizza, referindo sentir fome e ter saudades da comida de casa. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura humana com várias linhas de cor azul a convergir no centro do tórax e na cabeça, manifestando um turbilhão de sentimentos. No final da sessão referiu sentir-se “normal”.

L - O jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem dos Simpsons, referindo recordar quando via a série em casa e ser para si uma alegria. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...nos primeiros 10 minutos disponibilizados o jovem não investiu, olhando apenas para a folha e em redor, mas depois pegou num lápis de cera preto e desenhou de forma decidida umas grades sobre a figura, acrescentando na partilha “não é só no internamento que me sinto preso, lá fora há muito que sentia-me preso”.

C - A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das emoções, com interesse e motivação. Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem do fundo do mar referindo sentir confusão. Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros...preencheu a figura na totalidade com linhas em azul e amarelo sobrepostas que originavam a cor roxa

nos membros, riscos curvos azuis espalhados e um emaranhado na cabeça em cor roxa também. Devolveu que é assim que se sente confusa, mas que gosta da cor roxa. No final escreveu sobre a sessão que se sentiu “bem”.

Registos das Sessões sobre a Autoestima – 2ª

O L participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, pouco motivado inicialmente.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ele era bom conversador e realçaram o seu gosto por animes.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma borboleta e falou sobre a metamorfose correlacionando com a transformação na sua vida. No final da sessão escreveu que a sessão serviu para reflectir.

A A participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, pouco motivada inicialmente mas com interesse gradual.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela era boa a discutir e conversadora.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma coruja por ser mais ativa de noite, se identificar com a noite bem como as suas experiências mais memoráveis terem sido vividas nessa altura e por ser mais atenta.

No final da sessão escreveu que na sessão sentiu-se calma.

A I participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, motivada e com interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela é boa ouvinte.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou um alce, porque faz lembrar o Outono que lhe traz conforto, e é forte.

No final da sessão escreveu que na sessão sentiu-se estranha mas que lhe fez sentido.

A R participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, motivada e com interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela é simpática.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou gaivotas pela sensação de liberdade e gosto pelo mar.

No final da sessão escreveu que na sessão sentiu tranquilidade.

A Ir participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, motivada e com interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela desenha bem.

Na dinâmica da criação que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma tartaruga pois são tímidas e introvertidas. Tendo sido construída em conjunto como a timidez pode ser protetora e é uma característica positiva, tendo concordado e se identificado com essa perspetiva. No final da sessão escreveu que a sessão foi inovadora.

A M participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, pouco motivada e sem interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela era boa a escrever.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma baleia, porque se esconde no mar como ela em casa e só vem ao de cima de vez em quando. Foi reconstruído que apesar disso viajam no seu habitat, são protectoras em relação aos seus e tendo concordado com a descrição.

No final da sessão escreveu que sentiu ansiedade.

A MG participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, pouco motivada e sem interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela é boa ouvinte.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma abelha com dificuldade em partilhar inicialmente o que sentia, mas depois referiu liberdade e andar à procura dessa liberdade. Falou sobre o ferrão e foi devolvido que se for necessário temos de defender-nos como um escudo e de a abelha na polinização deixar um pouco de si nas flores como ela nos outros.

No final da sessão escreveu "perceção exterior".

A AL participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, sem motivação e sem interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela é bonita.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma coruja pois é atenta ao que se passa em redor.

No final da sessão escreveu a palavra ansiedade.

O "A" participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, com motivação e interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ele é divertido.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma borboleta pelas transformações porque passa tal como ele está a passar. No final da sessão escreveu "consciente".

A "Sh" participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, com motivação e interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela desenha bem e é animada.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou um veado porque é discreto.

No final da sessão escreveu que se sentiu calma.

A G participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, sem motivação e interesse necessitando de reforço positivo.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela pinta bem.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou um gato porque procura carinho e conforto.

No final da sessão escreveu que se sentiu divertida.

A S participou na atividade de terapia pela arte sobre auto-estima, com motivação e interesse necessitando de contenção e relação dual. Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela é divertida. Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou um coelho porque é macio, fofo, comilão e divertido. No final da sessão escreveu que se sentiu legal.

Registos das Sessões de Acreditar no Futuro – 3ª

O D participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, pouco motivado inicialmente. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer 3 pedidos que faria ao génio da lâmpada mágica, referiu: sair do internamento, morrer e que a família não sofresse com a sua morte.

Na dinâmica da criação, que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde e que o ajudasse, desenhou inicialmente um caixão com a questão, “*Ainda estás vivo?*” SIC. E depois, após diálogo com o técnico no sentido de clarificar, desenhou uma mão com uma bola anti-stress como estratégia que tem utilizado. No final da sessão escreveu que se sentiu “mal”. Falámos sobre um renascer, de como as coisas podem mudar e que está num caminho de aprendizagem também.

A A participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, motivada e com interesse. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer o que faria com um milhão de euros, falou sobre doações a instituições e guardar algum dinheiro para ela e para a sua futura família. Falámos sobre o querer ajudar, sobre altruísmo.

Na dinâmica da criação, que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*All the bright places are in the smallest actions*” SIC. No final da sessão escreveu que se sentiu “calma”.

A R participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, motivada e com interesse. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “se eu pudesse mudar algo em mim” referiu ser mais extrovertida e alta. Falámos sobre os valores, sobre as características não físicas, sobre a necessidade de autovalorização.

Na dinâmica da criação, que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, desenhou o nascer do sol e escreveu “*ir à praia e ver o mar*” sic. Falámos sobre a tranquilidade que referiu sentir, sobre o renascer.

No final da sessão escreveu que se sentiu “tranquila”.

A M participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com atitude retraída, uma vez que tinha feito medicação SOS, antes da atividade, por ansiedade. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “música ou filme com que se identificasse” referiu a música “Sweet Caroline” mas não conseguiu falar sobre isso. Falámos que se quisesse podia falar num momento individual.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*Olá. Duvido que algum dia estejas a ler isto. As coisas estão más agora. Estou internada e não me parece que quando sair daqui fique viva muito mais tempo. Eu corto-me e tenho queimaduras. Passo os dias tristes, ansiosa e com raiva. Tenho tentado melhorar. Tenho começado a conseguir pedir ajuda. Espero que depois, daqui a algum tempo, esteja mais feliz e realizada. Aguenta mais um bocadinho. Tu és forte.*” No final da sessão escreveu que se sentiu “ansiosa”.

O “A” participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “lugar do mundo para onde gostaria de ir” referiu o Japão pela sua cultura e casas que lhe transmitem conforto e proteção.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*Olá, eu não sei bem como estás mas espero que tenhas decidido 100% ficar melhor. Espero que tenha mantido o progresso do internamento lá fora, espero que já não penses que o teu único propósito é magoar-te e matar-te. Tu consegues continua e um ☺*”. No final da sessão escreveu que se sentiu “esperançoso”.

A AL participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, sem interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “se pudesse ir para qualquer lugar do mundo para onde iria”, respondeu para casa.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*Ola, espero que quando leres isto no futuro já estejas em casa ou a ter alta. Não te foques tanto no teu aspecto físico e sinceramente espero que estejas melhor agora – força na batatinha – e não te compares com os outros. Espero que o teu futuro seja brilhante e que te foques mais em ti mesma*”. Desenhou uma menina triste e outra com flores, alegre, com a língua de fora.

A G participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “quando sair do internamento vou” amar-me a mim própria e vou estar com a minha família.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*Não te esqueças que és capaz de superar tudo e que não é mau seres diferente pois todos têm gostos e desgostos. Foca-te em ti primeiro e ama-te da maneira que és. Estás a ir no bom caminho! Acho que deves pensar 2x antes de fazeres as coisas e controlares os impulsos que tens e lembra-te que todos somos imperfeitos e temos defeitos*” e desenhou uma menina alegre a segurar um coração. No final da sessão escreveu que se sentiu “sentimental”.

A Sh participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “quando encontrar os meus amigos vou” desenhar e vou com eles ao parque.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu em inglês que “acredito que vou ficar bem, vai dar muito trabalho, mas a minha família e amigos vão estar por aqui não interessa como, e tenho todo o tempo do mundo”. Desenhou três flores em azul e verde, dobradas mas muito bonitas. No final da sessão escreveu que se sentiu “cansada e calma”.

A IP participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “que 3 pedidos faria se encontrasse o génio da lâmpada mágica” estaria sempre com a minha família e com quem me faz feliz, melhorar esta doença e libertar-me destes pensamentos e viajar pelo mundo e no mundo, conhecer outras realidades para ver onde me encaixo.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu o que disse antes e completou com “Vai ser difícil? Sim” – escreve – “mas temos de continuar”. No final da sessão escreveu que se sentiu “crescida”.

A I participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “se eu pudesse mudar algo em mim o que mudaria” referiu o seu modo de ver as coisas tornando-as mais positivas, e os colegas acenaram com a cabeça como uma validação. Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*Lutei muito para o que foi difícil no passado se tornasse fácil no futuro, pois o que é fácil agora, já foi difícil. Eu não desisti. Se estou a ler isto agora no futuro significa que acreditei, que as coisas se estão a tornar mais fáceis e que enfrentei o desafio. Da tua assustada para a tua confiante*”. Desenhou uma evolução, desde a partida assustada, com obstáculos no meio, até à chegada. No final da sessão escreveu que se sentiu “impulsionada”.

Registos das Sessões das Estratégias – 4ª

A A participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com interesse e motivação, embora mantenha o padrão de mutismo seletivo. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu uma caneta, mas não quis falar sobre a importância da mesma. Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre uma situação onde tenham utilizado uma estratégia mais ou menos positiva, desenhou-se numa espécie de “bolha” sentada e despida com joelhos junto ao peito e os braços a abraçar, estando estes com cortes a sangrar; a cabeça com aglomerado de riscos como um turbilhão, e uma lâmina a tentar entrar na bolha protetora, mas não quis partilhar embora o seu não verbal transmitisse tristeza e sofrimento.

A S participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com interesse e motivação, apesar de silêncio verbal. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu uma escova de cabelo, mas não conseguiu falar sobre o objeto escolhido. Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias, desenhou as 2 páginas na totalidade, representando um turbilhão de cores confuso, com elemento comum: uma estrela, em ambos os lados da página, sendo que numa desenhou-se com estrela no peito e elementos da natureza como água, sol e noutra a estrela foi incluída nas montanhas.

A I participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com interesse e motivada. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um cão, que irá ter quando sair do internamento, tiver alta. Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre uma situação onde tenham utilizado estratégias mais ou menos positivas, desenhou-se numa cúpula castanha com nevoeiro cinzento em redor, e escreveu “senti dó, é um momento que me fez sentir culpa e do qual me arrependo”. Devolvida a importância daquilo que considera negativo e conseguir transformar em algo positivo.

A G participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, aparentemente com interesse e motivação, embora o contexto grupal iniba a partilha. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um verniz, mas não quis falar muito sobre a estratégia escolhida, parecendo estar relacionado com querer sentir-se bonita para mais facilmente sentir-se estimada pelo outro. Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias, desenhou vários comprimidos e algo que parecem cortes, não quis falar sobre isso, mas escreveu que se sentiu triste.

A MG participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com aparente interesse e motivação, embora por momentos revelar-se impaciente. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um lápis, mas não quis falar sobre isso. No entanto, utilizou alguns bonecos, enquanto falávamos com outra jovem, e montou uma refeição em família, vestiu um idoso com um vestido, colocou um queque na mesa e montou também uma loja de roupa e falou que era sobre o seu gosto pela moda e importância da família.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias utilizadas ou aprendidas, desenhou-se envolvida numa espécie de “camadas de aura” com 2 marcas/buracos no corpo na região cardíaca e umbigo e está a chorar, emagrecida. Desenhando ainda no exterior um sol e uma flor e escreveu que sentiu-se enervada.

A M participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, aparentemente com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu uma pulseira, mas não quis partilhar o porquê.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias, desenhou um telemóvel com indicação de redes sociais e 3 objetos que sugerem consumos como “álcool, comprimidos e droga”, mas também não quis comentar. Escreveu no final que se sentiu triste e ansiosa.

A L participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um livro, pois tem sido uma estratégia nova que aprendeu no internamento, ler livros, e que lhe transmite calma.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias, desenhou uma viola, um piano e uma flauta e verbalizou que se sente frustrada nas aulas de música, pois tem dificuldade em tocar instrumentos e ainda mais frustrada fica, quando os outros conseguem tocar bem.

A R participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um CD pois a música ajuda-a nos momentos difíceis.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre as estratégias utilizadas ou aprendidas, desenhou-se a si com um telemóvel e falou em como se sentia demasiado envolvida com as redes sociais antes do internamento ao ponto de condicionar a sua vida. Escreveu no final “senti-me com pena”, do comportamento que teve.

A In participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, sem interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um computador pois é uma estratégia que usa quando precisa para ouvir música, ver um filme.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias mais ou menos positivas, inicialmente recusava-se desenhar pela temática e por ter medo de se confrontar e partilhar. Ainda assim, após diálogo com a Enfermeira que motivou para a emoção sentida e não tanto para a situação em si, acabou por desenhar uma espécie de portas de um armário e um provável frasco de comprimidos e escreveu que sentiu-se “envergonhada e ansiosa”, não querendo partilhar com o grupo.

A Sh participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu um bloco pois gosta de escrever e ler para aprender coisas novas.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre estratégias mais ou menos positivas, desenhou-se em bikini, com vários cortes no corpo na zona dos joelhos, abdómen, coxas e mamas e 2 lâminas e escreveu que se sentiu “triste e calma”.

Registos das Sessões do KIT – 5ª

A M participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com muito interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em começar a decorar a caixa dos primeiros socorros, começou por pintá-la de branco com satisfação e depois com rosa a zona superior, tendo questionado quando podia completar com mais coisas como flores no topo e recortes na zona interior da caixa.

Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu quero estar confortável em quem eu sou; “eu sou (3 características positivas)” não conseguiu completar, disse que agora neste momento sentia dificuldade em ver algo bom; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou escrever e pensar; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu i e s. Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou um coração para colocar na caixa, referindo sentir-se pensativa.

A Su participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, começou por pintá-la de branco com satisfação, com ajuda mas manteve-se em mutismo apesar do estímulo.

Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu quero ser feliz, eu vou passar de ano; “eu sou (3 características positivas)” completou com simpática, divertida e calada; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou ficar sozinha, falar com a pessoa, falar com a minha mãe; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu mãe, pai e irmãs. Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou um coração para colocar na caixa, e escreveu sobre a sessão que se sentiu feliz, diverti-me muito.

A A participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, começou por pintá-la de branco com satisfação apesar de não ter investido mais.

Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu vou ser feliz; “eu sou (3 características positivas)” completou com bondade, simpatia e solidariedade; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou respiro fundo, ouço musica e pinto; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu pais, enfermeiros e médicos.

Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou uma bola de futebol, porque lhe lembra a família.

A I participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com muito interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, começou por pintá-la de branco com satisfação mas não investindo em mais adorno por finalização do tempo.

Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu vou conseguir terminar uma refeição sem ter pensamentos tristes; “eu sou (3 características positivas)” completou com criativa, inteligente e corajosa; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou Respirar fundo, Pensar em coisas boas e Escrever; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu enfermeiros, auxiliares e mãe (ligar).

Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou uma bolinha anti-stress e referiu através da escrita sentir-se livre na sessão.

A Sa participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com pouco interesse e motivação inicialmente mas depois aderiu às tarefas propostas. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, esteve a colar tiras coloridas na parte superior/tampa, com ajuda.

Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu vou dar orgulho a minha mãe; “eu sou (3 características positivas)” completou com extrovertida, brincalhona e verdadeira; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou Ouço musica ou fico na minha; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu enfermeiros, G, A.

Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou um animal, um ursinho com nariz e 2 orelhas e ficou contente com a sua criação.

A C participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, esteve a dizer como queria a caixa e necessitou de ajuda para pintar de rosa e colar purpurinas coloridas na parte superior/tampa.

Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu quero ser veterinária; “eu sou (3 características positivas)” disse bonita, gosto de brincar e sou feliz; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou chamar o medico, jogar com poppet e pintar; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” disse mãe, pai e mana.

Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou um animal com ajuda, um cãozinho pois gosta de cães. Disse que se sentiu bem na atividade.

A R participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, esteve a decorar a tampa com papel brilhante azul claro e colou um sol e uma lua, pois gosta de praia. Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu quero ser médica; “eu sou (3 características positivas)” escreveu boa amiga, inteligente e corajosa; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou estou com pessoas de que gosto, distraio-me com atividades que gosto e peço ajuda; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” disse família, amigos e profissionais. Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou uma bola anti-stress pois é o que costuma usar quando está ansiosa. Disse que se sentiu tranquila na atividade.

A E participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, esteve a decorar a tampa com papel amarelo e faixas de outras cores e na lateral laranja com ajuda. Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu que vai ser uma ídolo; “eu sou (3 características positivas)” escreveu sou forte, saudável e linda; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou ler, me distrair e médicos; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu Mãe, pai e eu. Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou um rosto de um homem, não explicou porquê, queria sair.... Disse que se sentiu alegre na atividade.

A G participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, esteve a decorar a tampa com papel preto, faixas castanhas em redor e pintou de cinza as laterais. Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu eu terei mais força de vontade; “eu sou (3 características positivas)” escreveu determinada, elegante e amigável; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou ouço música, pinto e leio; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu D e L, pais e família, psiquiatras. Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou um coração. Disse que se sentiu mais relaxada na atividade.

O D participou na atividade da expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais”, com interesse e motivação. O objetivo foi preparar uma caixa para colocar recados/compromissos para o futuro, desenhos, objetos ou outros, que remetam para a positividade, e que depois poderão ir completando e recorrer quando necessário se precisarem de motivação num momento mais difícil. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em decorar a caixa dos primeiros socorros, esteve a decorar a tampa com cores vistosas, purpurinas rosa. Na dinâmica da criação que consistiu em completar a frase “no futuro eu” referiu eu vou de férias; “eu sou (3 características positivas)” escreveu rápido, engraçado e divertido; “Quando não estou bem que estratégias utilizo” enumerou música, solidão e amigos; “A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem” escreveu enfermeiros, pais, médica. Na tarefa final de moldar um objeto que lhes transmitisse um sentimento agradável moldou uma bola anti-stress pois tem vários bonecos anti-stress e costuma utilizar. Disse que se sentiu bem na atividade.

Apêndice 5: Registos das Sessões do Grupo Terapêutico “A Arte dos Jogos”

A Arte do Jogos - 8 de Novembro de 2022

(Jogos de tabuleiro ou outros, para estimular o respeito pelo outro, pelas regras/limites, melhorar a relação com os pares, o foco, a atenção)

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária da Especialidade de Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes o D, B e S. Faltaram 2 elementos, um dos quais tinha uma visita de estudo (M).

Questionados como estão inicialmente, começam os 3 a brincar com cromos de caderneta futebolística, que consistia em bater-lhes ou fazer voar ou rodar para se virarem e quem conseguisse ganhava. Estavam excitados com as cartas, mas chegou a altura de arrumar e parar, o que lhes foi pedido, assim como os telemóveis. O D arrumou as cartas e o B o telemóvel. Apresentei-me e eles também, disseram a idade e que gostam de jogar à bola excepto o D que referiu videogames.

Questionados sobre a família, o pai do B, este refere que o pai vai voltar do Brasil no sábado e “vai trazer chocolates” - refere entusiasmado.

São questionados - O que gostariam de fazer hoje?

É referido que também podem criar ou fazer um jogo se preferirem – “senão tiverem propostas nós temos”

Viram exemplos de jogos que a Terapeuta (T) foi buscar e o D pegou no UNO com vontade.

Falam sobre um jogo de futebol, como fazer, estádio, peças, enfim, mas o B queria algo mais dinâmico, mas falam das limitações do espaço e o S deu uma ideia de um jogo do género, mas não vêm como e desmotivam.

Aceitam jogar UNO – falam sobre as regras do jogo, o D e o B mais excitados com a ideia.

A Professora fala sobre as regras, de decidirem os 3 em conjunto e parecem concordar.

O B sabia bem as regras e orientava os outros liderando, concentrado.

O S aparentemente triste e desmotivado.

O D aparentemente tranquilo.

Houve uma troca de cartas segundo uma regra do jogo e o B ficou com o jogo do D e acabou por perder o jogo. O B ficou muito frustrado por ter perdido o jogo e mudou a sua postura parecendo muito zangado.

A Enfermeira leu uma regra do jogo em que poderiam alterar a forma de jogar.

Mas o B continuava zangado e foi questionado “Então o que se passa?” Responde: “as cartas vêm sempre para mim” - referiu muito chateado.

No 2º jogo o B explicou ao D o sentido de embaralhar as cartas e distribui-as ainda zangado e revoltado, mas definiram novas regras com o Santiago e depois acalmou.

No entanto, continuava a impor as suas ideias, gesticulando e agitando o dedo indicador e olha para o D e diz “lixaste-me”.

O S mantém-se desmotivado mas vai jogando e o D aparentemente tranquilo.

O S é questionado “O que se passa? Achas que não vais ganhar?” mas não respondeu...

Surtem dúvidas nas regras novamente e Enfª relê as regras, o que gerou discussão entre os 3 novamente para chegar a um consenso com o apoio das Terapeutas.

No meio da discussão, o S pede para falar educadamente à Professora, mais desperto nessa altura para falar das regras.

O B aborrece-se novamente com uma alteração do sentido do jogo pois o D jogou, mas a Terapeuta explicou e acalmou novamente.

No 3º Jogo – O D diz verde e o B joga uma carta e diz desafiador “tiveste má sorte” e depois em outra jogada “agora tou lixado”.

O B quer a “desforra” e a Enfª refere que faltam 3 minutos para terminar.

Gera discussão no final novamente e são lembradas as regras de ouvir os outros e respeitar os colegas.

Na finalização - Vamos conversar como foi jogar este jogo?

O D refere que não dava para ganhar, que viram as cartas e é questionado sobre o que poderia ter feito de forma diferente? Proteger o teu jogo?

B refere que “poem cartas para eu não ganhar” diz chateado, mas depois refere que foi bom jogar.

O S diz apenas “triste” e quando lhe pedem algo mais diz: “não gostei da regra de trocar o baralho”, embora tenha acontecido com os outros 2 elementos.

A Professora pergunta se não gostam de perder, o B e o S dizem que sim e o D encolhe os ombros e diz que já perdeu muitas vezes.

São questionados sobre coisas boas do jogo:

B refere “ganhar”

D refere que é “divertido... jogar com os outros”

S depois de insistência, refere “ganhar também é bom”

O que faz com que não ganhemos um jogo? – pergunta da Professora

D diz “não ter habilidade”

B mantém-se com braços cruzados, aborrecido ainda

S descreve uma situação e completam “não ter tempo suficiente então para jogar”

D fala que vai vendo, atento, juntando as cartas para depois jogar – algo como uma estratégia, referem as Terapeutas

São dados os Parabéns ao S porque não estava motivado para o jogo mas foi jogando e interagindo

Questionado o B se o jogo ajudou alguma coisa? Mas não respondeu

O D pede desculpa ao B que está com a cabeça para baixo na mesa

A Professora questiona se ele fez algo errado?

A situação é explicada no contexto e o B diz que aceita as desculpas e são retribuídas

Propostas para a próxima vez? Máscaras, outro jogo, fazer um?

A Arte do Jogos - 15 de Novembro de 2022

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes o D, B, S, L e M.

Como foi a semana? – perguntou a Prof.

L faltaste na semana passada? O que aconteceu? Estive doente.

O M teve uma visita de estudo...correu bem? Diz que sim.

Alguém tem interrupção letiva? B diz que sim e o M também.

Como é não ter aulas? B e L dizem que têm o ATL e o M que há tarefas para fazer no ATL

Querem contar o que fizeram na última sessão aos outros 2 colegas?

Falam do UNO e S fala das regras e de trocar o baralho que foi menos bom

A Professora fala da carta de criar uma regra

M fala também das regras que sabe do UNO

Querem acrescentar algo? Quais foram as propostas nas últimas sessões?

D fala das máscaras

S queria enfeitar coisas com Halloween

M também fala do Halloween, de um susto...

S prefere pintar a máscara

B e L também

M diz que não quer pintar...então? Perguntam as terapeutas: Só desenhar

B parece chateado, sopra e dá um carolo na mesa, fica aborrecido pelo M não querer e falou da vontade da maioria

Terapeutas - Foi-lhe explicado que foi dada a possibilidade de escolherem com os materiais à escolha

M diz que a máscara não tem buraco e não dá para respirar

B diz-lhe “faz burquinhos”

As terapeutas dizem “Podem fazer 1 máscara relacionada com futebol...” e o B diz que prefere à maneira dele

Começam a ver nos telemóveis ideias, B, S e L, enquanto as terapeutas distribuem as máscaras, aventais, tintas e pinceis

M fala com D e o B com o S sobre as imagens

L observa atento e passa pinceis quando pedem

S pergunta sobre uma personagem do Palhaço assassino e o B pesquisa a máscara da série Casa de Papel

As terapeutas dizem para não copiar - Usem a vossa criatividade e imaginação!

D começou por fazer um desenho numa folha de papel mas depois tirou uma máscara para pintar

M começa a mexer na pasta de moldar

L pinta um palhaço

S terminou primeiro o seu palhaço assassino e identificou, tirou cromos e começou a jogar no chão e a Professora perguntou se queria fazer outra coisa a tentar orientar para outra tarefa, mas ele não quer...

M deixa cair pasta de moldar no avental e assusta-se fazendo barulho - O B ri-se e o S também

M pergunta algo ao B mas sem sucesso, pois não tem resposta

S muito aborrecido coloca o capuz na cabeça

B fala de outras coisas com S e com o L também e a professora no meio

Enfermeira ajuda o M com a pasta de moldar e o D continua a sua tarefa

Enfermeira refere - as vossas máscaras parecem todas da mesma equipa - para o L, S e B e estes começam a falar de filmes de terror...da sexta feira 13.

B e S cochicham

D diz: mostra - para o B e este diz "Está horrível"

Terapeuta: Porque é que está horrível?

Professora: "Mas é para ficar horrível?"

B está zangado

M quer pôr pasta de moldar como cabelo na máscara e fica a secar

Difícil de controlar S, B e L para arrumarem

Terapeutas - Sentem-se para terminarmos!

O que não gostaste do teu trabalho B? "Está feio..., tudo feio..., parece pobre e estúpido"

S – não quer falar - tem estado muito aborrecido

O que gostaste mais do teu trabalho L? B interrompe... Dizem-lhe que o L está a falar...L diz que gosta dos olhos

M – não quer falar, diz que ainda não terminou...

Difícil de acalmar o grupo com B e S

E tu D? É o Jason, mas aqui devia ser mais amarelo. B interrompe novamente e diz que é verde, que está bem assim

Enfermeira pergunta ao B: como querias fazer a máscara melhor?

B está zangado e diz "quando um burro fala os outros baixam as orelhas"

Como se sentiram nesta sessão?

B diz Oi

S não quer falar e após insistência, põe dedo para cima - B diz que o "o dedo não é uma palavra" e as terapeutas dizem-lhe que significa fixe

D põe dedo para cima; L põe dedo para cima; M põe dedo para cima

Propostas para a próxima semana? M fala de futebol de mesa. B diz que não e revoltado bate na mesa com a mão.



B



S



D



L



M

A Arte do Jogos - 29 de Novembro de 2022

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes o D, B, S, L, M e P.

Pediram ao P para se apresentar pois os outros meninos não o conheciam ainda.

- Gosto de jogar à bola e jogar videojogos. Os restantes também se apresentaram...

Terapeuta (T) - Porque achas que estás aqui? Como chegaste aqui? A minha médica é que disse.

T - O que achas que fazemos aqui? S falou de jogos

T - Mas jogos como? Jogos de mesa

T - E gostas desses jogos? Já joguei com a minha mãe

T - Quem ajuda o P? S - fazemos jogos, artes...

T - Alguém ajuda o S? M? - Dar e receber do grupo, amizades...

T - O que esperam mais do grupo? P o que queres receber? E dar? Abanou a cabeça que não sabe

T - Ficaste curioso P ou sentiste-te obrigado a vir? Olhou para os colegas e disse - Curti o L, o B e o S

T - Pois o M parece constipado e o D está mais calado

Começaram a rever as regras de não utilizar as cartas e os telemóveis

T - Querem ler as regras? L diz que não. B diz que sim mas reclama com D sobre as regras para ele acrescentar a regra do telemóvel

Confusão - Não dizem as regras por sugestão da prof. e avançam. Fazem o jogo das mãos durante 3 rondas que consiste em estar muito atento

M diz "eu começo". S não quer jogar. M diz "ouve o som, está atento ao som..."

T - Votam quem quer vidas? 3 vidas? S está aborrecido; Difícil se concentrarem

S desanima e desiste. L, M, D e P entusiasmados. B começa a concentrar-se (esteve com epistaxis). Vão respeitando as regras e corre bem, exceto o S

B tenta explicar que o M jogou quando não devia e aborrece-se pois não lhe dão atenção

S tenta também argumentar sobre a 3ª ronda mesmo sem estar a participar - Prof. tenta acalmar. S e L trocam de lugar com autorização

S discute com D - Enfª faz reparação com o objetivo do grupo de diversão, descontração, recebermos bem o P, do jogo bom para foco e atenção

T - Querem lembrar o que fizeram da última vez? M tirou o chapéu e ficou o Benji - quero terminar

D - a máscara está terminada e mostrou a bandeira do Brasil - vou continuar. L mostra o palhaço e a tela que pintou com o mar - ainda quero terminar

B fez a máscara da casa de papel e diz que está terminado. Não terminei a sopa de letras.

T - S queres dizer? Não. É isto? Queres explicar? Encolhe os ombros

Queres terminar? Fazer algo mais? Não

T - A proposta é terminar quem precisa, temos hipótese de sopa de letras...

Queres fazer mascara, uma tela P? Escolhe a tela entusiasmado

Enf – mostra a sopa de letras ao S e ele começa e ela apoia. Prof pega no telemóvel para ajudar a imagem do L

Terapeuta apoia o D com a bandeira do Brasil e M sobre a mascara a procurar materiais

Prof diz para L – podias pôr mais amarelo e mexe no telemóvel para ele ver *(não é suposto fazer isto em terapia, condicionar o trabalho do jovem e mexer no telemóvel pela regra inicial de não o utilizar)*

S e B estão concentrados na sopa de letras. M - Alguém encontra a ponta da cola?

D – está aqui - e pergunta ao P - queres fazer comigo? E pintam a bandeira de Portugal, cúmplices na tarefa

A prof. ajuda no trabalho do L e a pintar

M cola película vermelha por trás da máscara na zona dos olhos

P fala com D e terminam enquanto ouvem que falta 3 minutos

T - Assinem os vossos nomes nos trabalhos! Prof mostra o telemóvel ao M para ver a imagem

T – vamos encerrar a sessão? Mostra M? Gostaste do resultado? Sim

D mostra a bandeira que esteve a fazer com o P. L mostra a tela da bandeira de cabo verde hesitante. D mostra a bandeira do Brasil

B vai falando e o M – têm de se organizar para não falarem todos ao mesmo tempo (Prof)

S foi difícil a sopa de letras?

Acham que sou palerma, fazem-me procurar – diz chateado - B terminou por causa de mim – pois no fim trocaram a sopa de letras para se ajudarem

Prof – tivemos 2 grupos de interaguda. Dizer agora uma palavra de como se sentiram na sessão:

S – boa; B – boa; L – Fixe; D – divertido; P – fixe. M – bem divertido – mostrou-me a mascara no fim e reforcei positivamente e foi orgulhoso de si

Discussão outra vez – conflitos lá fora OK? ultrapassar o que se passou

Propostas para a semana? M - Labirinto, sopa de letras. No final aliança S e B e a comentaram o quadro da mãe Terra que estava exposto



D



L



M – terminada

A Arte do Jogos – 06 de Dezembro de 2022

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S.

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes o B, S, L, M e P. O D faltou por doença.

S começou por dizer quando chegou – Tenho fome! Não comeste? Vens com fome? E o S foi buscar uma pera com autorização.

Professora pergunta porque não comeu e S explica que comeu, mas conta algo sobre ter comido à pressa...

Enf - Mais alguém que não comeu?

M – também estou com fome... – quando se sentam e coloca a cabeça na mesa. B pergunta pelo D e quando respondem que está doente diz “YES”

Prof - Porquê YES? B encolhe os ombros. Queremos que estejamos todos juntos para nos ajudarmos... Queres contribuir? ...O que não gostas dele? Estica-se muito.

Prof - Estica-se muito..., mas não está resolvido?

Não está resolvido! Pedir desculpa? Não está nada resolvido! – responde exaltado com a conversa.

M – mas do que é que vocês estão a falar? E voltam a explicar o que aconteceu há mais de 15 dias...

P – Sugestões? Pois não vamos excluir ninguém

M – também quando tens aquela reação perdes a razão toda

B – mas não tive foi reação nenhuma. S conta novamente a história na sessão de psicomotricidade

Prof – Mas aqui neste espaço, o que vamos fazer? S fala de uma luta provável

B – Ah, pois! Prof – Aqui não se agride ninguém, vamos fazer diferente de lá fora!

S fala outra vez da situação das cartas no fim da sessão há mais de 15 dias

Enf. - fala de existir um conflito no grupo e as diferenças na relação, pois lá fora costumam “resolver” de outra forma, mas aqui podemos ser diferentes, mesmo que não gostem de alguém...e aqui aprendemos a lidar com essas coisas pois vocês reagiram e ele também e depois andam à porrada e somos civilizados...as pessoas devem dizer o que sentem, mas também têm de ouvir o que os outros dizem...podemos fazer exercícios de aceitar a opinião dos outros, por exemplo, “não gostei de teres feito aquilo” e o outro também diz e aceitamos a opinião dos outros. Dá o exemplo de como os índios moderavam os conflitos numa roda e acendiam no fim o cachimbo da paz com o compromisso assumido. E podemos usar outras expressões e tentar falar de forma diferente que não magoe o outro, pois a Prof. tinha falado da expressão que ele disse “quando um burro fala os outros baixam as orelhas”. Obrigada por terem trazido estas questões.

M – quando me estão a chatear na escola sabes como faço B? Tento ignorar

P interrompe. P fala da bandeira a terminar e B - mas tem de esperar pelo D! - e todos concordam

Enf. elogia B pela atitude

Prof – se não há mais nada a terminar, propostas? M – eu falei dos labirintos

B – eu tenho a minha sopa de letras

P – vocês gostam do Natal? E há rostos sérios...É algo mais negativo ou positivo?

M – é estar com a família e amigos. P – ficar com a minha família. L – não me diz nada...

S não quer falar... B - tou com a família e recebo prendas

Prof – se quiserem falar sobre isso estão à vontade...(tema muito sensível)

Enf – O espírito natalício significa paz, respeito...

M tenta novamente a ideia do desafio dos labirintos sem sucesso

Prof vai buscar cartolinas às cores para desenhar as mãos e lápis

B escolhe preto. S escolhe preto. M escolhe verde. L escolhe vermelho. P escolhe azul

Terapeuta ajuda M a cortar a cartolina, mas a Prof. diz - podes fazer à vontade, não há avaliação, podes errar à vontade, é sem ajuda...

M – mas eu tenho a mania da perfeição

Podem escrever coisas importantes, significativas na vossa vida nos dedos

B – não quero...

S – como futebol? Prof. diz - mas não partilhes!

B vai olhando para S para ver o que faz e procura a sua opinião

Prof - Não digam. E a professora está a cortar papelinhos para colarem nos dedos...

M – não sei o que pôr – e parece desanimado. S – o que gostas de fazer? M – coisas novas – então podes pôr! S passou coisas ao M como a tesoura

Enf. ajuda o S com ideias

Terapeuta ajuda o M com ideias, que continua desanimado e põe a cabeça na mesa

B – não vale copiar

E agora do outro lado 5 coisas que gostariam de receber no Natal?

L – não tenho jeito para isso...

S dá dicas ao B, ao L mas a Prof. diz para não fazer

L – não sei mais coisas para pôr

Vamos partilhar? L tem um coração com C num dos dedos, perguntam o que é, mas não quer partilhar

Alguém quer comentar o que fez?

P lê o que tem escrito nos dedos e surge a palavra Poker (que jogava com um tio). O M fala da escolha do P sobre o poker como algo muito esquisito

Porquê M? É estranho...e de uma criança

A Prof. diz adolescente

S põe lenço na cabeça e tapa-se todo

Terapeutas - O que descobriram uns dos outros? Não respondem... São comuns as tecnologias.

Uma palavra para terminar

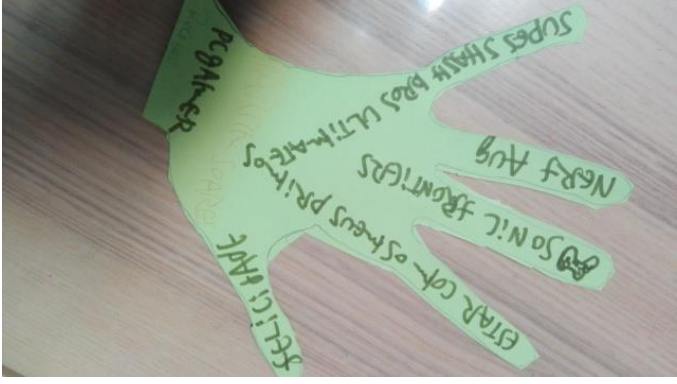
S – muito bom; P – excelente; L – muito bom; M – engraçado; B – muito bom



L



B



M



P



S

Feedback na reunião do Hospital de Dia após a nossa apresentação e leitura dos registos das sessões

Pedopsiquiatras referiram que:

Ainda não há um grupo formado, para se estruturar do individual para o todo

Não há uso da palavra e objeto da simbolização pois ainda em evolução

A família é um tema muito sensível e não deve ser abordado

Convém posicionarmos como o queremos nos lugares da sala, de uma forma natural

Prever o “descambar” para o evitar

Os Terapeutas devem controlar e dirigir

As primeiras sessões são para se conhecerem, para construir o sentimento de pertença ao grupo e dizer o que gostam de fazer

Começar por temas externos para chegar ao interno

A Arte do Jogos – 13 de dezembro de 2022

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes apenas o S, M e P.

O M vai falando sempre...não dando espaço para outros falarem...

Professora (P) – Vamos falar um de cada vez.

M - Posso ir buscar algo para comer?

P – Não comeste M?

M - Comi uma bifana mas costumo comer 2

P – mas não podemos abrir exceções e vamos comer no fim o lanche

Às vezes também venho no caminho a comer quando não tenho tempo, pizza... - diz P para o M

P - Como foi o vosso FS?

O meu padrasto arranhou uma peça do meu telemóvel, arranhou também a PS4 – diz P

M – o meu pai não pediu para arranjar a consola – e explica o que se passava com a imagem – a peça queimou mas acho que dava para arranjar...

P – queres falar S? Do FS? S - Foi bom

P - Então porquê? S - Consegui mais cartas

P - Estás triste? P diz que faltam-lhe elementos do grupo

P - É isso? Por isso refugiaste nas tuas cartas? S - Sim

P - explica porque os outros não vieram

Falam da chuva e M diz que não sabe porque não fecham a escola dele com as salas cheias de água...como aconteceu noutras situações...

P fala que gostava de jogar ao jogo da batata quente

M levanta-se e procura 1 bola – mais excitado hoje

P diz para aguardar que o P fale. Perceberam as regras?

Terapeuta (T) – Há alguma forma de me livrar da bola?

S explica e começam a ronda.

P perdeu na 1ª ronda

S fala de outra regra e M levanta-se, não quer, fala alto, bate com as mãos na mesa, depois na cadeira

P – vamos tentar M?

M grita novamente quando perde – O S só manda para mim! – diz a gritar.

T – os 2 mandaram a bola um para o outro

E continuam a jogar. M continua a gritar mas ganha no final.

S ameaça M

P – vamos tentar que não hajam estas agressões, ofensas.

M perde na outra ronda 1º a bola e fica fora, e S provoca-o.

P – Também vais morrer! – diz o rapaz para S. E ganha no final, bem disposto.

T – É preciso saber ganhar e perder, usar estratégias de jogo, aguentar quando se perde e não insultar os colegas – pois M continua muito chateado.

Falam das mãos que fizeram na última sessão e de fazer uma árvore com elas.

T – Como vamos decorar?

M vai procurar material para decorar sem autorização novamente.

T – vamos pensar juntos o que vamos pôr no tronco e respeitar os colegas M

M quer procurar vários materiais... para fazer 1 estrela.

P e S depois vão procurar mas mais focados no que querem e com menos materiais.

M quer cartolina verde para fazer folhas, depois quer plastificar, depois quer mais cartolina, primeiro queria “botões”, depois algodão, mas fica a contar folhas...

P - ajuda S

T dá dicas a M pois parece ter dificuldade com a forma das folhas

S – não consigo!

P – está ótimo, aqui não há avaliação, só para tirarem prazer...

M quer “botões” e T ajuda

S cola a sua estrela no topo da árvore com ajuda da Prof., que diz para decorar com algo mais, mas ele não parece interessado em pôr mais nada

T ajuda M com a cola quente

P - continua a insistir com S para decorar de outra maneira, mas M quer a estrela simples em cima (*não é suposto a terapeuta fazer isto...*)

S diz como quer pendurar a mão na árvore

P está entusiasmado a terminar

M está a colar as peças na cartolina com cola quente e vai falando mais alto e reclama depois que queimou os dedos, abanando-os. Quer levar cartolina para casa e a T. tenta acalmá-lo para encerrarem a sessão

P - O que acharam da sessão? P diz – espetacular. S – gostei de tudo; M – gostei mais desta parte

P - O que podes fazer para melhorar M? ...Como ajudar o M? Perguntando aos restantes.

S – tenta ter mais calma ou vai ao wc e não discutes

P - O que acontece quando perdes em casa? – M exemplifica o que faz.

Então ficas com raiva? E tu S o que correu menos bem? O que podes melhorar em ti? S - Evitar passar tantas vezes a bola ao M...

P fala de como encaixar a sua estrela também na árvore.

P – O M pode ajudar o S a decorar a estrela! Uma palavra para terminar: S – Natal. P – Natalício. M – Natal

A Arte do Jogos – 3 de janeiro de 2023

Orientado por: Enfª A e Prof. F

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes o S, B, L, P e D. Faltou o M.

Vêm muito excitados hoje, a falar de bombinhas e o S diz que tem umas 100 no bolso, ainda da passagem de ano.

Prof (P) – Bombinhas? Como as de Carnaval?

P - Então como correram estes dias?

B diz que 6ª feira vai ver um jogo – entusiasmado - “o meu pai arranjou 4 bilhetes e vou com a minha mãe, pai e irmã”

P – E o teu irmão? São 4 bilhetes e o meu irmão tem escola à noite...

S chama “palerma” ao L (já tinha chamado na entrada)

P – hoje vens com essa? Onde ouvés isso? E S fica a olhar...

Quem gosta mais de futebol? L fala do sporting e P fala que gostava de ir ver o Benfica.

P – Contem-nos mais...como foram as férias? D?

D tenta contar que esteve com a família mas L interrompe, depois S interrompe o L e depois o D, dificultando o discurso e gozando.

P fala sobre se terem chateado e o B ralha com ele de estar a contar aquilo.

Enf – falámos antes de avançar nestas coisas para a frente, lembram-se?

P – as férias foram boas? D diz que sim, mas com a cabeça baixa.

E tu P? Recebi um envelope com 150 euros. Ena! - dizem os outros. E só gastei 10 euros na play e gift card.

L interrompe também constantemente o P.

P – gift card? O que compras com isso? Dá para comprar jogo. A minha irmã agarrou os airpods e partiu a caixa – diz aborrecido.

L diz que dá para arranjar.

P – e o que fizeste? Não responde e diz que custou 20 euros.

B diz que não custam 20 euros e fala dos preços, “a minha irmã comprou e sei”

P explica que é a caixa personalizável...

P - Então foram boas as férias. E tu S, como correu? Foram muito boas – responde com ar gozão, “e deram-me um perfume e envelopes com dinheiro”

P – Quanto dinheiro? Ele responde que é para comprar roupa (*não é suposto este tipo de pergunta pelo terapeuta*)

E o que fizeste nas férias? Responde que no ano novo disparou tiros.

P - Como assim? Também já disparei! – diz L.

E B também e tenta mostrar no telemóvel a situação. O meu avô tem e mostra (telemóveis tinham sido proibidos nas sessões...).

P – E tu? Foi bom, recebi dinheiro, roupa e deu para arranjar a playstation. E na passagem de ano abri uma caixa de disparos com X disparos e o meu pai com 340 disparos!

P – E onde compram isso? Explicam qual a empresa onde compram...

P – vamos fazer um jogo 1ª para quebrar o gelo...vou dizer o meu nome e um gesto e vocês continuam imitando e acrescentando outro gesto ao vosso nome.

B reclama com D da dificuldade dele em fazer a sequência quando chega a sua vez, enquanto os outros vão sendo ajudados nas suas dificuldades.

A Prof. mostra a árvore que foi feita na última sessão. O que acham? P diz que está fixe.

P - Queres dizer alguma coisa L? Tem de se pôr mais coisas...

P – Achas que está muito vazio.

P – D o que achas? Parece uma árvore de natal.

P – B o que gostarias de fazer?

P – L queres acrescentar a tua mão? M, D? Como não estiveram antes.

Enf – O que acham que poderia enriquecer a árvore?

B fica danado com L que finge que vai colar a sua mão em cima das outras, e ri-se, e chama palerma ao S. S – Palerma é o teu pai!

Enf – não vamos fazer essas ofensas.

L – “colamos uma foto de todos e colamos na árvore”. Mas os outros não gostam.

P – outras ideias? Podem desenhar o vosso rosto ou como quiserem...mas respondem que não.

B – fazer bolas às cores.

S fala em pasta de moldar e levanta-se para “colar” na árvore, mas não dá.

Enf – podemos usar cola quente. S continua na provocação.

P - podes parar de ofender, senão vais ter de sair com a Enf. A e falares do que estás a sentir pois está a ser desagradável.

Enf – a sugestão para hoje são postais de natal. Ei não! - Disseram.

Enf – ainda nem terminei e já estão a dizer não. Já ouviram falar do amigo secreto?

B e L dizem logo - não quero!

Enf – fazem como se fosse para um amigo mas só sabem depois quem vai calhar. Todos reclamam.

L tinha falado de um boneco de neve com algodão e a Prof. vai buscar material e pasta de moldar para o P que tinha pedido.

P – podem fazer por partes e depois juntar, 1 de baixo, outro de cima.

L fica frustrado – Ei! Como é isso?

P pede para fazer com S (já tinha dividido a bandeira noutra sessão...)

P – não pode ser, cada um faz a sua parte.

P - B queres fazer as bolinhas? Já não quero.

D tem a cabeça na mesa há uns minutos e a Enf. sai da sala com ele para conversarem (já não volta pois está com cefaleias).

P está entusiasmado com a pasta de moldar e tem as mãos sujas.

L fica chateado pois sujou-se com pasta de moldar e a Prof. ajuda a limpar. P vai lavar as mãos.

P – querem luvas? P diz que não. S chama burro ao L outra vez no meio de outra conversa...

L coloca um chapéu na cabeça do boneco de neve e uma espécie de cenoura no nariz enquanto P faz o corpo. B critica, mas não está a fazer nada. L goza com ele. Prof. dá ideia sobre os braços no boneco. L diz horrível para a ideia e B diz IÁ.

L chateado com a ideia do B parte um palito ao meio para fazer de braços e B reclama.

L passa por trás da cadeira dele a provocar e B gesticula, ameaça e levanta-se.

L baixa-se para ficar mais pequeno do que ele (o que é difícil pois é mais alto) e diz no gozo “não me magoes” e S e P riem-se da cena.

L ajuda P com o boneco para juntarem as partes.

B dá ideia quando a Prof. avança da estrutura com palhinha e L diz-lhe não.

Enf. espeta um pauzinho no boneco de neve e diz a B como ele quer fazer com a palhinha. Depois ele dá encontrões a L danado e L acha piada à situação, sorrindo.

B reclama que está farto e quer sair, já levantado.

Prof. diz que ainda não está na hora e diz que vamos esperar pelo P (que tinha ido lavar as mãos).

Prof. arruma as coisas enquanto B reclama.

B grita para P para a casa de banho – despacha-te! Quer sair da sala. “Tenho fome, nunca mais porra!”

P - Como avaliam a sessão? Depois de pedirem para se sentarem novamente. L – muita porcaria, conversa de bombinhas... S – foi bom – responde para despachar.

P - Qual foi a parte mais difícil? Não teres feito trabalho, pois só querias fazer com o L?

B – foi bom, prontos! Foi horrível, pronto.

P – Porquê? Não quero.

P - foi boa, posso dizer? Mas foi uma das piores. D e ele estarem sempre a discutir.

P – Qual o objetivo disto? Darem-se melhor.



Árvore que tinham feito de Natal com as mãos

A Arte do Jogos – 10 de Janeiro de 2023

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S.

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes o B, M e D.

As terapeutas deram uma caixa para colocar os telemóveis mas o B e o M recusaram-se apesar da argumentação, e colocaram a caixa na mesa perto destes mas também não resultou.

Prof – M como foram as tuas férias? Encolheu os ombros. Não me lembro.

Prof - Sabes quando me esqueço das coisas? Quando não são boas... M - Pois, fiquei em casa, não fiz nada de especial. E está a rodar um boneco que trouxe na mão.

Prof – O que é isso que tens na mão? E ele explica do among us.

Prof – Como foi a tua semana B? Não quero falar – diz aborrecido.

Prof – Estás assim porque os teus colegas estão a faltar B? Sentes-te mal com isso? Baixa a cabeça e fala “esfolei a perna toda, estava a brincar, escorreguei e caí”. M começa a falar.

Prof – Não estás preocupado com o que aconteceu ao B?

Enf – Queres que veja a tua ferida B? Não. M conta outra situação em que também caiu num buraco na escola.

Prof – Brincar faz parte e andar distraído sem reparar nos buracos...podias ter reclamado do buraco.

B queres contar o que aconteceu na semana passada? Primeiro sem vontade mas depois falou do Boneco de Neve e da Arvore de Natal enquanto a Prof. foi buscar as coisas.

B – e o meu? Ninguém mexe nas tuas coisas, nem na pasta, esperamos por ti.

Prof - Queres acrescentar, contribuir com alguma coisa M? M fala de fazer outro boneco e pôr ao lado do outro. B diz que não vale a pena...

D chega entretanto atrasado (elogio a letra enquanto assina e ele agradece)

D inicia e a Prof. explica o que estavam a fazer e D pede o boneco do M que ele trouxe para ver. M escolhe materiais.

T – Queres ajudar o M, B? Abana a cabeça que não. Querem avental para não se sujarem? B diz que não quer, que não vai fazer nada.

Enf. ajuda D a colocar o avental (já tinha as mãos sujas). B dá opinião sobre os botões de M no boneco de neve.

Prof – querem luvas? E vai buscar para a mesa. M cola a sua mão na árvore.

Prof – agora todos têm a sua contribuição na árvore.

Estão os 3 com alguma interação. D pede um lápis e continua a usar pasta de moldar. B pede para acabar a sopa de letras. M faz algo no boneco que trouxe com pasta de moldar.

Prof pergunta o que vai fazer com outros dedos que tinha feito para o focar na árvore e diz “os outros podem ajudar-te”. D dá uma ideia de como colar.

Prof - E tu B o que achas? Tanto faz – responde.

Prof insiste para que M termine algo e ele cola os dedos na árvore e vai fazendo algo com a pasta de moldar.

Enf dá ideia ao D sobre os palitos para dar estrutura ao seu boneco da pasta de moldar.

Prof – Gostas de trabalhos manuais D? Não. Imagina se gostasses...

Falam do suposto nome do boneco que o M trouxe e B reclama do nome que ele dá e D explica. D pinta um boneco com tinta e brilhantes.

B continua a sopa de letras. M continua com a pasta de moldar e vai falando com a Terapeuta de várias coisas soltas, jogos...

B ajuda M com um palito e falam os 2. Enf diz BOA!

Falam do jogo “Among US”, do impostor e do controlo parental que é preciso dados do pai.

D diz que dá e a prof. pergunta “como se inventa um pai?” para o D.

B começa a colar coisas com a pistola de cola entretido e começa por fazer uns pesos...

E M vai falando com a Terapeuta, do seu quarto ser frio... e diz que não tem nada para fazer com o seu boneco (que trouxe de casa).

Tens de continuar o teu projeto e depois fica aqui o que fizeste. E M fala da sua dificuldade com as plasticinas em casa para a Terapeuta.

Prof – vamos encerrar a sessão? Têm 2 minutos para terminar. B brinca com o que fez. D começa a limpar as mãos. M tenta cortar uma palhinha.

Prof - Vamos terminar M, 1 minuto. M – deixa-me só terminar.

Prof - O tempo está a acabar. B ajuda M a terminar com a cola e a Prof. depois diz para desligar a cola.

Prof - D queres falar do teu trabalho? Fiz uma pistola maior, um among us maior e um mais pequeno.

B – fiz um carro novo – entusiasmado e assobia.

Prof – onde se senta? Aqui – refere.

Terapeuta – o que inicialmente eram pesos transformou-se num carro.

Prof sugere um banco para o carro. B responde “o que falta é isto” e explica. M – fiz uns chapéus e outras coisas e um backscrub que parece uma aranha.

Uma palavra para definir a sessão: M – suss... B – bom D – bom

Prof - Gostavas mais que estivessem todos? Encolheu os ombros.

M – foi bem melhor só os 3. D – para mim foi igual.

M desorganizou-se no final pois queria levar o seu trabalho e sentou-se num canto no chão a chorar. A Enf. explicou que o que se faz ali em grupo fica guardado e foi mostrar onde.

Depois falou com o pai.

Reunião após dos Técnicos:

Ter a mesa preparada já com material à escolha. Dar-lhes mais liberdade para interagirem entre eles.

Sobre a reação do M - “O que se fala aqui e se faz aqui, fica aqui”

(os trabalhos ficam guardados até aos 18 anos)

M



B



D



A Arte do Jogos – 17 de Janeiro de 2023

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S.

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou Heteroagressividade.

Sessão: Na sessão estiveram presentes o B, M, D, S, L e P.

Prof – Alguns faltaram na semana passada. O que aconteceu na semana passada P? Vomitei na escola.

E tu S? Estava com muita tosse e a minha irmã também.

E tu L? Estava a chover. Não é um bom dia para vir? Não. E onde foste? Fiquei em casa depois da escola. Não tens guarda-chuva? Não. Podemos arranjar-te um guarda-chuva.

M diz que não tem. Prof – Então podemos arranjar mais guarda-chuvas...

Quem quer dizer o que fizemos na semana passada?

M – Posso dizer? Eu e o D usámos pasta de moldar.

B pega na pistola do D que ele tinha feito e que tinha estado a secar e D pede a pistola (tem cromos na mão). M também traz o seu boneco pequeno da semana passada (Among Us).

P queres contar a tua semana? A minha mãe foi comprar outro telemóvel porque o meu irmão fez o outro voar. Prof-Pensou que era um brinquedo. S fala de um truque com o telemóvel.

M fala que não dormiu nada, que teve de ir às aulas para ir ver se tinha aulas.

P – eu só tive uma aula de meia hora.

Enf – D guarda as cartas se faz favor.

Prof fala de autoregulação, da caixa para guardar as coisas pessoais e o telemóvel e dizem que não.

Enf fala do jogo das mãos-mão drt põem a seguir à mão esq. do vizinho, 1 toque para a esq. e 2 toques para a drt, embora vá sendo interrompida pelo Martim que vai falando da dificuldade de colocar as mãos e diz “eu não consigo”, “não estou a perceber nada”, “não dá para perceber”.

Enf. explica novamente e a Prof. insiste com M e ele põe a cabeça na mesa e Terapeuta(T) reforça.

Prof – M começa tu. S põe a cabeça na mesa e vai esfregando os olhos. B discute com a mudança de sentido. Muito barulho.

Prof. - ninguém fala agora, sério, vamos tentar sem mais perguntas!

M exalta-se facilmente e B também e gera discussão, não ouvem ninguém...

T. explica ao M que acontecem estes mal-entendidos, não é para ninguém se perturbar.

Perguntam se querem terminar o trabalho do outro dia e dizem que não.

Os materiais estão na mesa e 3 jogos que propõem, LOTO, QUEM SOU EU E JOGO DA GLORIA.

Prof – conhecem estes jogos? Vamos a votação.

Tentam fazer sinais, S e P, B e L, e ganha o jogo do LOTO. B explica o jogo. L – vamos jogar a dinheiro, cada um põe um euro.

Prof – não vamos jogar a dinheiro.

L – tantas perguntas, vamos é jogar. Aparentemente incomodado com tanta conversa.

B – vai começar em 3 segundos, 3, 2, 1! - e L ri-se - conferem-se os números no final.

L – bora jogar – diz impaciente. B – Não façam barulho!

D – calma!

L – Tás a falar com quem? Calma prof, é muito rápida - diz super entusiasmado.

S – não gritem!

Prof. começa a falar mais baixo e devagar...para ver se acompanham.

M grita com L que responde “cala-te palhaço” (faz espera a pensar na palavra antes de dizer)

M diz BINGO!

Enf - Agora vemos o 2º. Pois ficaram exaltados e está a gerar discussão outra vez.

S levanta-se, B grita e D também, S irrita-se com o D.

B levanta-se. S está descontrolado e manda uma tampa ao M.

Prof - O que estás a sentir S? Não responde.

O que te fez sentir L? Muito feliz. Ganância.

M – competitivo; D – bom

P – nada de mais. Então? Nunca tinha jogado...única má e B fica irritado e diz “estás maluco”

Prof - Tem direito à sua opinião B. S? – muita discussão

B bate com as mãos, irritado e impaciente – Sei lá eu!

Tenta dizer o que sentes! Não quero falar.

Discussão quando o D diz qualquer coisa sobre ter ganhado e B goza que não se diz ganhado mas é ganho, a professora explica que está certo, ele levanta-se diz que não, que é brasileiro e M também se levanta a apoiar.

A Arte do Jogos – 24 de Janeiro de 2023

Orientado por: Enfª A, Prof. F e Terapeuta S.

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou Heteroagressividade.

Sessão: Na sessão estiveram presentes o B, M, S, L e P.

B entra a reclamar sobre os lugares na mesa. Gesticula e fala alto, revoltado com a situação.

Prof – O que se passa B? B – Outra vez a mesma coisa.

Prof – Queres ir falar com a Enfª lá fora?

B – Outra vez a mesma cena dos lugares – a falar alto.

Enf explicou o objetivo dos lugares marcados e a Terapeuta também

S – para podermos dar oportunidades a outros, temos de lidar com todos

Enf – mesmo que nos identifiquemos menos com A ou B

M dá um exemplo que já aconteceu com ele. L concorda que está mais afastado dos outros assim. M dá uma ideia, eles num lado e adultos no outro

Enf - Porque é que acham que colocámos assim os lugares?

M – colocaram-nos com os que nos damos menos (mas fala muito alto e excitado). L o que achas? Não sei

Porque acham que o D não veio? B – ainda bem que não veio...deve ter levado nos cornos em casa.

O que isso quer dizer B? B – só faz porcaria. S conta uma situação anterior com eles. B – ele é que anda sempre a picar-nos

O que aconteceu na psicomotricidade? B – acha-se o melhor

Prof - Como fez isso?

Enf – sentiste-te ofendido B? S – foi com a bola ao mata – explica o jogo e o toque que lhe deu no braço e o D reagiu mal

Enf - Vocês aqui já estavam um pouco chateados com o D antes disso. M - Porque agarraram a pistola dele e ele ficou chateado

Enf – independentemente do que aconteceu há dificuldades com o D. O S também não queria vir inicialmente, temos assistido a isso, aprendeu a lidar com a situação e a falar. Para o B ainda está difícil. Imagina que eras o D e como reagias na mesma situação e podes dizer que estás zangado e ir conseguindo também lidar com estas situações.

Depois já podem escolher o vosso lugar.

B – é um cagão e vai chamar os pais (continuando revoltado e no mesmo registo, embora ouça por vezes)

Prof - Ainda não são adultos. M conta que ignora se o chateiam e “se bateres perdes a razão, vais avisar um adulto”

Enf – esta situação com os pais é grave, não é suposto que o que se passa aqui passe lá para fora

O que gostam mais no grupo? O que devia ser mudado? O que se comprometem a mudar?

M – resolver logo as coisas em vez de logo à pancada e depois é que falas depois de arrefecer – para o B

Enf - P? Reservas-te no direito de estar calado? Abana a cabeça que sim

S? Não. L – Não. B grita – não digam nada!

Terapeuta foi buscar o jogo “Quem é quem?” M assim que vê o jogo – não quero. L pega na peça que segura a carta – isto é para pôr na cabeça? B – eu não jogo assim...

Terapeuta explica o jogo. B – eu por mim jogo como a T está a dizer. Coloca-se uma carta na cabeça do B “eu sou um gelado” e riem-se. Cada um dá uma dica e gera confusão

Enf - “Não percam tempo com comentários, senão não temos tempo”, pois dispersam no jogo

S fica com a carta “eu sou uma chávina” e continua o jogo. B noutra volta acerta logo e diz – só me calham coisas fáceis! – diz aborrecido

Enf – ainda bem

P fica com a carta “eu sou uma laranja” – e gera gritaria cada vez que há uma dica

M grita, assim como B constantemente. B tem a carta “eu sou um morcego” e discute com M quando lhe dizem que é um mamífero e que bebe leite quando bebé

B – Não, bebe sangue. M – isso é nos filmes de terror!

Enf – esperem pela vossa vez, perde a piada assim

Prof – deem as mãos, vamos relaxar, para calma...(pois os ânimos estão exaltados). S agora tem “eu sou uma banana” e está com dificuldade em acertar e muito barulho com as dicas. B grita – é o que tens no meio das pernas! E riem-se.

Prof – fala o próprio na sua vez. L – M estás a exagerar, estás a ultrapassar os limites! (Pois também está na provocação)

B – nem pediste desculpa! M – eu sei, desculpa, costumo ultrapassar os limites. P vai perguntando ao ouvido da Prof se pode dizer aquelas dicas, inseguro no jogo

M não acerta na palavra sapato e no meio das dicas diz chinelo... e que a mãe dá-lhe com o chinelo.

L fica com a carta “eu sou um tubarão” e cantam a música do tubarão - L, B e S contentes

Vamos terminar. B manda com as coisas de forma agressiva em cima da mesa, pois era a seguir a sua vez

Prof – é difícil aceitar um não. Enf – podes dizer o que sentes, uma coisa é falar, outra é estares a agir

M pergunta se pode jogar NINTENDO com eles. Prof explica que pode jogar no intervalo – que jogos é que tens? Os outros dizem-lhe que pode ser

Para terminar digam o que acharam da sessão e uma palavra:

P – foi uma das melhores...(diz com pouca convicção)...confusão, mas – palavra Ansiedade

Muita confusão e Prof - Querem dar as mãos? Mas B não quer. Vamos respirar 3x respirações bem fortes. (Prof aperta a mão de B... para não se soltar?)

L – fixe, estou bem. M grita – porque estás a gritar? Não sei – palavra Loucura

S – eu gostei, não tivemos cá uma pessoa, não houve discussão – palavra Bechamel

B – foi fixe (sarcástico) e grita “SOCORRO” e quer sair e fica todo vermelho, sai da mesa para ir buscar sumo

Quem não aguenta pode falar - e B grita.

REUNIÃO APÓS COM A PSICOMOTRICISTA E ESTAGIÁRIAS

Na reunião falou-se sobre a importância de não excluir o D do grupo da Arte dos Jogos, da relevância para o aumento das suas competências em grupo e na socialização, controlo de impulsos, etc.

Dei a minha opinião também sobre a duração das sessões e conversámos sobre o tempo em demasia da duração das sessões que devia rondar os 45 minutos.

E ainda sobre a possível separação do grupo em 2 partes intercalando com a Psicomotricidade.

Referi também que me fazia sentido a Prof. interagir menos com o B pois fica mais tranquilo com a Enf. A própria concordou e falou do que sentia com ele e as outras colegas também comentaram isso.

A Arte do Jogos – 7 de Fevereiro de 2023 – 1º Grupo

Orientado por: Prof. F e Terapeuta S.

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de 3 Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou Heteroagressividade.

Sessão: Na sessão estiveram presentes o B e L. O M faltou.

B entra excitado.

Prof - O que se passa? O D ligou a insultar-me

Terapeuta - E depois o que fizeste? Bloqueei o número, agora já não consegue ligar. E porque é que agora isto é assim?

Prof - Achamos melhor pelas dificuldades que estavam a ter e para que pudéssemos pensar melhor num grupo menor e diminuámos o tempo.

L – para mim é pouco. B – para mim é muito

Porque achas que é pouco L?

B – podem incluir o S?

Pensámos nisso, mas também em ajudar o M. B continua excitado e exaltado gesticulando – estou cheio de fome

Prof - Fome? Só comi um franguinho

Explicaram os horários e intervalos

L refere que também tem fome e T pergunta se querem comer primeiro antes de no final e os 2 levantam-se e vão buscar sumos e bolachas

Terapeuta (T) – tragam a comida para irmos começando

B – hoje vou rebentar com o D...

O D não está aqui, e por isso o que querem jogar hoje?

B – jogo quem é quem – tu querias não era L? Pergunta ainda excitado

T – como se joga este jogo? Prof distribui as peças. B explica o jogo.

T chamou-me para a mesa e eu fui ver de perto ambos a jogar (*senti-me incluída*)

Fazem um primeiro jogo com algumas dúvidas do L. Este é experimental

B – eu quero que ele ganhe!

Prof – faz uma tabela para colocar os jogos ganhos

Mais divertidos agora a interagir

B ajuda L. B – não sou batoteiro (mas viu uma carta do Leo que não tapou bem e não disse nada e ganhou com facilidade)

L tem mais dificuldade na estratégia e T dá-lhe dicas.

O B tem boa estratégia e espírito competitivo.

L acerta finalmente na 5ª e 6ª ronda, perdeu da 1ª à 4ª.

Palavra para terminar sobre a sessão?

B – muito fixe

Qual a parte melhor? Divertiste-te?

L – eu gostava de ganhar

Prof - O que acharam da sessão assim? Mais pequena, com menos pessoas?

Têm sugestões para a semana? B – Jogamos outra vez este

Atenção que este é para 2 pessoas. B – eu jogo o que eles quiserem!

T - Personagens que quiserem ou se preferirem criar num jogo – aqui não houve tanto entusiasmo...

A Arte do Jogos – 7 de Fevereiro de 2023 – 2º Grupo

Orientado por: Prof. F e Terapeuta S.

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de 3 Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou Heteroagressividade.

Sessão: Na sessão estiveram presentes o P e o D. O S faltou.

P chega primeiro tranquilo e depois o D que parece perdido.

Fiz primeiro a minha despedida para o P e o D, dizendo que gostei de estar com eles a observar as sessões, as dinâmicas e interações, a ver a evolução deles e agradeci. Disse também que teria de sair mais cedo da sessão.

Explicam depois ao D que tiveram de repartir o grupo ao meio e quem são os elementos. Falaram do horário da psicomotricidade e a articulação, que têm as mesmas atividades, mas menos tempo e com grupo menor.

D – eu e o S não nos damos bem!

Prof - E tu e o B? Também não. P – o S está a tentar dar um voto de confiança ao D...

Terapeuta (T) – será mais fácil de gerir as situações, quem sabe, com um grupo menor, e têm mais espaço para comunicar. D abana com a cabeça que sim e P também concorda. P está a fazer aplicação de gelo que pedimos pois magoou-se na mão e está edemaciada.

Têm uma proposta para hoje?

P – tema livre – mas não consegue explicar.

T – querem escrever? P diz que sim e escreve “jogo no telemóvel”

Qual a tua proposta D? Escreveu “UNO”. Vem com um spinner anti-stress que está a rodar na mão.

Resulta D o que tens na mão? Não. Mas depois decidem jogar o “Quem é quem”.

Despeço-me pois tenho de sair da sessão para iniciar outra sessão com a jovem.

A Arte do Jogos – 14 de Fevereiro de 2023

Orientado por: Enfª A e Terapeuta S (2 crianças)

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 11 aos 13 anos (2º ciclo), com diagnósticos iniciais de impulsividade, auto ou heteroagressividade

Sessão: Na sessão estiveram presentes B e M.

Não vieste na última sessão M. M – Estive doente. E explica a situação. Vêm com fome novamente. Bernardo vai buscar bolachas, sumo e dá bolacha ao M que também bebe um sumo. M – O D saiu? B – ainda bem, senão levava!

Explicam ao M a subdivisão dos grupos, pois também preferiam grupos mais pequenos, com menos tempo, agora os 45 minutos.

Falam do S, do seu acidente. M – não precisava de saber essas coisas...! E conta outra situação sobre uma queda.

Enf - E como tem corrido o dia de hoje?

B – é o primeiro dia de namorados que passo sozinho! M – o meu é o 12º dia que passo sem ninguém. E começa a falar do B se quer ir a sua casa, que é perto, no seu aniversário. B – Ainda falta tanto!

Enf - E como te sentes em relação a estares sozinho hoje Bernardo? Tens tido muitas namoradas? Já traíste alguém?...

B – já levei com os cornos!

Enf - Como é isso? Como é que lidaste com isso?

B - Chorei mas depois lidei bem (com a cabeça baixa). Queres jogar comigo ao *Quem é Quem*? M – não, porque já andei à porrada com o meu primo por causa disso!

B – mas fazes-me esse favor?

Explicam ao M que foi uma situação que aconteceu antes e que agora pode ser diferente. **Antes de iniciar o jogo fiz a minha despedida do grupo**

B explica as regras ao M. M tem muita dificuldade com o jogo, não se concentra, perde o foco e não baixa as imagens que não correspondem à descrição, que tem de baixar. B vai ganhando com estratégia e calmo.

Enf - Gostas de jogos de jogos de tabuleiro B? Sim

Coisas positivas neste jogo? M – divertido. B – fixe

Uma coisa que foi fixe B? Gostei de ganhar. Uma coisa a melhorar M? Nada

Começam a jogar UNO e M explica outras regras. B ganha novamente com estratégia.

M não para quieto na cadeira, com muita dificuldade em estar sentado, concentrar-se, fala, fala, em inglês e grita por vezes.

Enf - Coisas positivas neste jogo? B – mais ou menos, bom. E porquê? Porque brincámos.

Terapeuta - E estiveram em conjunto... M – TOP

Porque? Deu luta.

Enf - Sentiste que foi desafiante e algo muito importante hoje, foi aceitarem o desafio de cada um. E aceitaram as opiniões um do outro e aceitaram perder.

M fala novamente do jogar com 12 cartas enquanto a Enf. fala dos pontos positivos...dispersa outra vez.

Na próxima semana não há grupo porque é Carnaval (dia 22). Alguma sugestão para a próxima? M – fazer máscaras

Apêndice 6: Registos das Sessões do Grupo Terapêutico “Pensar a Desenhar”

Pensar a Desenhar - 9 de Novembro de 2022

Decidido propor o Jogo “Ideias com História” – jogo de cartas sobre Decisão/Ação com situações propostas para Resolução de Problemas

Orientado por: Dra R, Enfª A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária da Especialidade de Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a Lau, Am, O (T), Av, K e Lu. Faltaram duas jovens.

A sessão começou com a minha apresentação e depois apresentaram-se os elementos do grupo. A Lu vinha com fúrias triste e depois de questionada relatou uma situação de violência na escola com outros jovens, onde lhe pediram para resolver a situação mas a jovem acabou por estimular o confronto com os outros, tendo havido depois empurrões de parte a parte.

Fez-se uma “ponte” com a semana passada, sobre as palavras que tinham surgido na dinâmica, como controlo, perda, ansiedade.

É explicado o jogo para esta sessão, de não haver certo nem errado, de situações que vão ser propostas em que cada um pode ler e pede-se um voluntário para começar.

Lu voluntariou-se para começar e tirou uma carta – a situação que surge é sobre “Fugir de casa” em que um jovem tem uma relação difícil com os pais adotivos, sem outro apoio além de um amigo o Samuel e é questionado o que este pode fazer para ajudar o outro.

T - diz para falar com outro adulto e pedir ajuda. Am - diz para falar com ele e chamá-lo à razão. Lau - fala sobre argumentar com ele. Av - não quer falar

K - fala de argumentação também. A Lu lê as sugestões do jogo para resolução de falar com o pai mas o T diz que pode piorar...

Dra fala do falar, do poder das palavras

A K tira outra carta e lê uma situação sobre o isolamento do confinamento, em que um jovem tem a Mãe no Hospital e não pode vê-la e de cuidar da irmã para o pai ir trabalhar

T - diz para continuar a ajudar e mostrar que está bem

Am - diz para dizer à mãe que vai ficar bem

Lau - de tentar fazer alguma coisa para estar bem a cabeça

Av - não quer falar

Lu - relata uma situação semelhante respondendo à questão

Av não quer tirar 3ª carta, passa à Lau que lê sobre um jovem que namora mas gosta de outra rapariga e quer estar com ela

T - diz que falava com ele que não concordava com as atitudes e dizer à namorada que já não gosta dela

Lu - diz que dizia problema teu se fosse com ela e virava-lhe as costas

Am - falava com o rapaz

Av - não falou mas quando questionada abanou a cabeça

K - e se acontecesse comigo?

Enfª fala sobre pensar sobre como gostaria se fosse consigo. T, K e Lau dão mais opiniões do que é correto mas Lau diz que às vezes é difícil

Am tira a carta da 4ª situação, de afastamento do pai de um jovem

T - fala da irmã de 8 anos...

K - falar com o pai e falar com a mãe

T – concordo contigo

Lau – tentar, não deve desistir

Av – não quer falar

Lu – também não quer falar

Am lê as sugestões de às vezes aceitar, não sentindo culpa por não resultar

Fala-se sobre não se ter superpoderes

T tira 5ª carta com o tema da Depressão

K – falar com Psicóloga, os pais, hobby – depois teve de sair por estar a tossir

Am – não quis falar

Lau – falar na internet com estranhos que a entendam

Lu – a depressão tira-nos a vontade de fazer tudo, não teria força, fazer só a rotina diária

Av – não falou

T depois de ler as sugestões continuou a falar sobre não querer incomodar os outros com os seus problemas, de não querer partilhar por vezes

Resposta dos Técnicos sobre medo, vergonha, da crítica

Lu tira a 6ª situação sobre uma explosão com incêndio, feridos e amigas em estado de choque apesar de não ter contado aos pais onde estava

T – saía com as minhas amigas

Lu – saía a correr com as amigas e esperava os Bombeiros

Am – ía para um lugar seguro

Lau – ligava para a Urgência por causa das amigas e tentar encobrir de alguma forma

Av – não sei

Lu contou do simulacro na escola, de ir para baixo da mesa

Leram as hipóteses de resolução do jogo

A Dra falou no final sobre uma situação ocorrida de alguém ir conhecer um estranho e combinar um encontro e do desenvolvimento negativo e a Lau contou uma situação de um encontro semelhante. Falou-se do risco, que pode ser catastrófico

O que acharam da sessão hoje?

T – gostei e colocou o dedo indicador para baixo de quando chegou e para cima do final

Am – gostei – dedo na horizontal sem diferenças do antes e depois da sessão. Lau – foi interessante – dedo para baixo e depois para cima

Av gostaste? Abanou a cabeça que sim e colocou o dedo na horizontal

Lu – não gosto muito de tocar nestes assuntos. Falou de hibernar para esquecer. O que está agora vai ficar para sempre. Saiu na situação de cyberbullying que apareceu. Dedo sempre para cima, apesar de ter entrado “cabisbaixa”

Os Técnicos dão os Parabéns pela coragem, que não estão sozinhos, de não haver crítica, todos terem espaço para falar ou de estar em silêncio

Sugestões para a semana?

Caixa de sugestões

Pensar a Desenhar - 16 de Novembro de 2022

Orientado por: Enfª A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos iniciais de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a Lau, Am, O (T), Av, K, La e P. Faltou a Lu.

Como estão? Novidades? Foram questionados da pausa letiva...

K – estou bem. Am – põe dedo para cima. La – põe dedo na horizontal...

Enf – O que acham do tempo a passar? Acham que está a passar rápido?

K – parece que passa rápido. Am – encolheu os ombros

T entrou mais tarde

Enf - Fazem coisas que vos desagradam por norma? Respondem no geral que sim

Terapeutas - O que gostam de fazer? La – ouvir musica, sair

K – coscuvilhar; mas também gosto de costura, fazer roupas, faço bonecos personalizáveis, aprendi o básico com a minha avó e a minha mãe fica feliz e diz que fico para ali...

Am – conversar, estudar. T – jogar

Terapeutas - E em que anos estão? Respondem todos, 9º ano

O que se fez na última sessão? T falou das cartas e das situações que estas traziam

Terapeutas - E ficou uma ideia para hoje, proposta?

T diz a caixa de sugestões; K – que sugestões?

Terapeuta fala de uma partilha...caixa se quiserem personalizar todos e vai buscar caixa

La range os dedos das mãos. P entrou depois. Av chegou depois também

Ficaram a falar sobre o que fazer da caixa e T de ser como uma caixa de correio com a K e a La

K começa a explorar os tecidos. P tira a pistola de cola da caixa onde estava guardada divertida com a situação mas depois arruma

K vê com o T como fazer os tecidos e diz “não vai ser fácil”

T diz “e se forrarmos com papel?” La diz “tenho aqui papel, olha este, adoro, que bonito”

P ajeita as mangas para cima (tem vários cortes nos braços de CAL). T tem uma ideia com um tecido azul e explica-lhes

K – e o que fazias com o resto? T – 1 saia e ri-se

Enf. – querem que ligue a cola quente?

La vai falando sobre os materiais entusiasmada com K e T

Alguém quer pasta de moldar? Av abana a cabeça que sim. Am pega em revistas e folheia

La - “assim parecias uma avó” para a P que brinca com um tecido á volta do pescoço e riem-se. K pergunta “Quem quer um pai natal?”

Terapeutas - O que é que a Av pode fazer para a caixa? E ela diz gato.

T também diz um gato e La diz “ e cola em cima da tampa”. P vê as revistas

La dá opinião com sorriso no rosto mas não avança com nada. P e Am vêem as revistas. Av trabalha com a pasta de moldar

P passa a revista à La e ela diz “Olha a Elsa”. K passa tecidos à P e ao T

P diz “pomos no fundo primeiro” para o T. K vai falando de tecidos com Enf. e Enf. pergunta “E tu La?” pois estava parada

T diz-lhe “muda de lugar para aqui La” e ela mudou para o lado dele mas continua de braços cruzados e ficam a falar os 3 sobre os tecidos – La, T e P

Am continua a folhear as revistas e Av com a pasta de moldar e K a falar com a Enf.

Am, encontraste imagens que gostas? – perguntou a Enf.

Abana a cabeça que não e a Enf. vai buscar mais revistas

La usa a pistola de colar com T. K está a utilizar a pasta de moldar também

P coça as lesões das mãos e fala sobre a cola a brincar e ajuda T e La a colar os tecidos

La diz para T “corta a ponta inocência”. Am tira uma tesoura e começa a cortar uma imagem da revista

P contente entrelaça uma linha fina nos dedos e vai apertando

La satisfeita corta mais tecido na caixa com T

P - “agora fazemos assim” para o T, a mostrar com o tecido. La - “mas este é diferente”

P - “é para ser diferente”; T - “já”

La - “parece que somos trabalhadores da Chanel”. P – “Trabalho infantil”

K fala do Castelo Branco e imita da TV “olha a pindérica” “vai levar com trabalho da Chanel” vai dizendo e os outros riem-se “viram aquilo do Castelo Branco, o homem a puxar-lhe o cabelo” e ele a responder “não falo com pessoas do seu nível e você é um Homo sapiens”

La, T e P vêem as medidas e La pergunta ao T “metade de 13?” e de “6,5?” K ajuda com as contas de cabeça

Terapeuta vai buscar um X-ato

La – “metade de 16?”. T – “8”

La corta com X-ato a zona central da caixa. T – “gosto bué disto” - a falar do tecido

La – “adoro o cheiro da cola” e fala enquanto corta o excesso de tecido da caixa “que porcaria que está”; T ri-se

K – “não sei se isso é riso” diz divertida. “O meu riso é assim” como que um guinchar e diz “por causa dos meus pulmões, é história de origem”

T cola com a pistola e P segura. La – “Olha Tiago, este tecido dá para a cola toda”

Am pede opinião à K ao mostrar a imagem da revista e K diz-lhe que não

P ajeita as luvas novamente e começa a colar e ri-se depois com T e La, satisfeita.

K diz uma piada de seguranças e T responde “lá”. P termina aquele lado da caixa e La diz “está ótimo”

K – “Como querem o fato do Pai Natal?”; Falam de bikini e de Havai. La deixa cair coisas e T diz “BOA” divertido

Falam das primeiras palavras que disseram quando crianças o grupo dos 3 enquanto colam a caixa

T – “Está lindo”. La – “Espetáculo”. P – “vão ao meu insta...”

Terapeutas - Para terminarmos e falar sobre o que estiveram a fazer, ideias e ponto de situação

K – “tentei fazer um Pai Natal e e vestir com roupa para o Havai mas ainda falta”. La – “falta acabar a caixa”. T – “cada 1 de nós escolheu tecidos”

Am ainda não sabia... – esteve a recortar imagens de animais

P – “Chanel”. Av – “tentei fazer um gato” (que ficou lindo)

Terapeutas – Objetivo para a semana é finalizar

Sugestões? T – “não”

P para Av – “ainda vais pintar” e fala sobre fazer uma marca de todos terem marcas iguais

E a atividade numa palavra?

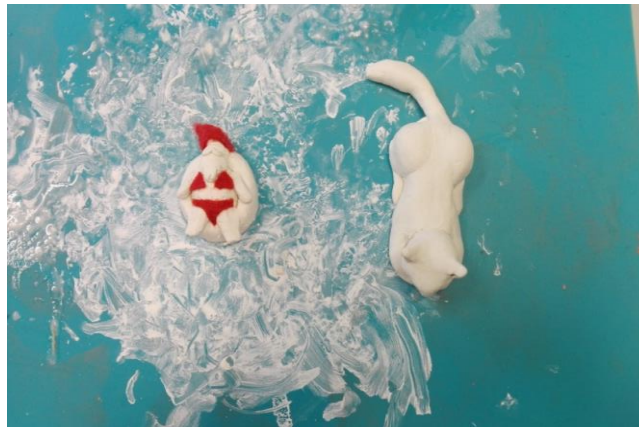
La – fixolas; T – fixe; P – boa; E os outros foram dizendo o mesmo

E como estão? Foram colocando os dedos para cima – fixe

Decoração caixa - La, T e P



K (Pai Natal) e Av (Gato)



Pensar a Desenhar - 30 de Novembro de 2022

Orientado por: Dra R, Enfª A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos iniciais de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a Lau, O (T), K, La, P e Lu. Faltaram 2 jovens Av e Am.

Dra começou por explicar porque faltou e eles foram falando do que fizeram na última sessão para colocar na caixa.

Querem falar como fizeram? P – foi acontecendo

O que está lá dentro? Lu – papel

Queres explicar? Lu – cartas

O que falta na caixa? K – o pai Natal

O que falta terminar? Qual a proposta para finalizar então? La diz que sim

Lau queres que material? Canetas. K pega na pistola de cola

Querem ler as cartas que estão na caixa? La – tiramos uma à sorte

Lu tirou primeiro e riu-se do animal e leu sobre uma dúvida sobre se os vampiros realmente morrem com a luz do sol

Alguém quer ajudar?

K – já vi várias vezes filmes e explica o que aparece nas histórias. P completa o que K está a dizer

Usam a pistola e La diz para P – tenta pressionar

Lau ri-se do pato a descolar-se e vai pintando

La e Lu ajudam a K a decidir onde cola, quando ela pergunta. T chega e Lu chama-o para o lado dela

K conta uma história em que os vampiros morrem e fala sobre as bonecas russas

Lu diz – essa coisa da estaca de madeira mata qualquer um, não só os vampiros

La – mas tem de ser de madeira; Lu – mas mata qualquer um na mesma

K lê uma carta com sugestão de mais jogos e desenhos e falar sobre eles

O que acham? Lu fala que gosta dos desenhos

P lê então uma carta onde surge apenas a palavra indecisão

O que acham desta palavra?

K – é como ver muitas comidas na mesa de natal. La – a pessoa está confusa. P – como na orientação vocacional. La – não saber decidir. T não quer falar

Enfª - como representavam esta palavra ou uma imagem que vem à cabeça?

K – com um ponto de interrogação em cima da cabeça

Dra – a indecisão é normal, quem está mais doente tem mais certezas

La – haver muitas coisas na vida causa indecisão

P conta uma história com uma girafa...que no fim acaba tudo igual, mesmo que estejamos na dúvida. K fala da dúvida num curso

Enfª fala das escolhas, das responsabilidades e questiona La que não sabe o que responder

Pedem conselhos a alguém? La – depende das pessoas

Mais adultos ou das vossas idades?

La – na escola falamos mais com pessoas mais velhas, como conselheiros, mas depois não seguimos os conselhos

La lê outra carta que diz para contarem histórias e o grupo parece gostar da ideia

K – a minha avó costumava contar-me histórias e era muito bom

La – aqui parece histórias como um desabafo. Lu – estou com uma moca.

Terapeuta - Queres algo doce? Um sumo

Gostas de histórias La?

La – já bebeste o sumo todo Lu? Que rapidez! Lu – eu como muito depressa, pizza, hambúrguer, mas como rápido e fico com fome na mesma..

La – falamos de histórias que existem ou de nós mesmos?

Terapeuta - Podem trazer histórias e juntar

Lu – podemos todos fazer uma história – e explica como

K faz um sotaque; La – consegues fazer sotaque inglês? Ai eu adoro!

Lu fala em inglês com sotaque com K e riem-se todos. T ainda faz melhor o sotaque a falar, bem british – Are you scared of british people?

K – I'm not scared of british people - fala com sotaque alentejano e diz – sou estrangeira

Lu – és estrangeira?

K com sotaque – sou ucraniana, sou estrangeira, tou cá há 10 anos, falo russo, a minha avó é moldava, aprendi russo na escola, sabia um pouco de ucraniano, mas já não sei muita coisa

Lau queres ler?

Lau – fazer um trabalho para unir o grupo

Acham que o grupo está unido? La faz o gesto de fixe; P – mas podemos unirmos mais

T – como se ganha confiança com pessoas que não se conhece?

La conta como era sociável em criança e diz que tem um cão

K diz que se escondia na saia da mãe e conta do peluche leão que tem há anos “é o meu suporte emocional”; P conta como se assustou com um panda

Enfª fala de objetos de transição

La fala de um barco pirata que tiveram em casa e de bonecos assustadores e fala de um pesadelo

P fala de outro pesadelo com baratas no corpo. K fala de outro sonho em que estava com a mãe numa ilha numa piscina e havia grades e 3 homens atrás das grades

La fala de outro sonho em que estava a jogar Wii e explodiu o jogo – foi bué estranho, bué aleatório mano e vi sombras”

K fala de outro sonho em que está a ver uma figura na porta, um proprietário que estava morto e “via bué estas cenas”

Lu conta de não conseguir correr num sonho, da paralisia...

Dra fala das supostas alucinações na esquizofrenia e da ansiedade, fala do sofrimento

T diz que quando era mais novo via bichos e também sombras na porta. K sai agora e fala onde comprou o kispo pois a La disse que gostou

T fala de um sonho em criança que viu a mãe a comer carne humana

Terapeutas falam um pouco sobre os sonhos

La fala de ter lido sobre uma mulher grávida solteira ser apedrejada por beijar um homem em praça pública num país árabe.

Dra faz um comentário sobre as diferenças culturais

Lau passa para o lugar de K e vai usar a pistola de cola

P lê sobre fazer um quadro onde todos participem...durante um minuto?

La – pintar com aguarelas

Terapeuta - O que acharam da sessão?

P fala de ter gostado de falar e não só desenhar...

Lu põe dedo para cima e a palavra é “interessante”

T dedo fixe e palavra “sonho”

La dedo fixe e palavra “interessante”

P dedo fixe e palavra “nemo”

Lau dedo fixe e palavra “pato”



Pensar a Desenhar – 4 de Janeiro de 2023

Orientado por: Dra R, Enfª A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos iniciais de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a Lau, O (T), La, P, Lu, Av e Am.

Dra começou por perguntar como correram as férias?

Enf - Lau não vieste? Estive doente.

E estás melhor? Sim

E tu P? Estive a dormir...

Terapeuta (T) – Sentiste que não tinhas muitas coisas para fazer? Encolheu os ombros

Enf – Dormir é algo que as pessoas fazem muito nas férias...

Lau fala da playstation que recebeu no Natal mas não era o que queria.

Dra – ficaste triste, porque não era o que querias então.

Lembram-se do que fizemos a última vez?

T – ainda se lembram?

Lu – fizemos cartões de natal. Queres contar como? Não.

P lembreste-te? E ela conta como se fosse para um amigo secreto e no fim fizeram a troca.

Enf – Temos uma proposta para hoje. Quem já jogou ao Dixit? P e La levantam o dedo.

T - Pensam nas cartas que mais gostarem...fazemos uma 1ª ronda para verem também.

Enf - No fim vêm a carta que mais gostam para pensarem num desejo para 2023 ou que gostariam de trabalhar para isso.

T vai explicando o jogo. “Cada um escolhe uma cor do peão”.

A Dra distribui 7 cartas.

T – Por exemplo, o narrador escolhe uma carta e diz a palavra saudade e põe a carta para baixo e os outros vão escolher outra carta que os faça sentir o mesmo. No fundo o narrador orienta o jogo. Alguém quer explicar? E T explica novamente.

Lu escolhe uma carta e diz Vitória e põe a carta para baixo.

Os outros escolhem outra carta que se assemelhe à palavra e a Dra baralha estas cartas e coloca as 7 cartas para votação e tentarem acertar na 1ª escolhida. Vê-se qual teve a maior pontuação.

Porque escolheste esta Lu? Porque o homem parece no caminho para...

Quem votou no 3? Lau diz que parece um objetivo a atingir.

Lau escolhe a palavra Batalha

Porque escolheste esta? Parece uma batalha intensa.

Am escolhe Paz e foi onde a pontuação se dispersou mais.

Lau – escolhi esta porque é como estar dentro de uma bolha. Dra refere que parece viver numa redoma.

T – escolhi esta porque é como deixar para trás os outros e ficar em paz.

Lu – escolhi esta porque aqui está preso mas com ar de alívio.

Enf – as vezes mesmo nas situações controversas conseguimos encontrar paz.

La escolhe Sentimento

Lu o que te faz lembrar sentimentos nesta carta? A lágrima.

Dra – o sentimento está lá dentro, esconde-se, e a emoção é o que se transmite e que conseguimos ver.

P – escolhi esta porque há pessoas com diferentes sentimentos.

Dra – mas qual o sentimento desta carta? Responde “Solidão”.

Av escolhe Tempo

Queres falar da tua carta? Não.

Lu – escolhi esta porque é o fim da vida.

La – a minha mostra as folhas de outono e alguém com a bengala e no meio do deserto...

La – esta parecia que tinha acontecido há muito tempo.

P escolhe Superar

Escolhi esta porque acabou com o ex-namorado e os brincos com pessoas mostram que superou – e ri-se

La – aqui estão a cair, é superar...

Lau – a minha parece que está em busca de algo novo.

T escolhe Pensamento

Não tem significado, olhei e pensei pensamento.

Dra – as vezes é preciso ligar 1 luz para a linha de pensamento, ter a chave do pensamento...

A tua carta La? Não sei porque escolhi – encolheu os ombros.

Enf – Agora no final com essas 3 cartas que ainda têm vão pensar num desejo para 2023 e desenhar numa folha, em 5 minutos.

Lau – O que é para fazer?

Enf – Inspirar-se nas cartas.

Lau – mas as minhas cartas são assim tóxicas – e os outros riem-se e T diz – iá, as minhas também.

Enf – se não quiserem desenhar podem escrever.

T ajuda Lu, dando opinião.

Lu – podemos escolher outra?

T – O objetivo é nas vossas, mas se estiver a ser muito difícil e fizer mais sentido outra...

T enquanto desenha apaga algumas vezes.

Enf – e vamos tentar adivinhar o desejo de cada um.

Av não está a desenhar.

Enf – podes escolher só a carta se quiseres – para Av.

Lu mostra o que fez - um desenho com A+ (referindo-se às notas da escola) e escreveu energia (diz que quer ter mais energia para fazer as coisas) – mas mais tarde rasga o desenho

Enf – Obrigada Lu pela partilha

Lau mostra o desenho onde tem 2 miúdos e está dinheiro=amor e fala sobre encontrar um *best friend* rico para a bancar.

Am tem um papel com texto escrito e fala sobre a busca interior, que “quero alcançar”.

Dra – Conhecer-se melhor? É por isso que estamos cá.

Enf – Palpites para o desenho da La?

T diz – superação – e La abana a cabeça que sim (desenho com 2 jovens com o rapaz a afastar-se – relações aparentemente)

Enf – Queres partilhar? Não. Mas identificas-te? Sim.

Av – eu não quero nada

Enf – alguma imagem com que te identificas?

Dra – Sentes-te satisfeita? Estás no caminho? Encolhe que sim

P explica o desenho com gatinho e cãozinho novos que queria “mas a minha gata ía ter ciúmes” mostra notas, diz que também quer namorar, ir para outro país pois tem um avião no desenho, cristais, roupa...

T mostra o desenho com um olho enorme.

O que acham?

La – apaixonado?

T – íá, encontrar uma pessoa, alcançar os meus objetivos, aprender evoluir um bocado mais.

Enf – Digam então uma palavra sobre a sessão e como saem agora, para finalizar.

T - desejo e põe dedo para cima

Lu - gaivota e põe dedo para cima – mas desorganizou-se depois no final, abrindo a janela e empoleirando-se nela – Dra saiu para falar com ela.

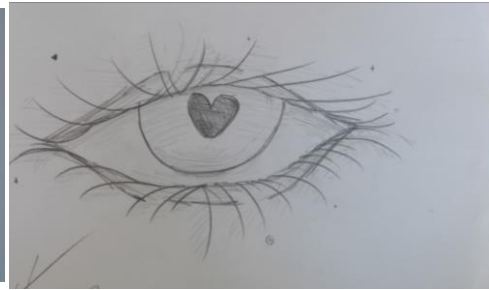
P disse uma palavra em inglês...

Av – jogo mas ao contrário dos outros colocou o dedo na horizontal da mesma forma que entrou

La – partilha

Am – jogo

Lau – dor de dentes



Para 2023 preciso busca interior. Busca interior não é apenas auto-entendimento, é saber a melhor forma de como lidar conosco mesmo, saber a que nos faz sentir bem e saber o que procurar na nossa paz interior. Muitas vezes para não procurarmos busca exterior, por isso, para este ano desejo isso.



DIXIT-JOGO

Pensar a Desenhar – 18 de Janeiro de 2023

Orientado por: Dra, Enfª A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos iniciais de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a Lau, O (T), La, Lu e K que saiu mais cedo. A Am avisou que não vinha.

Dra questionou como correu a semana mas falaram pouco, apenas sobre não terem algumas aulas.

Enf. questiona sobre o que acham da greve dos professores.

La – se não concordamos devemos contestar

Lu – não tenho ido às aulas

Dra – hoje vamos propor uma técnica com acrílico “Pouring”, que tem uma preparação relaxante.

Dra – podemos começar com o preto e o branco que vão servir de base

T – explica as medidas para a preparação e a balança para pesar.

Alguém quer aventais? E colocam.

K ajuda Lu com a medida da tinta na balança, vão colocando tinta, depois diluente.

Dra – agora tem de se mexer muito bem.

T começa a mexer a tinta preta. La também começa a misturar e a Lau, enquanto K e Lu continuam a medir a quantidade de tintas, concentradas e divertidas.

La interage mais com T e este também fala com K e Lu (está sentado no meio)

Lau menos participativa até aqui, mas levanta-se e vai colocar vermelho na balança.

Dra ajuda com as diluições e T e Enfª a preparar telas e pinceis para pintar.

Vão compor um conjunto de cores num copo e escolher preto ou branco como base para o quadro.

Dra – querem castanho? La diz que para já não. Dra dá o verde para diluir.

T – Estou a brincar, não é maldade – para La. La – eu sei.

T e Lu estão muito excitados com a tarefa.

Lau menos participativa mas entretanto pega no castanho para diluir e pergunta à Dra se está bem.

T – vou sugerir uma cadeira de intervalo para misturar a tinta na tela.

Dra – a base é para cobrir de branco ou preto.

Vão tentando enfiar as peças de madeira atrás da tela para esticar, pois pode enrugar com a quantidade de tinta. Lu explica à Lau.

Dra – quem quer preto? Lu, T e La levantam a mão. Lau quer branco.

K – não é preciso pôr branco, a tela é branca. Mas acaba por pincelar com o branco também.

Lu usa 2 pinceis para pintar a tela de preto e é a primeira a começar. Ri às gargalhadas da pergunta de T – como é que fazes K? E ela explica como faz com o pincel. T – eu digo sempre, limpo depois os pinceis...

Agora num copo limpo vão colocar a cor da base e vão pondo um pouco das cores que querem, alternando com a base. K tem de sair.

Vêm o vídeo da parte final no telemóvel da Dra.

Lu – quem quer doar um rim? – enquanto calça as luvas.

Vão misturando as cores. T está na dúvida das cores.

Enf – sigam a vossa intuição. T – vai ser uma surpresa.
Dra – vou pedir-vos para usarem as cores para não deitarmos fora...quanto mais cheio o copo melhor.
La entorna tinta preta. Dra – estavas a dizer que o rapaz era desajeitado (sobre o T).
T – IÁ, foi castigo – e riu-se.
Lu mete-se comigo ao longe, tentando chamar-me a atenção e diz-me adeus e eu a ela a sorrir.
La – estou apaixonada por este copo (olhando para a mistura de cores que fez)
Enf – Alguém quer acabar com o verde? Lu – já pus demasiado verde.
Dra – tentem encher o copo.
Apreciam as cores do copo. La – está bueda giro!
Dra – agora vão soprar as bolhas com palhinhas que ficaram (depois de verterem a mistura na tela)
Lu diz uma asneira e a Dra diz que é uma regra não dizer palavrões.
La está a dar forma com os dedos e a Dra elogia.
Enf – vocês são uns artistas! La sorri – bastante.
Dra – vamos terminar e dizer uma palavra sobre este trabalho
Lara – Choque, Lau - não sei; T – choque
Lu – tou desapontada com o meu – T diz-lhe que está super giro.
Uma sensação
La – agradável; Lau – confusão; T – fantasia
Uma emoção quando olham
La – desgosto
Lu – desapontamento.
No fim todos querem tirar fotos dos trabalhos.
E como chegaram e como saem? Dedos
Só a Lu chegou com o dedo para cima e depois da sessão diz que ficou para baixo.

LA



LAU



LU



T



Pensar a Desenhar – 25 de Janeiro de 2023

Orientado por: Dra R, Enfª A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos iniciais de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a O (T), Lu, K, Am, P e Av.

Questionam como correu a semana. Am – normal

Enf – Alguém fez aniversário? Am ri-se pois fez anos e dão os Parabéns.

Gostas de fazer anos Am? Sim

O que fizemos na semana passada, queres contar T?

Fizemos uns quadros. E mostraram as telas de T e Lu que estiveram na última sessão.

Querem fazer pares para ajudarem os que não estiveram?

Falam da cor base da tela. P quer a base preta. Av entrou – quem explica à Av?

T mostra a mistura e vê as medidas com a P

Av também prefere fundo da tela preto. Am prefere branca e K também. T prepara a cor rosa

Enf – Lu ajudas a Av? Lu tenta mas Av não quer pôr a tinta e ela põe

T ajuda Am que está ao lado

Lu para Av – queres mexer a tinta? E ela começa a mexer devagar com a espátula

T brinca com P e ela diz “Oh Zé...” Divertem-se a calçar as luvas. Av não quer mexer mais

Quem explica o passo seguinte?

Lu explica o passo seguinte da mistura das tintas no copo alternadamente

T ajuda P. Lu ajuda Av que diz as cores, mas a Lu é que está a misturar as tintas no copo inicialmente, mas depois Av começa a fazer

Am observa K antes de fazer. Av vira o copo na tela com a ajuda da Lu

P deixa cair as proteções/tapa braços e T pergunta – O que é isso, meias?

P – não! – a rir divertida. T diz “deixa eu ponho ao pé dos meus fones”

K vai falando com Lu e T sobre gostar do TOY...

Am está insegura para virar o copo na tela e Terapeuta incentiva e ajuda

L e T aplicam verniz nas telas que tinham feito

T entorna tinta e P diz “seu louco, inconsequente!” divertida na brincadeira

Reparam que P tem tinta na boca e T limpa-lhe a boca com toalhita e Lu ri-se

Para finalizar uma palavra, como chegaram e como saem:

P – Tinta - dedo na horizontal mas sai com o dedo para cima

Am gostaste? – abana a cabeça que sim – Criatividade

Av e tu? – acenou com a cabeça – Cor – dedo na horizontal

T – gostei mais assim da tela, do brilho – Interativa – dedo para cima quando sai
K – também me está a saber estranho na boca... – Luvas – dedo para cima
Lu – gostei dos quadros – desde a semana passada, não tinhas gostado...? Ainda acho feio – Max Mat

Am



K



P



Av

Pensar a Desenhar – 8 de Fevereiro de 2023

Orientado por: Enf^a A e Terapeuta S

Outros técnicos presentes: Estagiária do Mestrado em Enfermagem de SMP

Local: Sala de Expressões

Destinatários: Grupo de Adolescentes do Hospital de Dia dos 13 aos 16 anos, com diagnósticos iniciais de Ansiedade, Ideação Suicida, Comportamentos autolesivos, Disforia de género

Sessão: Na sessão estiveram presentes a Lu, K, Am, P, La e Lau.

Como correu a última semana? Receberam as notas? Sim

Enf - Alguma disciplina terrível? Responderam Matemática no geral e Lau referiu Francês. Lu fala das dificuldades a Matemática.

Alguma disciplina de eleição? K – Teatro; Am – História, FQ e Ciências

Lau – Inglês; P – Inglês e Geografia

O que gostariam de ser na vida?

Av – Veterinária; Lau – refere a brincar, caixa de supermercado. P fala de uma colega que queria um curso de gerente e que não há dessa forma...e fala de jornalismo

Lu – ser feliz? E fala de ilustrar histórias. K – e casar com um homem rico! E riem-se.

Enf - Lembram-se o que fizemos na semana passada? E de cada grupo trazer ideias para a estante como espaço de partilha para a exposição a 26 de junho.

Querem dizer à La as ideias que surgiram?

Lu – jogos, trabalhos nossos...; P – coisas tipo esculturas; K – imagens

Antes de avançarmos falei com as jovens e fiz a minha despedida, dizendo-lhes que gostei de estar com elas a observar as sessões, as dinâmicas e interações, a ver a sua evolução e que são contributos que levo para o meu trabalho noutros locais.

Vamos dar continuidade agora ao trabalho das telas e ver imagens ou sensações que podem surgir.

Lu quis sair um pouco e a T. saiu com ela.

K – podemos ir anotando o que vamos vendo? Ficam a ver os desenhos atentas, a desenhar ou a escrever e vão virando as telas para outra perspetiva.

Lu depois de entrar novamente, termina rápido a tarefa e fica parada depois.

No fim começa a ser apresentada a tela da K para os colegas dizerem o que vêem

Lu – vejo um caixão, chuva. P – lobo, caos confortável

Lau – homens com caixão em baixo, fundo do mar onde vivem sereias

La – cavalo, cão com asas; Am – camarão, corais

Sensações? P – levei com tinta na cara. Lu – criatividade. La – alegria. K descreve o que viu – peixe, mago com uma colher e um caldeirão, 1 moça (rodando a tela)

Palavra? Crescenti, caos

Como é possível um caos confortável? Acontece a todas? Lu – já estou habituada. Lau – também. Am – já é familiar

K – há vários tipos de caos, como um quarto cheio de peluches e é reconfortante

P – a minha gata e a minha cadela, uma vai atrás da outra e é um caos mas se não tivesse uma delas...

Am mostra a sua tela a seguir e refere – sensação de despedida, o nome despedida, vejo uma pessoa como se estivesse a fazer a despedida de um cão em baixo, momentos, em cima mais calmo

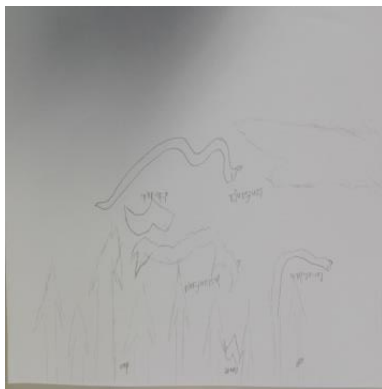
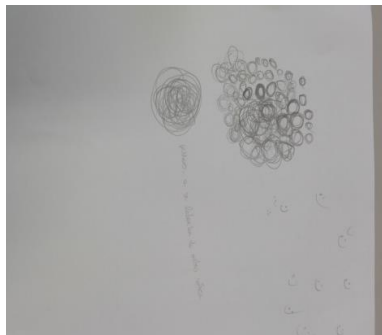
P – abismo, como se fossemos rasgados ao meio. La – espaço, mas colorido. Lau – chuva de meteoros. P – corpo rasgado

Lau mostra a sua tela e diz – cobra, árvores, salto alto, velho a segurar um bebé, palavra unicórnio

La – ali uma enguia. P – crocodilo, demónio. Lu – não vejo nada. Am – o grito (o quadro)

Lu mostra a sua tela e o papel tem escrito NONE (e no outro lado tem coisas escritas mas no final levou a sua folha sem nos apercebermos)

P – bebê com asas. Lu – o quê? Como é que vê aqui qualquer coisa? Diz espantada. Lau – um dente. Am – uma pata presa e espinhos
La – sentimentos, emoções conjunto, preocupação, agitação, calma, mar, rio
P refere o nome da obra – medo desconhecido – olho vermelho, cascata de sangue, agua vermelha, pássaro, rio, bosque
La – queijo cheddar. Lu – não sei. Lau – Roblox. Am – inferno
Sensação? Medo, pavor - referem
Lu – medo de não estar sozinho, La – fica aflita em dizer o que vê – dois a fazer amor, vejo aqui – fica envergonhada
Enf - Mas não tem mal nenhum ver fazer amor.
Lu – mas viu logo isso
Enf – é algo natural
Lu – Jesus grávido. P – cavalo-marinho. Lau – coração, floresta, flora. Lu – fome
La – vejo muitas coisas, uma pessoa, coração, bebê na barriga, unicórnio gigante
Sensação La? Confusão. Deste um título? Não
O que acharam da atividade? P – saio bem, dedo para cima. La – profundo, dedo para cima. Lu – não sai palavra mas põe dedo para cima agora
Lau – música, gangnam style... Am – arte e coloca dedo para cima também



Apêndice 7: Reflexão Semanal do 1º Estágio

REFLEXÃO SEMANAL (16 a 20 de Maio)

No dia 16 de Maio dei entrada sozinha no serviço de internamento da pedopsiquiatra, nervosa por ser o primeiro dia, mas ao mesmo tempo muito curiosa, querendo apreender o máximo de informação, apesar de ter estado com o Enf. Chefe no dia 11 de Maio, que me tinha mostrado o serviço e falado das problemáticas mais frequentes no internamento, da organização da equipa de enfermagem, das atividades terapêuticas semanais, dos projetos terapêuticos realizados por 2 enfermeiros e 1 médico, da consulta de ligação e *follow up* e da colaboração com o serviço de urgência pediátrica.

Nesta semana experienciei muitos sentimentos, sentimento de insegurança por ser um local novo, não conhecer os colegas, não conhecer os utentes e o seu historial, não saber os seus nomes para conseguir interagir de forma adequada, sentimento de frustração quando um jovem agrediu uma colega, quando não consegui assistir à atividade de terapia pela arte na quarta-feira, sentimento de satisfação pelo acolhimento feito pelos colegas e pela disponibilidade demonstrada, uma equipa jovem e dinâmica e pelas explicações fornecidas, surpresa e alegria pela visita/atuação dos “Doutores Palhaços” no primeiro dia que me ajudou a descontrair, e pelo apoio prestado pela enfermeira orientadora inclusive o *brainstorming* que me estimulou sobre o relatório de estágio, me fez refletir sobre a sua aplicabilidade, limitações, implicações e esperança de que consiga aproveitar da melhor forma as experiências deste estágio para o meu futuro.

Em relação às atividades desta semana, gostei imenso de assistir à reunião multidisciplinar com os médicos, com a psicomotricista e com a assistente social, com aparente boa articulação entre equipas, e sinto sempre nestes contextos que serve como um espaço de enriquecimento comum e de partilha de conhecimentos e competências para um melhor ou mais ajustado plano terapêutico a cada utente, além de fortalecer as relações entre colegas.

Tive a possibilidade de assistir na segunda-feira à Atividade de Expressão Dramática sobre a “Raiva”, com o grupo de adolescentes internados, com a dinamização da enfermeira e psicomotricista, e verificaram-se vários momentos. Houve um primeiro momento de explicação e desbloqueio, onde lhes foi pedido para mostrarem com o corpo como é a raiva, para se verificar o que emerge, e depois para exemplificarem o som da raiva. Questionados depois se costumam reagir ou não com raiva a algumas situações e para atribuírem a si próprios um número numa escala de 0 a 10. Foram divididos então os participantes em 2 grupos para dramatização de um exemplo, em que um que reage com raiva de 5 a 10 e outro de 0 a 5. Depois trocou-se a posição dos grupos, invertendo-se papéis e fez-se um balanço da experiência no fim. Foi uma atividade intensa que me fez muito sentido, tendo sido gratificante constatar que os jovens apesar das suas dificuldades conseguem tomar consciência no momento de algumas limitações e conseguem treinar outras formas de interagir dependendo das circunstâncias. São jovens que estando em sofrimento, acumularam por vezes este tipo de sentimento que não sabem como exteriorizar, sem se magoar ou magoar os outros.

Não tive oportunidade de assistir à Atividade da dança e movimento na terça-feira pois tive de ir trabalhar, mas tive o privilégio da enfermeira poder explicar-me antes a atividade enquanto era planeada com outra enfermeira. Referiu os 5 elementos da dança, o objetivo de criar o caos, e depois no decorrer catarse, minimizando o uso da palavra, com maior espontaneidade, dando significado depois ao que se está a sentir. No final há um período de relaxamento. O tema era sobre “Acreditar” para criar uma linha de esperança, tendo em conta algumas altas previstas no grupo. Estavam a escolher um Playlist para enquadrar na atividade. Achei que o tema se encaixava na perfeição nesse momento para o grupo, mas também que a atividade seria ambiciosa para mim pois fiquei com receio de alguma emoção que me pudesse suscitar o choro, que até verbalizei com a enfermeira.

Em relação à Atividade da Terapia pela Arte na quarta-feira, demonstrei interesse aos colegas de participar e uma enfermeira foi dinamizar a atividade com uma aluna, mas pelo número de alunos que já estavam previstos e número de técnicos não foi comportável. Outra Enfermeira ao ver o meu desalento por não poder entrar, pois tinha organizado as horas de estágio nesse sentido, disse que teria mais oportunidades o que me apaziguou. Nesta atividade apercebi-me que emergiram sentimentos relacionados com a alta de uma jovem o que achei importante tendo em conta a necessidade de alguns elementos de trabalharem a separação.

Nessa manhã, tinha estado com a enfermeira C na Preparação Terapêutica para recolher informação sobre a psicofarmacologia, perceber a organização e a terapêutica mais habitual consoante as patologias e/ou problemáticas. Apesar de semelhanças com a medicação utilizada nos idosos, tive de fazer um raciocínio muito diferente

pois, por exemplo, em relação às indicações terapêuticas da Acetilcisteína utilizada para infecções respiratórias, neste contexto é indicado para o transtorno obsessivo-compulsivo resistente. Também a Clonidina, um antihipertensor, é utilizado para diminuir a impulsividade nas crianças e adolescentes e nos distúrbios do sono, frequentes no tipo de patologias. Fiquei surpreendida com a prescrição de outros antipsicóticos, como a Quetiapina e sua utilização nesta faixa etária, apesar da ausência de estudos que demonstrem maior segurança e tive contato com a expressão *off-label*. *A posteriori* estive a assistir ao procedimento das tomas assistidas da medicação com a colega e a interação e ensino com os jovens neste contexto. A administração ocorre num momento da manhã em que estão na sala de estar com televisão, e onde podem receber ou fazer telefonemas com a família (informação essa que é registrada e vigiada).

Estive com outro colega também nesse dia, que esteve na organização de testes Covid, pois fiquei curiosa e atenta à reação dos 8 jovens ao procedimento, conversando como forma de distração e para melhorar a adesão, e para meu espanto colaboraram no procedimento.

Também interagi com os assistentes operacionais para perceber as funções destes neste contexto, em termos de apoio na vigilância aos utentes na higiene, alimentação e horários pré-definidos e fiquei maravilhada pela sua organização e interação com os jovens.

Estive ainda a ver alguns processos dos utentes internados para tentar definir uma linha de pensamento para a realização de um estudo de caso.

Apesar da dificuldade no meu local de trabalho em conseguir disponibilidade às 5feiras e 6ªfeiras, consegui nesta 5ª feira à tarde vir ao campo de estágio para assistir à Atividade da Psicoeducação sobre “Estigma”. Fiquei admirada pelas reações da maioria das 12 crianças/jovens e pela já interiorização de alguns aspetos, como o próprio significado da palavra e qual o seu papel na desinformação que existe. Houve momentos de silêncio, reações de ansiedade ou medo, respostas específicas que me fizeram pensar como posso intervir nestas situações, o que dizer ou não dizer... Uma das jovens apresentou um aumento de ansiedade e comportamentos ritualizados/compulsivos, pedindo para sair, pelo que foi necessário retirá-la da atividade para um momento individual e/ou medicação, e que pode servir também como proteção da sua privacidade. Terminaram a atividade escrevendo estigma numa cartolina fixa na parede e os jovens riscavam a palavra ao seu gosto e escreviam ideias sobre como combater o estigma. No final tivemos um momento com a Enfermeira e com as 2 alunas para fazermos um balanço, e onde também tive oportunidade de expor as minhas preocupações na devolução destes momentos, da minha surpresa de alguns comportamentos e riqueza de informação, e a correlação entre as problemáticas e algumas reações obtidas.

Concluindo, e em relação às atividades semanais, penso que posso investir mais na ArteTerapia ou Cineterapia pois é o que me faz mais sentido nesta fase, tendo em conta que a Dança e Movimento e a Expressão Dramática mobilizam outro tipo de competências que ainda não possuo pelo que devo evoluir mais, além de que a ArteTerapia poder ser mais viável de utilizar na comunidade também no 2º Estágio e os jovens aderirem melhor.

Refletindo ainda, fico preocupada por vezes, porque por um lado quero muito experimentar e tentar as intervenções específicas do EEESMP e sinto-me como uma “esponja” a tentar absorver tudo ou como uma “jornalista” a apontar informação, mas por outro lado penso, “e se não consigo dar resposta nas atividades a determinados acontecimentos que emergem nos grupos” como desinteresse, crise de ansiedade, oposição, enfim.

Além disso, sinto-me mais ansiosa pelas solicitações dos trabalhos que se acumulam, da pressão exercida no local de trabalho e pelos filhos/família, e fico com receio de não conseguir dar resposta adequada a tudo.

SITUAÇÃO OCORRIDA QUE ME FAZ SENTIDO APLICAR O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS - Descrição: Agressão de um adolescente internado a uma colega, ao entrar numa sala com a cabeça baixa e lentificado, mas avançou para a colega que estava a tentar comunicar com ele e deu-lhe uma bofetada que fez os seus óculos caírem no chão. O AO entrou e imobilizou-o com calma na posição atrás e fê-lo sentar-se no chão e a minha colega apoiou os seus braços, conversou tranquilamente com o jovem e pediu medicação SOS a outra colega.

Pensamentos e Sentimentos: Senti frustração de não ter conseguido evitar a situação e pensei na altura que poderia ter sido comigo também, algo que me incomodou pois detesto violência e senti também impotência por não poder ajudar mais.

Avaliação do bom ou mau da experiência: Preparar-me psicologicamente para estas situações neste contexto, estar atenta aos sinais, aprender a antecipar e a defender-me a mim e ao outro neste contexto.

Análise da situação: Foi uma situação que não se conseguiu prever, mas foi eficaz o tipo de intervenção efetuada pelos colegas, a proteção do jovem com imobilização calma pelo AO, a proteção dos outros presentes, a medicação SOS e a vigilância após, no quarto de contenção ambiental.

Conclusão e que mais podia ter feito? Ajudar na contenção se necessário e falar de forma a tranquilizar o jovem.

Plano de Ação para nova situação: Manter distância de segurança se possível ou estar acompanhada em todos os procedimentos, falar com o jovem calmamente, mostrando empatia, e tentar imobilizar os membros de forma segura em caso de demonstração de violência e administrar medicação se necessário.

REFLEXÃO SEMANAL (23 a 27 de Maio)

No dia 23 de maio assisti à passagem de turno e tinham sido internadas outras crianças, como a G por autoagressividade e tentativa de suicídio, com antecedentes de consumo de tabaco de canabinóides e já seguida na pedopsiquiatria por Depressão Major. Achei o caso interessante, mas depois de falar com a Enf. tomei consciência que o caso era mais complexo para esta fase, pelo que optei com a sua orientação fazer um estudo de caso de uma jovem, a M de 14 anos com historial de Depressão e Autoagressividade. Tive oportunidade de pesquisar recursos no serviço, como projetos terapêuticos, planos, escalas, o que me deu um pouco mais de segurança pois sinto necessidade de suportes teóricos, assim como, exemplos de trabalhos e atividades terapêuticas de outros colegas, para me ajudar a definir uma atividade para 4ª feira de expressão pela arte. Estava com dificuldade em estruturar e afunilar pelas várias ideias que iam surgindo, pelas dúvidas na sua aplicação prática e qual seria o maior emergente grupal no momento, mas a enf^a orientadora ajudou-me a focar melhor. Estive a observar a dinâmica do grupo e a M, tendo recolhido mais dados do seu processo para começar a pensar no caso clínico específico, em tentar um projeto terapêutico para a jovem, que elaborei e mostrei à enf.^a de referência. A reunião médica foi enriquecida, pois a Psicóloga também esteve presente e deu o seu contributo em relação à avaliação efetuada da vertente cognitiva de uma jovem internada. Reparei que este tipo de intervenção psicológica torna-se complicada neste contexto, pelo tempo disponível também dos poucos Psicólogos, pelo que as avaliações parecem demorar algum tempo, o que dificulta também o seguimento do Pedopsiquiatra.

No dia 24 de maio tive a 1ª reunião de orientadores com a Professora onde falámos dos objetivos deste estágio e de manter mais o foco no agora e numa intervenção terapêutica grupal, e de aproveitar na experiência além da especificidade das intervenções terapêuticas, uma observação na urgência de pedopsiquiatria e na consulta de *follow up*, para perceber o acolhimento numa fase inicial e o encaminhamento na fase da Alta. Senti-me um pouco perdida inicialmente em relação aos objetivos para este estágio, mas a reflexão semanal tem sido um bom exercício e a reunião foi muito proveitosa, até para ouvir a opinião das duas orientadoras em simultâneo. Tinha uma ideia inicial e ouvi a enf. orientadora da unidade sobre a sua experiência prática, das dificuldades por vezes, do tipo de conhecimentos a aprofundar mais, e a enf^a F. sobre a viabilidade também a posteriori do relatório de estágio.

Senti-me mais integrada na equipa, nas rotinas do serviço e principalmente no contato com os jovens, que fui observando, acompanhando em determinados períodos como na higiene, medicação, refeição e aproveitando para interagir, para ir criando relações que facilitam a adesão depois nas intervenções mais direcionadas.

Estive numa sessão com a M, cujo caso clínico estou a aprofundar e a enf^a, mas apesar de aparente receptividade às questões, respondendo adequadamente, adotou uma postura de defesa, pelo que a colega não conseguiu explorar outros aspetos como a família, por exemplo. Senti-me um pouco desapontada pois esperava mais da reunião... falei depois com a enf^a sobre isso, tendo refletido que, pela problemática estas sessões são inicialmente curtas, sem grande questionamento, para conseguir uma relação terapêutica progressiva mais sólida, que nos permita depois outro tipo de intervenção mais específica.

ansiosa, pois o tempo às vezes parece que não rende, pelas exigências familiares e responsabilidades de outras tarefas. Além disso, estava preocupada com outra avaliação final, as maiores necessidades do meu serviço, pela organização das horas de estágio, o que me dá a sensação de sobrecarga e não consegui controlar as emoções.

Avaliação do bom ou mau da experiência: No entanto, julgo que a avaliação correu bem em relação ao que foi falado e para orientar a sequência do estágio para as próximas semanas. Por outro lado, existem alturas em que pelo cansaço e com abordagem mais incisiva, num local onde não me sinto tão à vontade, “quebro” emocionalmente e foi o que aconteceu, talvez por ter atingido um pico de cansaço. Nunca gostei do papel de vítima, nem sobrecarregar os outros com as minhas preocupações, e não tenho por hábito falar de questões privadas sem ser com as minhas melhores amigas ou companheiro, talvez por ter tido de ser forte em determinadas circunstâncias, mas tomei consciência de que estou a precisar de partilhar novamente alguns sentimentos.

Análise da situação: Em relação a isso, e apesar dos meus pensamentos/sentimentos e saber que podem influenciar o meu comportamento, postura, empatia, ou seja, com a minha comunicação não verbal, também sei que consigo na maioria das vezes, que esta não interfira no sucesso da relação terapêutica, pois tenho consciência deles e preparo-me no geral para as situações. Se por qualquer razão sinto dificuldade ou acho que não vou fazer um bom acompanhamento/trabalho, falo com colegas sobre isso para organizarmos a substituição. Já aconteceu por exemplo, numa fase minha de luto por perda gestacional, com uma mãe que tinha perdido um bebé e fui responsável depois na minha unidade pelas consultas de IVG (Interrupção Voluntária de Gravidez), porque acharam que mesmo assim seria uma mais-valia, pelas minhas características pessoais e profissionais. Além disso, fui convidada para ser elemento de ligação da EPVA (Equipa para Prevenção da Violência no Adulto) apesar de ter criada num ambiente de violência doméstica, cargo que aceitei após séria ponderação. Curiosamente, algumas propostas de trabalho ao longo da minha vida têm incidido sobre alguns traumas do passado, sendo confrontada com eles e obrigando-me a trabalhá-los, assim como a minha necessidade por vezes de proteger os outros, calculo que porque não me senti protegida nalgumas situações da minha vida.

Conclusão: Com estes momentos, reflexões, avaliações e conversas com orientadoras senti-me exposta, mas também me ajudaram a focar-me no que é mais importante para este estágio, resumindo talvez, mais uma oportunidade de continuar a evoluir como pessoa, no autoconhecimento, nos fenómenos de transferência e contratransferência, pois acabo por refletir sobre alguma dificuldade que ocorra com utente ou família para estar desperta para essas situações. Sinto que, cada vez mais rapidamente me apercebo dos meus pensamentos sobre determinada situação, que vêm dos meus valores pessoais e sentimentos implícitos, e intervenho comigo mesma a nível de reestruturação cognitiva. Assim, parece reduzir a pressão a nível comportamental quando vou intervir, para não interferir na relação que estou a construir como por exemplo, numa criança vítima de abuso sexual. Nestas situações, tento focar-me atualmente em quem necessita de acompanhamento, de acordo com o seu ritmo e menos na situação em si, porque essa já não podemos mudar nem voltar atrás, mas podemos ajudar na forma de lidar com as consequências e ensinar/treinar estratégias para a sua vida.

Plano de Ação para nova situação: Investir mais nas reflexões semanais deixando fluir, como fiz desta vez, como uma oportunidade de continuar a evoluir na minha capacidade de introspeção, raciocínio e análise crítica.

REFLEXÃO SEMANAL (13 a 17 de Junho)

ATIVIDADE TERAPÊUTICA DA EXPRESSÃO PELA ARTE - Pensamentos e Sentimentos: Senti-me um pouco receosa por ser um grupo grande, senti como um desafio mas também um risco, pois não sabia o que iria fluir, se iriam conseguir participar (pela ansiedade e sonolência em alguns dos jovens) e se conseguiria devolver o que os jovens estariam a necessitar no momento. Por outro lado, senti-me também frustrada inicialmente porque alguns não conseguiram partilhar nada verbalmente, julgo pelo meu grau de exigência por vezes, e ficava na dúvida de como avançar e o que devolver em determinadas situações. Mas também senti que o tema e a exposição

seria demasiado para alguns, nomeadamente na fase do desenvolvimento (como um convite a mergulharem em algo menos bom), que seria pensar numa estratégia que teriam utilizado. Tentei devolver no geral como: só partilham se quiserem, quando quiserem e com quem quiserem, agradeço o esforço e referi que o caminho é este e faz-se por passos.

Avaliação do bom ou mau da experiência: Apesar da sensação de frustração, pois pareceu inicialmente pouco produtivo para eles, tentei lembrar-me que faz parte do processo e da intencionalidade terapêutica e focar-me apenas no que me transmitem não só verbalmente mas também no não-verbal, para tentar devolver o que estão a sentir e que podem precisar de escutar. Como por exemplo, uma jovem que se desenhava com cortes de lâmina como estratégia anterior, não quis falar sobre o desenho, mas permitiu-se refletir sobre isso e surpreendeu-me pela sua análise. Permitiu-me tomar consciência da sua evolução e esforço, o que foi falado, e acho que também tive melhor noção de que, é importante diminuir o meu grau de autoexigência nestes contextos para não condicionar a partilha.

Análise da situação: No entanto, ao observar os desenhos que não quiseram mostrar ao grupo e me deram no final, o trabalho estava ali conseguido, pois pelo menos permitiu-lhes pensar, refletir sobre algo que passou e que na altura não tinham as estratégias de hoje, o que lhes foi devolvido. Alguns escreveram a palavra tristeza, vergonha, o que mostra uma tomada de consciência e permitiram-se tentar, apesar da dificuldade demonstrada. Por isso, no final, foi gratificante para mim ver os desenhos e o que escreveram como processo terapêutico e senti-me um pouco mais confiante. Também tive outra situação com imensa resistência de uma jovem desde o início, por não querer participar na atividade, tentando não respeitar as instruções, o que me levou a repeti-las mais vezes e a estar mais atenta, e quando devia ter ficado só um brinquedo, utilizou depois mais para construir 2 cenas. Fiquei a pensar no que devia fazer...e optei em vez de anular a situação, por aproveitar para que ela explicasse o que estava a fazer, pois senti que a jovem estava a precisar de trabalhar outras questões, e ela depois alterou o seu comportamento ficando mais tranquila. Sei que por um lado podia ter sido mais assertiva/firme, mas por outro lado naquele momento senti que era importante outro desfecho para ela. Passei também por outra experiência com outra jovem que me pediu para abraçá-la e aceitei mas pensei no momento que ela tinha lêsdeas, pelo que senti depois que o meu abraço não foi pleno/sentido, condicionado pelo que estava a pensar e que devia ter referido antes que não me sentia confortável com o abraço.

Conclusão: Ao longo deste estágio e com estes exemplos, cada vez mais percebo que, devo tentar pensar menos, sobre o planeado, deixando também fluir para o que eles necessitam e focar-me mais no que estou a sentir que vem deles, para entender melhor o que “reclamam”. Por exemplo, uma menina com mutismo seletivo, mas com uma postura e olhar que transmite muito, a tristeza e sofrimento, e que estará a pensar e a elaborar, apesar de não falar sobre isso.

Plano de Ação para nova situação: Preparar nova atividade terapêutica, a final, sobre Kit de primeiros socorros para o futuro, incidindo sobre a minha despedida também, deixando mais espaço para a criatividade e para o sentir.

Apêndice 8: Diário Semanal do Estágio Final

Diário Semanal – 31/10/2022 a 4/11/2022

Iniciei o estágio com uma mistura de sentimentos como curiosidade, expectativa e ansiedade, além de preocupação em atingir todos os objetivos pelo atraso no seu início, tendo em conta um problema de saúde. Fui muito bem recebida pela minha orientadora EESMP, o que ajudou a tranquilizar-me, e restante equipa multidisciplinar, colega enfermeira A, psicomotricista, terapeuta ocupacional, assistente social, as 2 administrativas, os pedopsiquiatras e assistente operacional, o que transparece um bom ambiente de trabalho. A Enfermeira mostrou-me o serviço, formas e normas de atuação, inclusive o planeamento de consultas, organização interna, tipo de reuniões, circuito e referenciação por médico de família ou hospital. Os médicos e enfermeiros acompanham os casos consoante a divisão existente das unidades abrangidas na área. Questionei como poderia ajudar num projeto investindo na minha formação e colaborando com a unidade, e fiquei entusiasmada quando a enfermeira manifestou interesse na estruturação da consulta de enfermagem de saúde mental no papel, pois já tinha iniciado pesquisa por ser do meu interesse para o Relatório final. Estive reunida com a enfermeira A que também está envolvida na realização dos documentos na unidade e partilhou algumas ideias sobre a consulta de enfermagem. Vi em que atividades poderia participar com a Orientadora e fui incluída em dois grupos terapêuticos - “A Arte do Jogos” e o “Pensar a Desenhar”, das terças, quartas e sextas-feiras e quais as crianças envolvidas nestas intervenções do Hospital de Dia. Pude pesquisar no programa SClínico os dados do seu historial antes de começar a participar nas dinâmicas e constatei que as situações mais comuns no momento são as alterações de comportamento, por vezes desafiantes dos 11 aos 13 anos, assim como, ansiedade e comportamentos autolesivos, dos 13 aos 16 anos, estes últimos que vão ao encontro dos meus objetivos do estágio. Era algo que também me preocupava, pela necessidade de um *continuum* de raciocínio crítico a aprofundamento de conhecimentos. Pude aferir ainda procedimentos de enfermagem e a psicofarmacologia utilizada se necessário. Tive oportunidade de assistir a uma primeira consulta com uma mãe e jovem de 16 anos referenciada por tique nervoso, ansiedade marcada, psicose, ideação suicida e irritabilidade. Foi interessante a interação com a jovem pela importância que senti em analisar numa primeira consulta uma série de fatores, como a postura corporal, tipo de queixas/preocupações, risco de suicídio, gravidade da situação, dinâmica familiar, rede de apoio, se toma medicação específica e adesão terapêutica, ou seja, a necessidade de uma boa triagem para posterior encaminhamento mais correto.

Diário Semanal – 07/11/2022 a 11/11/2022

Esta semana foi diferente com novas experiências começando na 2ª feira com os Grupos de Pais, de manhã com 12 elementos, com Dr.ª responsável, enfª, Eu e outra aluna estagiária de psicologia e à tarde com 8 elementos. Fiquei surpreendida pois no geral os pais aderiram e participaram na atividade de forma fluida, alguns precisando de partilhar mais situações ou dificuldades. A Dr.ª começou por perguntar como estava a correr a evolução dos filhos e depois direcionou a conversa para a infância dos pais em relação à escola, comportamento e realização de trabalhos de casa. Houve uma partilha rica nos 2 grupos com demonstrações de competências dos pais no geral e alguma capacidade de insight, para os levar à autoreflexão, assim como, comportamentos que acabam por condicionar por vezes os filhos. Além disso, foram abordados temas como abuso e bullying. Na reunião do Grupo multidisciplinar da Área de Dia estiveram presentes outra Dr.ª, as duas enfermeiras, psicóloga, a educadora do hospital e psicomotricista além de estagiárias da psicomotricidade. Foram abordados os casos das crianças em seguimento do 1º ciclo, a sua evolução, inclusive de 2 pais que não concordam com a utilização da medicação do filho e partilhadas informações pertinentes entre todos.

Assisti a outra primeira consulta de enfermagem com mãe e filha, com Enfª A, para avaliação inicial e triagem segundo o risco e encaminhamento, tendo por base o acrónimo de HEADSSS e adequando consoante a necessidade e o desenrolar da consulta. Esta informação é articulada depois com o Médico responsável da área de residência. A jovem de 14 anos vinha com referenciação por Síndrome de Tourette tendo sido seguida no privado desde os 8 anos, mas a mãe manifestou interesse no acompanhamento no SNS. Desta vez, a Enfermeira optou por falar primeiro com a jovem e depois com ambas, e senti que facilitou mais a abertura da jovem, recetividade às questões e conseqüente início da construção de relação terapêutica e confiança.

Tive a primeira interação com o grupo da “Arte dos Jogos” em que estiverem 3 crianças dos 12 aos 13 anos, pois os restantes faltaram. O grupo foi dinamizado pela professora, enfermeira e terapeuta ocupacional e deram-me a tarefa de fazer o registo da sessão. Devo confessar que me senti frustrada pois a sessão no decorrer

parecia necessitar de estrutura ou outro planeamento, tendo em conta o grupo e objetivo. No final reunimo-nos e partilhei este sentimento, assim como os restantes elementos e falaram de como podia ser diferente, próximos passos e possibilidades para outras sessões mais estruturadas com foco.

Além disso, participei numa reunião da Área de Dia com a equipa multidisciplinar, onde abordaram o comportamento dos meninos nas atividades da psicomotricidade e da Expressão Plástica (2 grupos alternados), correlacionando com o Grupo de Pais do período da manhã (9H45-12H). Foi gratificante ouvir a partilha entre os elementos da equipa para interajuda, como em relação a um menino que não percebia porque vinha às sessões e a explicação dos diferentes técnicos confluiu nas abordagens inclusive com os pais.

Às quartas também ocorre a reunião de equipa do Hospital de Dia com pedopsiquiatras, psicólogas, enfermeiras, psicomotricistas, terapeuta ocupacional, professora do ensino especial, musicoterapeuta, estagiários, em que são falados aspetos de organização interna e vão alternando semanalmente apresentações dos diferentes técnicos com casos seguidos para esclarecimento de dúvidas e reajuste do processo terapêutico. Achei muito relevante este tipo de reunião pois dá segurança nas intervenções e senti que se trabalha em equipa e não se está sozinho. Nesta 4ª feira, foi apresentado um caso acompanhado pela Psicomotricista e Psicóloga muito interessante, de um jovem com 13 anos com diagnóstico do espectro psicótico, em que os restantes elementos deram contributos nas decisões a tomar do projeto terapêutico como a necessidade de Intervenção Familiar. Na 2ª parte da reunião, foi apresentada a dinâmica da “Arte dos Jogos” em que estive presente no dia anterior pelas 3 colegas e eu fiz a apresentação/relato da sessão. Os restantes elementos deram a sua opinião no que poderia ser melhorado na intervenção, do foco, tendo em conta o historial clínico das crianças que foi partilhado pelos pedopsiquiatras que os estão a acompanhar (cada pedopsiquiatra fez um resumo da criança que está a seguir em consulta e contexto familiar). Neste contexto, estive reunida previamente com a Terapeuta Ocupacional para falarmos sobre as sessões da “Arte dos Jogos” pois estava inicialmente responsável pelo registo das sessões e mostrou-me como se estruturavam.

Da mesma forma, participei pela primeira vez no Grupo “Pensar a Desenhar” onde estiveram 6 adolescentes, tendo faltado 2 elementos, onde me foi atribuído o mesmo papel de registo da sessão. Foi orientado por pedopsiquiatra, enfermeira A e terapeuta ocupacional. Desta vez reuniram-se e definiram previamente a estrutura segundo a necessidade do grupo e sua evolução. Foi escolhido propor a realização de um jogo com cartas “Ideias com História” em que são colocadas algumas situações para pensar em formas de resolução de problemas. A dinâmica conseguida foi muito rica entre os elementos, à exceção de uma jovem que não quis falar e que apresenta mutismo seletivo. Foi gratificante vê-los a pensar sobre os problemas e possíveis soluções e refletir sobre estes aspetos que podem fazer parte do seu dia-a-dia como fuga de casa, isolamento, namoro na adolescência, distanciamento parental, depressão.

Diário Semanal – 14/11/2022 a 18/11/2022

No dia 15 de novembro iniciámos o dia com uma reunião entre os elementos do grupo terapêutico “A Arte dos Jogos”, com enfermeira, terapeuta e professora, para conciliar outro plano e sinto que precisam disso, pelas opiniões por vezes divergentes dos diferentes Técnicos. Fizeram uma ponte com o feedback da equipa multidisciplinar na semana passada, senti-me melhor nesta reunião pela maior participação de todos e tive oportunidade de dar a minha opinião sobre possíveis dinâmicas para o grupo que me faziam sentido. A Enfermeira aqui assumiu a liderança e parece-me a pessoa que terá formação e raciocínio mais ajustado nesta área, tendo falado questões que achei pertinentes. Em seguida, assisti a uma 1ª reunião periódica de consultadoria com a equipa dos centros de saúde de uma das zonas, com psicóloga, enfermeira da saúde escolar e uma aluna de enfermagem (a assistente social faltou). Nesta reunião são apresentados casos para possível acompanhamento na unidade de psiquiatria. Além disso, foi abordado o protocolo entre o Hospital e o ACES em que os casos devem passar primeiro por avaliação prévia da psicóloga e assistente social, em vez de referência direta para a unidade e denotou-se a frustração da psicóloga pela falta de recursos humanos.

No dia seguinte decorreu a reunião do Hospital de Dia com a apresentação dos 2 grupos de psicomotricidade. Nesta reunião tive mais facilidade em fazer a correlação entre o que era falado sobre a evolução clínica de alguns meninos, pois também estão incluídos na “Arte dos Jogos”. Foi interessante perceber as semelhanças e diferenças consoante os objetivos terapêuticos dos tipos de grupos com diferentes mediadores e julgo que foi importante esta partilha para todos os técnicos. Para mim foi gratificante observar que existe uma união de forças, por assim dizer, para uma evolução positiva e mais rápida além de ser um momento de excelente

aprendizagem. A musicoterapeuta também descreveu algumas dificuldades relativamente ao seu grupo de jovens, em que é preciso estar atento a alguns comportamentos e relações disfuncionais relacionados com predação e disforia de género. Reviram as indicações terapêuticas ou benefícios e contra-indicações para os grupos e possíveis ações (também de acordo com o consentimento informado assinado previamente pelo responsável), segundo a avaliação da médica responsável pela jovem neste caso. Já me sinto mais confortável nestas reuniões pois vou conhecendo os casos, percebendo a dinâmica do serviço e funções dos diferentes elementos, sendo as partilhas encaradas como momentos de evolução pessoal e profissional. Tivemos o grupo terapêutico do “Pensar a Desenhar” e fiquei novamente a fazer os registos. Antes das reuniões dos grupos terapêuticos costumamos reunir-nos para delinear ações o que dá mais segurança. Após as sessões costumamos falar como correram e como nos sentimos, o que é muito importante para perceber também os sentimentos dos colegas. Esta sessão em que estiveram quase todos os jovens e apenas 2 terapeutas pareceu fluir melhor no geral. Houve momentos de partilha entre todos por grupos e cumplicidades. Gostei muito de estar presente nesta dinâmica pois é a faixa etária com que me identifico mais, além da observação das jovens com historial de CAL, sintomas depressivos e o desenrolar das suas interações.

Diário Semanal – 21/11/2022 a 25/11/2022

Esta semana foi necessário ir mais vezes à minha unidade e os restantes dias foram greve dos Enfermeiros, e estive a fazer trabalho autónomo do Estágio.

Diário Semanal – 28/11/2022 a 02/12/2022

Nesta semana dei continuidade ao trabalho de observação e registo das sessões com os Grupos Terapêuticos, com reuniões de preparação e de avaliação após com os técnicos responsáveis e já me sinto mais incluída tanto pelas responsáveis, como pelas crianças e jovens, pois até perguntaram por mim na minha ausência.

Houve outra reunião de consultadoria com a psicóloga de outra Unidade, com a dra e a enfermeira orientadora onde foram discutidos 4 casos para seguimento, tendo sido aceites 3 que vão ser encaminhados pelo sistema ALERT, sendo que o outro já tinha consulta marcada nesta Unidade. Deste modo, tenho vindo a conhecer os procedimentos, circuitos de atendimento e os profissionais de saúde. Além disso, houve possibilidade de fazer um domicílio para administração de terapêutica injetável a um jovem com a enfermeira A, num Lar para Jovens da Santa Casa da Misericórdia. Verifiquei o apoio prestado e a boa relação entre o jovem e os funcionários da instituição e fiquei contente com as excelentes condições existentes, como um “Lar” realmente, enquanto aguarda uma família de adoção. Utilizámos estratégias não farmacológicas e o jovem aderiu ao procedimento e manifestou carinho no final por nós com abraços.

Estive presente nas reuniões, a multidisciplinar e do Hospital de Dia, onde foram abordados casos da psicologia e da musicoterapia. Em relação à psicologia, a dra reforçou a dificuldade da equipa em dar resposta em tempo útil pois tem apenas 2 psicólogas no momento, de como encaminhar familiares adultos para a psicologia do hospital, do protocolo da referência e os critérios que devem ser respeitados pelos colegas nas escolas da psicologia educacional com avaliação cognitiva escolar e para apoio segundo o decreto-lei 54/2018, e nos centros de saúde, apesar do défice de profissionais para as necessidades. A pedopsiquiatra abordou a questão que achei muito pertinente de casos que são propostos para acompanhamento com diagnósticos específicos em que, por exemplo, não há avaliação prévia familiar e as medidas que foram tomadas. Falou-se também da Via Verde implementada para encaminhamento de utentes sem médico em 3 unidades de saúde. Sinto que estas reuniões são sempre muito enriquecedoras em termos de funcionamento global e como retorno dos profissionais que lidam todos os dias com estas questões.

Por outro lado, a apresentação da Musicoterapeuta com visualização de vídeos de sessões também me fez imenso sentido, pela conexão entre a ação do corpo, da música, do ritmo, do canto e da escolha do instrumento, com os conteúdos internos dos jovens, da sua relação com o corpo, resistências, tipo de sofrimento, reciprocidade e identidade pessoal e do grupo, tendo sido um momento muito marcante. No entanto, o momento principal desta semana foi a primeira reunião com ambas as orientadoras do estágio, que tanto ansiava. Foi fundamental para ajudar a sentir-me mais útil apesar de observadora nos Grupos Terapêuticos pela dinâmica da Unidade e para tomar consciência que estou a contribuir também para o grupo. Refleti sobre o meu foco dos jovens com comportamentos suicidários, sobre o meu projeto na zona onde trabalho, sobre a consulta de enfermagem de saúde mental no contexto e, por fim, da possibilidade de fazer o acompanhamento de um jovem com comportamentos autolesivos (CAL). Fiquei numa dualidade de sentimentos, satisfação mas também receio de não conseguir cumprir todos os objetivos pois sinto normalmente a necessidade de me superar em cada experiência. No final estive a falar com a orientadora do estágio e partilhei estes sentimentos e dúvidas, mas o

feedback fez sentir-me mais tranquila e segura. Por outro lado, fui convidada para participar num almoço de equipa e grupo do amigo secreto antes do Natal, pelo que acho que a equipa multidisciplinar se sente confortável com a minha presença e ajuda.

Diário Semanal – 05/11/2022 a 09/12/2022

Esta semana estive a falar com a orientadora sobre o trabalho entregue da estruturação da consulta de enfermagem de saúde mental neste contexto.

Na sessão da “Arte do Jogos” desta semana surgiu um conflito difícil de resolver pelos técnicos que estava latente e senti-me frustrada por não poder colaborar diretamente. Foi falado sobre uma atitude incorreta anterior de um dos intervenientes, apesar de não estar presente na sessão desta semana e que 2 colegas não conseguem perdoar. Foram faladas estratégias de possíveis resoluções para tentar na próxima semana com o rapaz, evitando o perpetuar da conversa sem a sua presença. No entanto, o fato de não poder participar diretamente também me ajudou a refletir e a trabalhar a minha necessidade de controlo das situações e a focar-me em outros aspetos. Por exemplo, *a posteriori* os técnicos podem analisar as suas intervenções segundo a minha visão do exterior e registos – raciocínio segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs. Além disso, foram efetuadas questões numa atividade sobre o Natal pela professora em que estava implícito a família sendo um tema sensível, e 2 elementos fizeram tentativas de rejeitar o assunto e senti-me inquieta e pensativa. Fui efetuando a correlação com as dinâmicas familiares das crianças/jovens o que acabou por ser uma experiência enriquecedora mas, por outro lado, na mesma situação julgo que deveria ter sido colocada a proposta de atividade sem remeter para aspetos familiares ou de tristeza com questões mais vagas como por exemplo, escreverem nos dedos das mãos que desenharam: “O que gostariam de receber no Natal?”. No final da sessão foram abordados alguns destes aspetos em reunião e também partilhei a minha perceção. Sinto ainda alguma desestruturação no grupo e uma união frágil pelas distintas ideias que possuem. Tenho tido uma abordagem delicada nas interações e tenho esperança que com os meus registos e partilha tomem mais consciência destes aspetos, onde faço o relato das reações das crianças com o discurso e postura corporal – raciocínio segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Diário Semanal – 12/12/2022 a 16/12/2022

Nesta semana tive oportunidade de assistir a uma reunião de consultadoria do agrupamento de escolas de outra unidade de saúde com a psicóloga que apresentou os casos. Foram expostos casos com problemáticas como autoagressividade, CAL, ansiedade, depressão e inclusive um caso de uma menina que nasceu num serviço onde exerci funções que me trouxe uma certa nostalgia...um caso que pressupõe perturbação da vinculação e atraso de desenvolvimento a necessitar de outro tipo de seguimento a nível da pedopsiquiatria. Os casos foram discutidos e aceites pela unidade à exceção de 2, um dos quais irá ser encaminhado para psicologia de adulto (está quase a fazer 18 anos) e nutrição, e outro que falta informação relevante da escola. Foi uma experiência enriquecedora pois percebem-se as intervenções dos diferentes profissionais e sua interligação, e será muito pertinente para as minhas futuras funções de articulação seja com a escola ou Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Estive ainda reunida com a orientadora a corrigir alguns aspetos do meu trabalho sobre a estruturação da consulta de saúde mental e com jovens com historial de CAL. Adorei a minha participação no almoço de Natal em que todos contribuímos, tal como o momento de troca de prendas com textos para adivinharmos quem recebe e quem oferece. Foi uma dinâmica muito rica e ocorre anualmente assim como os convívios e senti-me parte do grupo, tendo ficado a conhecer melhor alguns elementos e eles a mim. É uma unidade com um ambiente gratificante, descontraído, assertivo e onde se procura a evolução de cada um com espírito de interajuda para o bem da criança e adolescente.



Diário Semanal – 2/1/2023 a 6/1/2023

Esta semana foi especial pelo regresso de férias pois estava ansiosa por começar a trabalhar novamente na unidade e pela curiosidade do feedback da orientadora sobre a minha estruturação da consulta de enfermagem (que lhe tinha enviado no período de férias para análise). Depois da reunião não foram necessários ajustes significativos desta vez, parecendo estar mais de acordo com o que se pretendia. Estive presente na reunião de triagem de casos clínicos que tinham sido encaminhados nos últimos dias das unidades de saúde para a pedopsiquiatria do hospital, que foi realizada pelas 2 coordenadoras, médica e de enfermagem. Surgiu um caso interessante de um jovem institucionalizado pela CPCJ em que a mãe já não tem a guarda, o filho está numa Instituição, mas a pedir acompanhamento na unidade. A dra. telefonou à Instituição para mais informações e articulação, e senti a sobrecarga emocional de fazer a triagem apesar das situações para acompanhamento na Unidade estarem bem definidas, mas pela dificuldade de recursos e por vezes pela falta de informação. A enfermeira esteve reunida também com a outra colega que encaminhou uns 40 casos de uma médica que está doente, tendo realizado consulta telefónica para perceber necessidades e risco neste período. Os pedopsiquiatras têm uma média de 80-90 utentes em acompanhamento e um deles tem +-120 utentes, o que é um número excessivo para um acompanhamento apropriado e de acordo com o desejável em tempo de espera. Além disso, tive oportunidade de partilhar novamente os meus sentimentos sobre a evolução do estágio, do que vou sentindo nestas situações como por exemplo empatia com as dificuldades e com vontade de ajudar. E, nomeadamente sobre os grupos terapêuticos e de alguma frustração nas sessões do grupo “A Arte dos Jogos”, pela dificuldade de estruturação mas que tem vindo a melhorar, sendo um grupo difícil de intervir e que entra facilmente em conflito com comportamentos muito impulsivos, agressividade e sem capacidade de reflexão. Ao observar as sessões e ao realizar os respetivos registos, estou numa posição privilegiada de análise sobre o que poderá resultar melhor como abordagem em grupos com estas características e, por outro lado, em refletir sobre possíveis dificuldades que tento transmitir aos colegas nas reuniões e enviando os registos semanalmente para posteriores ajustes se necessário do plano de ação. Tenho-me sentido melhor, pois a orientadora tem solicitado a minha opinião e conclusões a que chego e vou dando exemplos específicos do que analisei. Além disso planificámos as próximas semanas, inclusive o início de acompanhamento de uma adolescente de 16 anos com CAL, que me deixou num misto de receio, ansiedade e expectativa por estarmos a avançar também.

Diário Semanal – 9/1/2023 a 13/1/2023

Esta semana foi mais gratificante pois verifiquei que no grupo terapêutico da “Arte dos Jogos” as colegas aplicaram algumas das minhas observações nos registos e auscultaram as minhas opiniões, por exemplo, em relação aos telemóveis na sessão, de não influenciarem as criações dos elementos do grupo, da organização de materiais, enfim. Finalmente sinto-me mais útil e animada ao verificar o retorno do meu trabalho e empenho. A orientadora também tem pedido a minha opinião acerca do decorrer das sessões e sinto-me melhor com estas validações.

Além disso, comecei a intervenção com a consulta de enfermagem à jovem de 16 anos com comportamentos suicidários para implementação do guião/linha orientadora, algo que ansiava. Realizei a primeira consulta com a mãe e irmão da jovem e depois só com a jovem, com a presença e apoio da Orientadora, para avaliação diagnóstica e avaliação do risco, que no final deu-me um retorno positivo sobre a condução das questões e avaliação e senti-me confiante para avançar. Na sexta-feira tive a primeira sessão com a jovem com explicação mais aprofundada sobre o processo, a importância do seu envolvimento, com examinar das expectativas, negociar objetivos, aprofundar historial e risco de comportamento suicidário e muito importante, o início do estabelecimento da relação terapêutica entre as duas. Por outro lado, senti necessidade de ir fazendo ajustes no documento da consulta de enfermagem especializada no decorrer da intervenção, inclusive com utilização de mediadores expressivos. No final senti-me bem pelo retorno da jovem apesar do início das sessões, pela preparação que fui fazendo ao longo do tempo para este tipo de intervenção e com esperança de poder ajudar de alguma forma ao desenvolvimento de competências desta jovem e diminuição da sua necessidade de CAL.

Diário Semanal – 16/1/2023 a 20/1/2023

Nesta semana continuei a minha intervenção nos grupos terapêuticos, sentindo-me mais incluída pois vão pedindo a minha opinião e vamos fazendo um raciocínio em conjunto do que pode resultar melhor de acordo com os objetivos, nomeadamente no grupo da “A Arte dos Jogos”. Trata-se de um grupo muito difícil, impulsivo,

reagindo mal à frustração com desencadear rápido de conflitos e manifestações agressivas desde verbais a físicas. Alguns elementos apresentam características de “gang” com parcerias, precisando de atacar para se defender, comportamentos que se tentam controlar mas vai desgastando em termos emocionais, não só a mim mas aos colegas diretamente. Mesmo assim, tenho consciência que estou a aprender imenso com este grupo, neste tipo de comportamentos grupais e experiências que têm sido feitas, o que me alegra pois embora pareçam por vezes infrutíferas, estão a servir de evolução para estes rapazes também.

Por outro lado, nas consultas de enfermagem com a jovem tenho sentido a necessidade de ir adaptando o programa de prevenção do suicídio (PPS) para adolescentes. Trata-se apenas de um guião ou linha condutora para o juízo crítico, flexível no decorrer da intervenção, de acordo com o feedback e os imprevistos da relação. Vou tentando no momento fazer o raciocínio clínico de acordo com os objetivos da interação, seja conhecer melhor o historial e enquadramento, aprofundar uma temática, necessidades, objetivos, explorar o tipo de comportamento e pensamentos associados, facilitar a autorreflexão, reforçar as aspetos positivos, identificar estratégias, enfim, numa dinâmica relacional e motivacional que não é linear e se vai construindo. Por vezes, sinto que não é o momento para determinada questão ou aprofundar algo ainda, preocupando-me em fazer psicoeducação e intervenção cognitiva com o cuidado de não prejudicar a relação terapêutica. Pesquisei ainda nos mediadores expressivos (jogo de competências socio-emocionais, desenho, pintura) o que a jovem pudesse gostar e fosse ao encontro dos objetivos de melhorar o autoconhecimento e autorreflexão (e outras intervenções do âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico). Sinto que a consulta está a fluir bem, mas ao mesmo tempo tenho receio de alguma recaída por algo que não esteja a analisar ou intervir da melhor forma...

Além disso, tive a avaliação intermédia com as duas orientadoras onde referi esta preocupação mas claro, foi dado ênfase que não estou sozinha e que em qualquer altura se necessário poderei pedir apoio aos pedopsiquiatras que estão na unidade e se maior risco ou ideação suicida encaminhar para o serviço de urgência. E que o Estágio no geral está a cumprir os objetivos que se pretendem em termos de aprendizagem e desenvolvimento de competências nesta fase, tudo questões que no fundo já sei mas que me apraz ouvir. Deste modo, sinto-me mais confiante com o feedback positivo das orientadoras nas opções que tenho vindo a tomar e para o caminho que pretendo percorrer no fim do Mestrado, pois tenho uma tendência excessiva para a autocritica nestas situações. Na azáfama do dia-a-dia, parece algo tonto, mas o tempo é pouco para refletir eficazmente sobre os eventos, e os momentos de avaliação e partilha só por si já são muito enriquecedores.

Momento de Reflexão

De que serve...	Sinto o fundo	Ergo-me novamente	E o que mais amo sentir	E para isso sou forte
Por vezes absorta e perdida...	Ou caio no chão,	Pensando na viagem	No amar e no cuidar,	E preciso de o ser,
Na fadiga ou desalento	Mas preciso sentir	No caminho para evoluir,	A mudança de alguém	E confiar se existo,
Mas não vencida.	E ouvir meu coração.	A única razão de existir.	Tentando ir mais além.	Sem me permitir esquecer...

Da minha autoria

Diário Semanal – 23/1/2023 a 27/1/2023

Esta semana teve muitos períodos de extrema riqueza, desde as reuniões de consultadoria com a Diretora da Unidade, à reunião multidisciplinar até à reunião do Hospital de Dia, com momentos de aprendizagem desde a discussão de casos clínicos, análise e priorização de situações, encaminhamentos necessários e articulação com a EMAT (Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais) e CPCJ com o apoio da assistente social. Falou-se também numa das reuniões sobre as situações de jovens com absentismo escolar total e não adesão aos projetos terapêuticos na unidade, inclusive como atuar em relação aos pedidos de Relatórios por parte das Escolas nestes contextos. Agrada-me esta dinâmica e o *brainstorming* que origina e depois a reflexão que daí advém, minha e dos outros (pois por vezes também surgem opiniões contrárias como é natural). Além disso, no fim do grupo terapêutico “A Arte do Jogos” estivemos reunidas com a psicomotricista e estagiárias, onde pude dar a minha opinião também sobre a duração das sessões, manifestar a minha não concordância com a exclusão de um jovem mais problemático do grupo (assim como as

psicomotricistas) e da possibilidade de alterar a articulação de uma técnica com outro jovem, o que foi ao encontro dos sentimentos de todas inclusive da própria. As minhas ideias foram ouvidas (assumindo até uma liderança subtil) e em relação à duração das sessões partilhadas com os outros técnicos em reunião multidisciplinar e com aprovação de todos. Já me sinto incluída nas dinâmicas e vou conhecendo os técnicos e suas especificidades, o que me dá segurança para ir emitindo o meu parecer. Comecei a pensar em como fazer a despedida nos grupos terapêuticos e pedi opinião aos técnicos e falei novamente com a orientadora sobre o acompanhamento da jovem e dúvidas que surgiram, e esta tem-me dado opiniões preciosas e sinto que está atenta e me apoia.

Por outro lado, tenho estado preocupada com a incerteza das próximas semanas, pois o estágio está a terminar e não sei como será para a frente pela dificuldade no local de trabalho. Falei sobre isso com a orientadora, das preocupações e sobre a organização possível na próxima semana...vou ajustando mas com sobrecarga maior. E infelizmente, na 6ª feira a jovem faltou, o que me inquieta pela necessidade de *timings* rigorosos nesta etapa.

Diário Semanal – 30/01/2023 a 03/02/2023

Esta semana foi mais difícil emocionalmente pela ausência ainda de resposta ao pedido de autorização em relação aos restantes dias para estágio, pelo que esta semana não consegui fazer as horas que gostaria, além da pressão do Instituto para terminar o estágio no dia 20 de Fevereiro. No entanto, fiz um pedido para utilizar ainda essa semana e aguardo resposta. Por outro lado, a jovem faltou à sessão novamente na 3ª feira (tinha faltado na 6ª feira) aparentemente sem avisar. Fiquei muito preocupada pelo tempo reduzido para terminar as sessões, mas também fiquei a pensar se estaria a sentir-se bem, se tinha acontecido algo ou, por outro lado, se achava que o acompanhamento não estaria a funcionar de acordo com as suas expectativas, o que poderia influenciar a adesão. Falei com a minha orientadora que disse que ligaria para confirmar a presença na 6ª feira e tentar perceber o que se tinha passado. Compareceu à sessão e a sua explicação foi plausível pela dificuldade às vezes de contactar os serviços a avisar. Reforcei as questões do contrato terapêutico e dos objetivos. Vinha aparentemente desejosa em partilhar algumas situações comigo pois o discurso fluiu melhor. Nesta sessão senti que avançámos mais ao trabalhar as suas competências, tendo demonstrado maior capacidade de insight e raciocínio através do meu estímulo e retorno, com uma pequena melhoria em relação à utilização de estratégias, pontos fortes e foco no objetivos, o que me apaziguou e deixou-me confiante na minha forma de atuação.

Além disso, às 3ª feiras o grupo terapêutico da “A Arte dos Jogos” foi dividido em 2 depois da reunião da semana passada e em cada grupo só compareceu um elemento pelo que não houve dinâmica de grupo e cada um esteve com uma terapeuta. Na 4ª feira não pude estar no estágio (e no Grupo do “Pensar a Desenhar”). Na próxima semana pedi autorização no serviço para gozar folgas para que consiga novamente participar em todas as atividades. Partilhei esta situação e inquietação com a orientadora, e espero que nas próximas 2 semanas seja possível a utilização de mais folgas para que consiga fazer a despedida nos grupos. Conversei com a orientadora sobre a apresentação ao resto da equipa multidisciplinar que só poderá ser no dia 22, e tem-me dado reforço positivo em relação às minhas preocupações e decisões.

Diário Semanal – 06/02/2023 a 10/02/2023

Esta semana foi alucinante e senti-me assoberbada com o trabalho, as trocas necessárias no serviço e autorizações, a preparação para as próximas 2 semanas no estágio (da despedida dos grupos terapêuticos, das sessões com a jovem, da consulta de devolução com a mãe, estudar mais, refletir para o diário semanal, da apresentação do PPS à equipa multidisciplinar...), a articulação com o Instituto e professores, com as enfermeiras orientadoras e o trabalho que ainda tem de ser realizado. Além disso, a preocupação em atingir os objetivos iniciais e intermédios e com sucesso, para a avaliação final e recolha de contributos para o Relatório de Estágio.

Por outro lado, apesar desta inquietação, sinto-me confiante de que fui desenvolvendo um bom trabalho nas várias vertentes (grupais e individuais), tendo evoluído como profissional e julgo que consegui demonstrar isso na unidade, à equipa e à orientadora.

As consultas com a jovem voltaram a avançar aparentemente sem recaídas e com aparente evolução positiva desde o início do programa, que tenho avaliado através das suas respostas e maior fluidez do discurso, expressão facial e através dos mediadores expressivos (desenho, pintura, jogo), mas fico com a sensação de poder necessitar de maior consolidação *a posteriori*, que seria conseguido com mais tempo na Unidade.

As reuniões desta semana foram igualmente muito ricas em conteúdo e partilha de opiniões entre os técnicos sobre outro caso da psicologia, com ideação suicida e provável disforia de género, que também precisa de encaminhamento para a CPCJ por uma mãe negligente e de medidas tutelares educativas. Gosto imenso deste tipo de reuniões multidisciplinares, pois sinto que para um trabalho mais eficaz na área da saúde mental a articulação entre as equipas é indispensável e fico contente pelo exemplo e atuação nesta unidade. Houve apresentação novamente do Hospital de Dia sobre o grupo terapêutico da “Arte dos Jogos”, em que tive a oportunidade de participar com alguns contributos, onde foi abordada a decisão conjunta de dividir o grupo em dois, pela situação crescente de conflitos entre alguns elementos e seus casos específicos, apesar das estratégias que foram sendo implementadas nestas últimas semanas. Falou-se do fato de serem meninos no geral desafiantes, com impulsividade, agitação fácil, baixa tolerância à frustração e agressividade latente, e que por isso precisam muito deste tipo de intervenção para que possam evoluir em contexto grupal e que os técnicos também precisam de se ir adaptando. Falou-se sobre o número de terapeutas necessários, da possibilidade de acrescentar outras crianças mas apenas a partir de março tendo em conta as alterações recentes e a necessidade de estabilidade. Foi novamente uma partilha com diversas opiniões, que serviram de autoreflexão e crescimento profissional ao nível da intervenção terapêutica grupal e que tem sido para mim uma mais-valia. Comecei a despedida dos grupos terapêuticos com o sentimento de alguma tristeza mas procurei não transparecer a emoção pela expressão facial ou postura corporal, pelas mudanças que foram implementadas e nas quais já não poderei participar...mas o percurso é assim mesmo, umas vezes presente e noutras ausente, para que outras coisas possam surgir na nossa vida e nas dos outros.

Diário Semanal – 13/02/2023 a 17/02/2023

Esta semana foi um teste à minha capacidade de resiliência, de força, resistência interior e adaptabilidade, quando achava que a situação da jovem que estou a acompanhar estava a evoluir favoravelmente. Cheguei a ponderar uma série de coisas, após a sessão onde falou sobre o episódio de violência doméstica com a mãe, se teria dado o retorno adequado e fiquei frustrada por algo deste género poder estragar o investimento emocional de semanas. Ponderei a minha capacidade de conseguir ajudar eficazmente os jovens em situações de violência doméstica, pois nestas situações tenho de utilizar a 100% todos os meus recursos/competências, toda a minha capacidade de foco e concentração para avaliar as hipóteses e avançar sem destabilizar, pois são situações que aumentam a minha empatia. Tenho plena consciência que estes casos exigem mais de mim, mas também sinto que consigo desenvolver depois a intervenção psicoterapêutica focando-me novamente na pessoa à minha frente. E que a implicação das ações da família na saúde mental dos seus membros é tão, mas tão importante, e que o investimento do estado português para a ajudar nas suas dificuldades é tão banal na prática, assim como o número de profissionais de saúde mental na maioria das instituições, inclusive na prevenção onde devia ser mais valorizado. Esta realidade dá-me mais motivação para tentar fazer algo, pois a sensação que fica é que andamos a fazer as coisas ao contrário, tentando uma “cura” deste tipo de problemáticas de sofrimento das crianças e jovens, por vezes medicando sem necessidade efetiva, em vez de investir mais na Terapia Familiar, nos Grupos Terapêuticos de pais, nas escolas e até nas unidades de saúde com cursos de parentalidade, onde sejam abordadas temáticas relacionadas com a educação dos filhos de forma mais consciente e este tipo de problemáticas.

Apêndice 9: Entrevistas Motivacionais

RESUMO - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COM M. NO DIA 6-6-2022 – TRABALHAR ALIANÇA TERAPÊUTICA

Tens conseguido dormir melhor? Durmo, já só acordo 2x por noite, acordava 4-5x por noite...então sentes-te melhor dessa forma? Sim

A comida tem sido mais ao teu gosto? Sim, mas estou preocupada com o peso...falámos da altura 1,70m, do peso atual, do que ganhou, da sua dificuldade em aceitar isso, de como pode ter mais peso e estar mais em equilíbrio...parece ter-lhe feito sentido...

A tua escrita no diário tem ajudado? Sim, escrevo sobre as coisas que se passam, desenho, dos meus pensamentos...explorei-os...estratégias, exemplos, pois todos nós por vezes temos pensamentos intrusivos e vamos aprendendo a lidar com isso ao longo da vida

Como te sentes no internamento? O que gostarias de trabalhar mais aqui? A autoestima, o pedir ajuda...reforcei que está melhor pois tem pedido ajuda, parece mais confiante...

Quais são as tuas expetativas em relação ao tempo que aqui estás? Gostarias que algo fosse diferente? Ficou a pensar e disse que estiveram a falar da alta no meio de Junho...falámos da sua vontade de ter alta, porquê...sente-se mais preparada

Expetativas depois da alta? Falámos de ter faltado no 3º período às aulas, de não ir fazer as provas finais, se estava preocupada ou não...de ter passado para o 10ºano, de mudar de turmas mas continuar a encontrar-se nos intervalos com a L.

Onde gostarias de ir? Vou de férias com a minha mãe...pareces contente...sim

Atividades que vais fazer? Conversámos de ter passado para o 10º ano, do *British* e o *badminton* que gosta muito, embora seja muito intenso, competitivo, não dá para amizades...mas quer continuar e foi uma escolha sua

Com quem gostarias de estar? Falámos da L melhor amiga, não outros colegas pois fazem conversas que não gosta... ainda não te sentes preparada para falar com eles sobre o que se passou....falou da mãe que acha que está melhor a relação...não explorei ainda

Com quem não gostarias de estar? Com a avó...falámos da diferença de idade, geração, personalidade, de como somos diferentes na forma de expressar afetos.

RESUMO - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COM M. NO DIA 13-6-2022 SOBRE EXPETATIVAS E ALTA

Comecei por falar da família e completei o genograma familiar

Falámos dos avós, tios, primos, relações...

Perguntei-lhe a área que escolheu para o 10º ano?

O que pretende seguir...

Escolheu a área de Ciências para o 10º ano pois quer seguir biologia. Pareceu ficar contente com a conversa...

Perguntei se existe enfermeiro no colégio que sinta que pode dar apoio em alguma situação.

Tem enfermeiro no colégio mas só serve para dar chá e gelo. Trabalhei esta questão de como vê o enfermeiro no colégio, que a atuação é diferente, implica outro tipo de responsabilidades e autorizações, mas que é bom ter aquela ajuda se necessitar

E o acompanhamento com a psicóloga, sentes-te bem com ela? Por ser acompanhada no privado,

Ela está grávida, contou-me logo com 1 mês de gravidez e que ia passar para outra colega de confiança 2x por semana também até início do ano. Como te sentiste com isso? Senti-me mais segura pois contou-me logo o que se ia passar.

E a pedopsiquiatria?

Estava com a pedopsiquiatra 1x por semana...também gosto dela.

Falámos de estratégias, de como acha que está a evoluir, como se sente...

Elástico no pulso – estratégias dolorosas

De estratégias mais positivas que têm sido faladas na expressão pela arte também. Sorriu...sente-se melhor quando conversamos...

Se surgir uma situação desagradável na escola, como achas que irás lidar com isso e dei exemplos de aborrecimentos com colegas... Falar sobre a pessoa? Ignorar, afastar-me... falei sobre a importância da assertividade, de falar o que sente no momento certo de forma correta.

Falámos das atividades extra, das ocupações no exterior

Do *badminton* que só começou em setembro, não tem provas para já *British* agora para melhorar o nível - Parecia entusiasmada...

Como achas que será a adaptação depois em casa, após alta? Com a mãe? Falámos das lâminas, que não sente tanta necessidade depois...será?

Que a mãe também está triste mas que falam de tudo agora e assim podemos estar tristes as duas...falámos um pouco da mãe, de como se sente com ela...disse que tem saudades...

Falou de maior proximidade com a G., colega do internamento, da frustração de estar aqui

Reforcei a importância do internamento, do que está a conseguir, das pausas importantes na nossa vida para delinear o caminho, de como por vezes consegue interagir melhor, de como consegue refletir sobre as situações, consegue pedir ajuda...

RESUMO - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COM M. NO DIA 14-6-2022 SOBRE INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS (CDI)

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA EQUIPA MÉDICA EM REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR E CONHECIMENTO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Preencheu a escala da depressão CDI de 27 itens, que avalia sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta, com cotação entre 0 e 54, o máximo da cotação, tendo obtido no total 30 (“depressão leve”).

No entanto, o objetivo central foi uma maior compreensão da sintomatologia, tendo em conta que algumas respostas ou mesmo relatos das sua história e sintomas por vezes são ambivalentes ou mesmo confusas.

Nas respostas da escala, apesar de se confirmar a tristeza, revela ter amigos, que se diverte na escola, demonstra que tem competências escolares, o sentimento de ser amada, mas que se sente só, com baixa auto-confiança, sente-se feia, sem esperança no futuro e mantém ideação suicida –esta informação foi transmitida à colega EEESMP e ao pedopsiquiatra responsáveis pelo caso.

Perguntei sobre o trabalho do pai e falámos sobre este, que trabalha em gestão de empresas, pelas difíceis marcações, mas também que tem horário flexível, de uma reunião familiar com o Dr. inicialmente, das duas casas por onde se divide, dos meios-irmãos, da nova companheira, para tentar perceber o que sente, como está a lidar com isso, pareceu tranquila.

Falámos novamente sobre a L. e sobre um grupo de amigos do colégio, que não tinham comportamentos desadequados só ela e falámos dos consumos.

Perguntei se gostava de alguém para perceber outras relações e proximidades, e falou de um namoro com um rapaz de outra turma e falou do seu comportamento, que não tinha havido influência deste nos seus comportamentos desajustados e que ainda gosta dele.

Apesar de aparentemente tranquila com a atividade da dança e movimento desse dia e com a nossa conversa já tinha pedido medicação SOS 2x nesse dia (Cloropromazina), que tem vindo a ser mais frequente, ou seja, parece refletir nas situações, escreve sobre elas, possui recursos e pede ajuda com medicação sendo a estratégia mais utilizada no momento.

Anexo 1 – Inventário de Depressão para Crianças

Inventário de Depressão para Crianças (CDI- Children`Depression Inventory Kovacs, 1985, 1992, versão portuguesa de Marujo1994)
C.D.I. - Children Depressive Inventory (Kovacs, 1985)

As crianças e os adolescentes pensam e sentem, de maneira diferente uns dos outros. Este inventário apresenta vários grupos de sentimentos e ideias. Escolhe em cada grupo apenas uma frase que melhor mostre aquilo que tens pensado e sentido nas duas últimas semanas. Só depois de teres escolhido uma frase de um grupo é que avanças para o grupo seguinte. Não há respostas certas nem respostas erradas. Escolhe apenas a frase que melhor descreve a tua forma de sentir e pensar nos últimos tempos. Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher este inventário. Experimenta. Coloca a cruz ao lado da frase que melhor te descreve.

EXEMPLO:

Leio livros muitas vezes

Leio livros de vez em quando

Nunca leio livros

LEMBRA-TE QUE DEVES ESCOLHER AS FRASES QUE MELHOR DESCRIVEM OS TEUS SENTIMENTOS E IDEIAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

Às vezes sinto-me triste

Sinto-me quase sempre triste

Sinto-me sempre triste X

Nunca nada me vai correr bem X

Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem

As coisas vão-me correr bem

Faço quase tudo bem

Faço muitas coisas mal X

Faço tudo mal

Divirto-me com muitas coisas

Divirto-me com algumas coisas X

Nada é divertido para mim

Sou sempre mau(má)

Sou mau(má) muitas vezes

Sou mau(má) de vez em quando X

De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer

Tenho receio que me aconteçam coisas más

Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis X

Detesto-me X
Não gosto de mim
Gosto de mim

Sou culpado(a) de tudo o que acontece de mau X
Muitas coisas más acontecem por minha culpa
As coisas más não costumam ser culpa minha

Não penso em matar-me
Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei
Quero matar-me X

Tenho vontade de chorar todos os dias
Muitas vezes tenho vontade de chorar X
De vez em quando tenho vontade de chorar

Tudo me aborrece imenso
Aborreço-me com muitas coisas X
Algumas coisas aborrecem-me

Gosto de estar com pessoas
De vez em quando não gosto de estar com pessoas X
Nunca quero estar acompanhado(a) com pessoas

Nunca consigo tomar decisões
Para mim é difícil tomar decisões
Tomo decisões com facilidade X

Gosto do meu aspeto
Há algumas coisas no meu aspeto de que não gosto muito
Sou feio(a) X

Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os meus trabalhos da Escola
Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os meus trabalhos da Escola X
Não é difícil fazer os trabalhos da Escola

Durmo mal todas as noites X
Muitas noites durmo mal
Durmo sempre muito bem

Sinto-me cansado(a) de vez em quando X
Sinto-me cansado(a) muitas vezes
Sinto-me sempre cansado(a)

A maior parte das vezes não me apetece comer X
Muitas vezes não me apetece comer
Como muito bem

Não me preocupo com a minha saúde X
Preocupo-me muito com a minha saúde
Ando sempre terrivelmente preocupado(a) com a minha saúde

Não me sinto só
Sinto-me quase sempre só
Sinto-me sempre muito só X

Nunca me divirto na escola
De vez em quando divirto-me na escola
Divirto-me sempre muito na escola X

Tenho imensos amigos(as) X
Tenho alguns amigos(as) mas gostava de ter mais
Não tenho amigos

Os meus resultados escolares são bons
Os meus resultados escolares já foram melhores X
Estou muito mal em disciplinas em que dantes era bom(boa)

Nunca vou conseguir ser tão bom(boa) como os(as) outros(as) X
Se eu quiser poderei ser tão bom(boa) como os(as) outros(as)
Consigno ser em tudo tão bom(boa) como os(as) outros(as)

Tenho a certeza que ninguém gosta de mim
Não tenho a certeza se há quem goste de mim
Tenho a certeza de que alguém gosta de mim X

Costumo fazer o que me mandam

Na maior parte das vezes não faço o que me mandam X

Nunca faço o que me mandam

Dou-me bem com os(as) outros(as) X

Ando muitas vezes em brigas

Ando sempre metido(a) em brigas

FIM - Obrigado por ter respondido a este questionário

Apêndice 10: Diagnósticos e Intervenções - utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, versão β 2 (Amaral, 2010)

FOCO	DADOS COLHIDOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Infeção	Lesão na pele	Risco de Infeção aumentado	Ausência de infeção	Manter integridade da pele Vigiar sinais e sintomas de infeção Assegurar segurança durante procedimentos invasivos Vigiar CAL	Sem sinais de infeção
Apetite	Perda de peso	Falta de apetite	Ingestão de alimentos melhorada	Ensinar sobre alimentação saudável Vigiar a alimentação e assistir se necessário Solicitar avaliação do serviço de nutrição Pesar o utente 1x por semana Negociar metas; Promover autoresponsabilização	Aumento do peso progressivo
Sono	Insónia inicial e intermédia, acordando 4-5x por noite (das 00H às 05H) com dificuldade em retomar o sono	Sono prejudicado	Sono adequado	Psioeducação sobre o sono Executar terapia simples de relaxamento Controlar o ambiente de repouso Supervisionar o sono	Acorda 2x por noite no período das 00H às 05H
Autocuidado: higiene e vestuário	Higiene e vestuário negligenciado	Autocuidado comprometido	Higiene corporal melhorada	Ensinar sobre estratégias facilitadoras do autocuidado Assistir no Autocuidado ou Supervisionar Promover Autorresponsabilização Promover Auto Perceção Positiva	Autocuidado melhorado
Ansiedade	Observação de sinais e sintomas de ansiedade como aumento da tensão muscular Verbalização de ansiedade	Ansiedade em grau moderado/ elevado	Ansiedade reduzida	Avaliar e registar ansiedade Assistir na crise Oferecer suporte emocional Encorajar a expressão de sentimentos e emoções Ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade Executar intervenção psicoeducativa Executar relaxamento	Crises de ansiedade com maior espaçamento temporal e maior autocontrolo inclusive no pedido de ajuda
Tentativa De suicídio	Ingestão de comprimidos deixando carta de despedida	Alto risco de tentativa de suicídio	Diminuição do risco de tentativa de suicídio	Escutar ativamente Gerir ambiente: segurança Promover auto-perceção positiva Vigiar comportamento com a medicação Executar reestruturação cognitiva Assistir na identificação de fatores desencadeantes, do sistema de crenças irracionais, ...	Diminuição do risco de tentativa de suicídio

Comportamento interativo	Dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social; Evita participar em atividades sociais ou de grupo	Interação social diminuída	Desenvolver competências de interação social	Encorajar a participar nas atividades terapêuticas diárias Treinar competências sociais e habilidades de comunicação através dessas atividades Intervenção familiar de enfermagem	Comportamento interativo quando encorajado
Autoestima	Expressa sentimentos de desvalorização pessoal; Revela pensamentos negativos sobre si; desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas; dificuldade em se afirmar perante os outros	Autoestima diminuída em grau elevado	Melhoria da autoestima	Disponibilizar presença e suporte emocional Executar intervenção de promoção de autoestima Executar reestruturação cognitiva Executar intervenção psicoeducativa Promover a participação em atividades terapêuticas de grupo relacionadas com a autoestima	Autoestima diminuída mantém-se em grau moderado a elevado
Comportamentos autolesivos	Ideação suicida e comportamentos autolesivos observados que repete como forma de reduzir a ansiedade ou os pensamentos obsessivos	Comportamento autodestrutivo em grau moderado	Diminuição dos comportamentos autolesivos	Disponibilizar presença Promover treino para controlo de impulsos (técnica de distração, inteligência emocional, etc) Determinar limites comportamentais Promover a participação em atividades terapêuticas de grupo relacionadas com CAL Vigiar efeitos da medicação prescrita	Comportamento autodestrutivo em grau reduzido
Processo familiar	Ações familiares da mãe, pai e avó no bem-estar; diminuição da capacidade de resolução de problemas por parte da mãe e distanciamento afetivo	Papel do prestador de cuidados ineficaz	Melhoria do papel de cuidador (Mãe)	Intervenção familiar de enfermagem Promover a melhoria do papel de cuidador Executar treino de assertividade da M Promover relação de confiança com a família Assistir familiares a identificar e resolver os conflitos, aceitando valores sem julgamentos Facilitar a expressão de sentimentos	Não foi possível avaliação final

Apêndice 11: Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTUDO DE CASO

Sónia Raquel Nunes Baptista

2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO I

ESTUDO DE CASO

Adolescente com Ideação Suicida

Docente Orientadora
Maria de Fátima Marques

Discente:
Sónia Baptista – 210531015

Junho de 2022

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – *American Psychology Association*
CAL – Comportamentos Autolesivos
CDI – Inventário de Depressão para Crianças
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental
COVID-19 – *Corona Virus Disease 2019*
Cp - comprimidos
DGS – Direção Geral de Saúde
Ed. – Edição
EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica

ESS – Escola Superior de Saúde
FES – *Family Environment Scale*
GAIA – Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado
IMV – Ingestão Medicamentosa Voluntária
IS – Ideação Suicida
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
LP – Libertação Prolongada
LI – Libertação Imediata
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
NGASR – Índice *Nurses Global Assessment of Suicide Risk*
NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem
Nº - Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático
RCMAS – Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RP – República Portuguesa
RSES – Escala de Autoestima de Rosenberg
SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica
SU – Serviço de Urgência
TS – Tentativa de Suicídio
WHO – *World Health Organization*
WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças
UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
1. APRESENTAÇÃO DO CASO.....	8
2. AVALIAÇÃO FAMILIAR.....	13
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
4. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
ANEXOS.....	48
ANEXO 1 – Medicação e Intervenções.....	49
ANEXO 2 – Genograma Familiar.....	50
ANEXO 3 - Projeto Terapêutico da M.....	51
ANEXO 4 - Diagnósticos e Intervenções, utilizando a CIPE versão β2.....	53
ANEXO 5 – Tabela de Identificação de Fatores de Risco Clínico.....	56
ANEXO 6 – Entrevistas Motivacionais.....	57
ANEXO 7 – Inventário da Depressão para Crianças (CDI).....	60
ANEXO 8 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Emoções.....	64
ANEXO 9 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Autoestima.....	66
ANEXO 10 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Acreditar futuro.....	68
ANEXO 11 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Estratégias.....	70
ANEXO 12 - Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Kit 1º Socorros.....	72
ANEXO 13 – Registos das sessões da Expressão pela Arte da M.....	74

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caso Clínico da M. com base na teoria de Afaf Meleis.....	18
Quadro 2 – Diagnósticos de Enfermagem.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da Teoria das Transições de Meleis.....	20
--	-----------

NOTA INTRODUTÓRIA

Este trabalho surge no âmbito da avaliação da Unidade Curricular (UC) de Estágio I, do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), servindo como mais um elemento de avaliação que consiste na elaboração de um Estudo de Caso.

Ao longo deste trabalho foi realizada uma abordagem da doença Perturbação Depressiva em paralelo com a Ideação Suicida (IS) e Comportamentos Autolesivos (CAL), pelo risco de Suicídio e a História da Adolescente M. e sua Família. A avaliação familiar seguiu o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, com a elaboração de um Genograma Familiar, que demonstra as relações familiares.

O Modelo Teórico de Afaf Meleis, da Teoria das Transições serviu de base, tendo em conta a fase da adolescência em que a jovem se encontra e o impacto das transformações na sua vida. Seguindo este modelo, procedeu-se a uma correlação dos tipos de transições com condições facilitadoras ou inibidoras do processo de evolução e como o Enfermeiro pode ter um papel facilitador.

Além de, ter sido efetuada a relação com o tipo de consulta nesta fase do ciclo de vida e a intervenção psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) da Expressão pela Arte, ou Arteterapia no caso de formação específica.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2013) e o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio de 2013-2017, são considerados comportamentos autolesivos, os comportamentos com ou sem intencionalidade suicida. No entanto, a investigação tem demonstrado que as “tentativas de suicídio prévias são dos mais fortes preditores de risco para a consumação do suicídio, elevando-o para 10-60 vezes, sobretudo nos 3 a 6 meses subsequentes, podendo ocorrer uma escalada dos meios com recurso a métodos mais letais” (Bridge, Golstein & Brent, 2006, *as cited in* DGS, s/d, p. 71), assim como, a ideação suicida e os comportamentos autolesivos. Num estudo realizado em Portugal com estudantes de escolas secundárias do Norte, Centro e Sul do país, com idades entre os 15 e os 18 anos, cerca de 7% tinha feito uma ou mais tentativas de suicídio (Sampaio, et al, 2000, *as cited in* DGS, s/d, p. 71). Também no Plano Nacional de Prevenção de Suicídio de 2013-2017, é referido que as estatísticas não conseguem demonstrar a verdadeira realidade da situação em Portugal e que nem todos os jovens pedem ajuda numa fase inicial de ideação suicida e comportamentos autolesivos.

Deste modo, os “comportamentos autolesivos e atos suicidas representam um grave problema de saúde pública...” e “a prevenção do suicídio carece de um programa

sistematizado e articulado que permita a identificação de intervenções, a avaliação da implementação e da sua eficácia” (DGS, s/d, p. 9).

Também o suicídio é a segunda principal causa de morte nos adolescentes e jovens adultos entre os 15 e os 24 anos, conforme a World Health Organization (WHO, 2014). Sendo que, se a psicopatologia começa nesta fase a escola será determinante na prevenção e intervenção de programas e ações para prevenir comportamentos autolesivos.

Em “Portugal, desde 2009, o programa Mais Contigo tem procurado promover a saúde mental e prevenir os comportamentos suicidários com uma intervenção multinível nas escolas” (Santos, 2018, p.18).

Nesta sequência, o objetivo geral deste trabalho foi:

- Aprofundar conhecimentos sobre os comportamentos suicidários no adolescente, nas suas várias dimensões e as possíveis intervenções do EEESMP, de modo a contribuir para melhorar a prática dos cuidados de enfermagem da especialidade neste tipo de problemáticas.

Em relação aos objetivos específicos consistiram em:

- Elaborar um estudo de caso de uma adolescente que deu entrada por comportamentos autolesivos

- Compreender a complexidade deste tipo de comportamentos, nomeadamente no que concerne à ideação suicida e sua etiologia

- Identificar os principais focos que estejam alterados, associados a esta problemática

- Analisar as vivências relacionadas com a problemática ao longo do ciclo vital e nos diversos contextos da vida da jovem

- Compreender as intervenções especializadas do EEESMP nestas situações

- Utilizar um modelo teórico de enfermagem para ancorar a realização do processo de enfermagem

Deste modo, o estudo foi dividido em 7 partes que são:

- Nota Introdutória, Apresentação do Estudo de Caso, Conceptualização da Doença, Avaliação Familiar, Enquadramento Conceptual, Processo de Enfermagem e Considerações Finais.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª Edição.

1. APRESENTAÇÃO DO CASO (Transcrição do Processo Clínico)

A M. é uma jovem de 14 anos internada no dia 13 de Maio de 2022, no Serviço de Internamento da Pedopsiquiatria vindo da Urgência Pediátrica, por Perturbação Depressiva com Ideação Suicida (IS) não mobilizável, acompanhada pela mãe e Enfermeiro, encaminhada pela Pedopsiquiatra assistente para internamento eletivo, no contexto de perturbação depressiva. Tinha tido consulta no dia anterior, dia 12, com descrição de quadro depressivo de agravamento há 2-3 meses, com Comportamentos Autolesivos (CAL), anedonia, isolamento social e insónia inicial. A Pedopsiquiatra assistente articulou com médica do serviço de internamento, com envio de informação clínica completa.

HISTÓRIA ATUAL

Aparentemente assintomática até cerca dos 11 anos, altura em que na sequência de bullying escolar relacional (relacionado com a sua forma corporal) e em associação temporal com afastamento relacional do pai, inicia quadro de tristeza, isolamento e CAL (cortes nas coxas e antebraços) com o intuito de eliminar as “minhas emoções e ansiedade” (sic). À data, sem ideação mórbida nem ideação suicida (IS). Inicia seguimento em Psicologia semanal (que viria a manter até ao presente); ao fim de alguns meses, é aconselhada avaliação em Pedopsiquiatria, com uma única consulta (descrição de dificuldade na relação com o técnico).

Aos 13 anos, em agosto de 2021, na sequência de novos episódios de bullying relacional e na sequência de quebra afetiva importante “perdi todos os meus amigos” (sic), inicia seguimento em Pedopsiquiatria (que viria a manter até ao presente), à data com IS presente.

Instituída Quetiapina desde fevereiro de 2022, inicialmente titulada até 200mg, com perceção pela mãe de melhoria (humor menos triste).

Ao longo dos últimos 2 meses, descreve agravamento do dinamismo da ideação mórbida, com estruturação de plano (Intoxicação Medicamentosa Voluntária-IMV) e redação de carta de despedida (que guardou no seu quarto, com o intuito de quem a lesse não se sentisse culpabilizado com eventual tentativa de suicídio (TS)). Desde há 2 semanas, por aumento do dinamismo da IS e por insónia, titulada Quetiapina até Libertação Prolongada (LP) 400mg + Libertação Imediata (LI) 25mg, o que a mãe percecionou como “surpreendente” (sic), face à aparente melhoria pregressa.

A 6 de maio (6ª feira às 19h, na sequência de semana em que se encontrava em absentismo escolar e com a sua mãe de baixa por forma a assistir/vigiar 24 horas a

doente), ocorre IMV de 26 comprimidos (cp) de ibuprofeno (13 cp de 200mg+13 cp de 400mg). Nesta sequência, é admitida no Serviço de Urgência (SU) do Hospital, onde é realizada lavagem gástrica+carvão ativado.

Por IS não mobilizável é internada no SU a 13 de Maio.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Seguimento em Psicologia com psicoterapia há cerca de 3 anos (aos 11 anos durante 6 meses em regime semanal, depois mensal, desde há 2 meses bissemanal). Seguimento em Pedopsiquiatria desde há cerca de 1 ano.

Teve COVID em Abril de 2022. Negados outros antecedentes médicos relevantes. Negadas alergias medicamentosas.

Faz pilula contraceptiva introduzida por dismenorreia e 2 ciclos menstruais/mês, com resolução da alteração da periodicidade, mas mantendo significativa dismenorreia e descrevendo agravamento psicopatológico catamenial.

Sintomatologia ortopédica (eventual conflito femuro-acetabular) conhecida desde os 10 anos, altura em que é aconselhada a não realizar qualquer exercício físico que implique carga (e que obriga à paragem de basquetebol, desporto de que gostava).

MEDICAÇÃO HABITUAL E HISTÓRICO

Instituída Quetiapina desde fevereiro de 2022, inicialmente titulada até 200mg; desde há 2 semanas, por aumento do dinamismo da IS e por insónia, titulada até LP 400mg + LI 25mg. Apetite melhorado com a Quetiapina.

Olanzapina 2,5mg SOS (experimentada recentemente, com perceção de reduzido efeito).

Nenhuma outra psicofarmacologia experimentada.

Faz pilula contraceptiva-Lowelle.

Insónia inicial e intermédia.

GRAVIDEZ, PARTO E PERÍODO NEONATAL

Gravidez planeada, desejada. Gravidez com intercorrências médicas mas condicionando repouso do 3º-9º mês de gestação, com oligoâmnios, cesariana, sem necessidade de reanimação. Descrição de amamentação até aos 16 meses. Descrita como bebé tranquila, sem dificuldades de alimentação.

A partir dos 7 meses descrição de dificuldades de sono inespecíficas.

FUNCIONAMENTO PRÉ-MÓRBIDO

Descrição de traços compatíveis com um temperamento inibido, dava-se melhor com adultos do que com os pares.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tio paterno com hábitos toxifílicos (heroína).

Negados antecedentes funcionais psiquiátricos conhecidos na linhagem materna.

Mãe teve infecção grave por COVID em janeiro/março de 2021, com admissão prolongada em Unidade de Cuidados intensivos e com Perturbação Depressiva desde essa altura e Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) subsequentes, e desde então com seguimento em Psiquiatria, medicada com Vortioxetina.

ESCOLARIDADE

Cuidada pelos avós maternos dos 1 aos 3 anos. Ingresso no Jardim de Infância aos 3 anos, sem dificuldades de adaptação.

Atualmente frequenta o 9º Ano. Transição de Colégio do 8º para o 9º ano (setembro de 2021).

CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR

Pais separados durante a gestação da M., mas até cerca dos 10 anos, contato regular com o pai. Nesse momento ocorre afastamento.

Pai com 2 filhos de outro relacionamento que terminou há cerca de 7 anos. Foi deixado sozinho com as 2 crianças, altura que coincidiu com o afastamento do pai, mais evidente nos últimos 4 anos. Atualmente, o pai reside com os 2 filhos e uma companheira e irá mudar-se no verão.

A M. atualmente reside com a mãe (C).

Tem contato com o pai (H) 3-4x por ano (esteve com o mesmo em abril de 2022, terá corrido bem).

Apoio logístico pela avó materna com quem tem pouca ligação afetiva. Avó materna verbaliza comentários pouco construtivos e contentores relativamente ao atual estado emocional da neta.

Aos 11 anos, terá residido temporariamente com a avó materna (segundo a utente terá sido dada indicação médica para tal não voltar a ocorrer).

OBSERVAÇÃO À DATA DE ENTRADA

Adolescente com fácies congruente com a idade real, figura alta e elegante. Investida, desvitalizada. Calma, consciente e colaborante. Discurso espontâneo,

organizado e coerente. Humor subdepressivo, com expressão aplanada dos afetos. Não é apurada alterações da sensoripercepção, nem da forma nem do conteúdo do pensamento.

Dificuldade na projeção do futuro. Com IS, descreve manutenção de plano para tentativa de suicídio à saída do internamento.

Desperta necessidade de cuidados. Disponível para a intervenção.

Segundo a mãe, tem a madrinha (AC – amiga da mãe), tia paterna (A) e avô materno (JB) como pessoas de referência.

Reunião do dia 25/05/2022 com Médico Responsável pelo caso clínico (Dr. R) e Psicóloga sobre o resultado da Avaliação Psicológica em que estive presente

Dr. R. - referiu que apresenta postura de defesa, de alguma resistência, como “carapaça”, mais do que propriamente humor deprimido mas um humor aplanado.

A Mãe é Médica, a lidar com situação pós-traumática, pós- morte, esteve depressiva, agora bipolar, e a jovem tem ligado todos os dias à mãe de manhã. A filha fechou-se em casa quando a mãe teve alta do internamento no ano passado e voltou para casa, e não foi à escola durante semanas.

Pai abandonico, esteve com ele nas férias da Pascoa e depois não se ouviu falar mais por ambas.

Avó materna, relação peculiar, onnipotente.

Psicóloga – referiu que apresentou maior tempo de latência nos testes (WISC III e Rorschach), talvez para uma resposta menos reveladora, que é o que sobressai. Em situações de ameaça ou confronto, dá exemplos de resolução.

Na avaliação cognitiva da WISCIII, apresentou a nível Verbal um nível médio superior e na Realização resultados no nível inferior, pelo tempo de latência, pela postura de oposição, não querendo investir. A nível do Rorschach parece ter resposta táctica, de simular sofrimento...Denota-se dificuldade com os pares.

Falaram sobre possível encaminhamento para um grupo, hospital de dia?

MEDICAÇÃO ATUAL NO INTERNAMENTO (apesar de algumas alterações de dosagens)

- Aripiprazol (10 mg cp) faz 15mg – 9 horas
- Lorazepam (1 mg cp) faz 1 mg – 9 horas
- Colecalciferol (0,5mg/ml solução oral) faz 2 gotas – 13 horas
- Quetiapina (200mg cp) 400mg LP – 19 horas
- Melatonina 2mg cp LP – 21 horas
- Cloropromazina (100 mg cp) SOS 50mg - Se ansiedade com ideação de CAL

Os medicamentos/psicofármacos prescritos surgem no Anexo 1, com as Indicações Terapêuticas, Efeitos Secundários possíveis, Intervenções de Enfermagem e a última Avaliação dos resultados.

2. AVALIAÇÃO FAMILIAR

A avaliação familiar é construída através da análise da história familiar, da M. com 14 anos, internada com o diagnóstico de IS.

A família é crucial no desenvolvimento do adolescente e as “influências ...têm início muito antes da adolescência... Além disso, as relações familiares são influenciadas pelas transformações dos adolescentes, podendo por sua vez facilitar ou dificultar as transições por que eles passam durante esta fase” (Sprinthall & Collins, 1999, p.351).

Pereira (2011), enfatiza os fatores familiares, sejam de risco ou proteção, como a “aproximação emocional entre os membros da família, o *coping* parental eficaz face às exigências da doença, a aliança entre a família e o profissional de saúde e a disponibilidade de tempo para lazer por parte da família” (p.69) Nos fatores de risco refere por exemplo, os conflitos, o criticismo e o isolamento familiar.

Neste contexto familiar em estudo, as interações no âmbito familiar têm sido diminutas, inclusive com período de isolamento significativo da M. e da mãe após o seu internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, além de excessivo criticismo por parte da avó e a falta de disponibilidade materna, assim como, o afastamento paterno como fatores de risco e stress para a jovem.

Pereira (2011) refere também a importância na avaliação da composição familiar que, neste caso, trata-se de família monoparental; da própria estrutura, aqui uma família nuclear; do tipo de interações entre os elementos, que são diminutas, apenas com apoio logístico da avó materna; do tipo de afetos, que neste caso também não se verifica significativa expressão emocional entre os membros familiares; e a própria organização familiar.

Neste caso clínico a comunicação não é eficaz, pois verifica-se dificuldade na expressão de necessidades, dos sentimentos entre mãe e filha, e com a avó a comunicação é marcadamente disfuncional com trocas verbais que contribuem para conflitos, com excessiva crítica e crenças negativas, pelo que foi aconselhado afastamento pela equipa multidisciplinar.

Além disso, a relação com o pai parece ambivalente, pois a única vez que foi ao internamento numa fase inicial a comunicação foi centrada em culpas, em penalizações, em lembranças negativas, em ameaças indiretas, sem perspectiva de novo contato. Esta reunião familiar/visita já tinha sido agendada com muita dificuldade pelo médico responsável, e após intervenção por este para melhoria das estratégias de *coping* parental – esta informação foi-me relatada pelo médico em reunião sobre o caso - enviou 2 semanas após uma carta para M. referindo o seu amor incondicional.

Esta avaliação torna-se indispensável para que se possam delinear estratégias ou intervenções com a família, identificar as necessidades, os recursos, compreendendo a sua dinâmica (Pereira, 2011).

Para isso, é pertinente seguir o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar (MDAIF) como referencial, que se sustenta no Pensamento Sistémico e as fontes teóricas que são Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família. Desta forma, a intervenção do enfermeiro especialista terá em conta “a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização..., partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família..., são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências” (Figueiredo, et al, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Na dimensão estrutural, verificou-se que é uma família nuclear, constituída pela M. e pela mãe. Na dimensão desenvolvimental encontram-se no estágio da família com filho adolescente, segundo o ciclo de vida da família.

Em relação aos rendimentos familiares, não existem dificuldades económicas pois a mãe é médica Gastroenterologista e o pai também possui recursos financeiros com ocupação em gestão de empresas.

Nas relações da jovem com a comunidade, houve transferência de Colégio para o 9º ano, com alteração do grupo de pares, sendo que irá transitar para o 10º ano mantendo-se agora no mesmo. Está a frequentar aulas de Inglês no British Council 2 vezes por semana e iniciou treino de badminton 3 vezes por semana que refere gostar mas sem interações sociais significativas.

Vivem num meio citadino, com apoio logístico da avó materna, com um sistema de crenças muito enraizado o que dificultou a abordagem na única visita e tem o acompanhamento na Psicóloga 2 vezes por semana.

Na dimensão do papel parental, surge afastamento não apenas físico mas também emocional, apesar da visita no internamento, difícil em termos logísticos, sem demonstração afetiva não se percebendo o tempo investido pelo pai na relação.

A dimensão funcional engloba as interações entre os elementos da família, sendo a mãe a principal relação com a jovem, sendo que o avô com quem teria maior proximidade afetiva se encontra em situação terminal, com 90 anos.

Os dados anteriores foram sendo recolhidos e completados através das entrevistas com a jovem no decurso do Estágio, assim como a realização do Genograma efetuado.

Genograma

Segundo Barbosa, Zanetti & Souza (2021, p.2), o Genograma é um instrumento crucial “para a representação da estrutura e dinâmica familiar”. Trata-se de uma “representação gráfica, elaborada por meio de símbolos, que apresenta a composição familiar, em, pelo menos, três gerações, e os relacionamentos básicos estabelecidos no núcleo familiar”.

Desta forma, é possível de uma forma rápida, gráfica, visualizar várias informações sobre a família como, por exemplo, idade, doenças, dinâmica, além do lugar ocupado na hierarquia. Convém ser elaborado juntamente com a pessoa e Macgoldrick & Gerson (2000) referem que o genograma deve ser construído a partir da primeira sessão terapêutica, o que pode ajudar a delinear as ações posteriores. Ajuda a perceber as relações interpessoais familiares, nas diferentes gerações (Macgoldrick & Gerson, 2000; Barbosa, Zanetti & Souza, 2021).

No Genograma familiar de M. verifica-se a família nuclear, constituída por ela e a mãe, o relacionamento distante em termos afetivos com a avó, sendo que estes avós vivem perto das duas.

É representado o divórcio entre os pais e a antiga companheira do pai de quem tem 2 filhos, sendo que também se divorciou e agora terá uma nova companheira com quem irá viver e os seus 2 filhos.

O pai tem 3 irmãos, um deles toxicod dependente e 2 irmãs, uma delas com quem a M. teria proximidade mas que está a viver noutra País.

Tem a avó paterna a residir na região Norte, sendo que o avô paterno já faleceu, mas que refere também não ter relação afetiva.

No Genograma verifica-se ainda que não tem primos da sua idade e não tem tios maternos. Além disso, refere também que tem pouca proximidade e relação afetiva com os 2 meio-irmãos, de 12 e 10 anos, respetivamente, apesar de férias conjuntas.

A representação gráfica realizada por mim, correspondente ao Genograma Familiar, segundo a história familiar da M. (que surge a vermelho) e dados fornecidos, surge no Anexo 2 (para facilitar a visualização).

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Teoria das Transições

Ao longo da vida passamos por uma série de transições pessoais, circunstanciais ou momentos de passagem, como a adolescência, a saída de casa dos pais, o casamento, início do primeiro emprego, o nascimento de um filho, situações de luto, de doença aguda ou crónica, entre outras, e cada um de nós irá lidar com a mudança, de acordo com vários fatores, porque “além da influência exercida pela própria família, na qual se insere, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos” (Meleis & Trangenstein, 2010, *as cited in Santos et al., 2015*).

Nestas mudanças é importante a “aquisição de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos, e que mude a forma como se define a si mesmo, ou seja, apresenta ferramentas importantes para que as transições que ocorrem em vários aspetos da sua vida sejam mais saudáveis” (Meleis et al., 2000 *as cited in Bittencourt, Marques & Barroso, 2018, p. 129*). Nestes processos de transição, pode ocorrer destabilização, insegurança, instabilidade, antes ou após a estabilização. “A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que, impreterivelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura” (Murphy, 1990, *as cited in Santos et al., 2015*).

Afaf Ibrahim Meleis é das autoras que mais sobressai com estudos efetuados com os fenómenos de transição e a sua importância para a profissão de enfermagem. Zagonel (1999, p. 26), refere que “a enfermagem, ao atuar nestas circunstâncias, desenvolve o cuidado transicional em que os processos de transição geram alterações de saúde-doença e estes levam a transições”, sendo este conceito fundamental na enfermagem e na forma de encarar o cuidar de outra perspetiva. O mesmo autor exemplifica também que, na “transição de um estágio para outro no processo familiar é que ocorrem os maiores geradores de stress, principalmente nos momentos de grande instabilidade, insegurança, rupturas do ciclo vital”. Aqui, “nestes pontos vulneráveis é que os esforços devem ser intensificados no sentido de reorganizar os momentos transicionais” (p. 25).

Através da pesquisa efetuada e análise de Meleis et al., (2000, *as cited in Magalhães, 2011*), estes construíram uma “teoria de médio alcance que descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem” (p. 16). Segundo os mesmos

autores as “transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas. Contrariamente, referem que cada transição caracteriza-se por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões...e dividem as transições em simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas” (as cited in Magalhães, 2011, p. 17).

As transições geram várias emoções positivas e negativas, de acordo com o tipo de transição para a qual podemos já ter adquirido algumas competências anteriores ou não, seja um ritual de passagem, como um casamento, o nascimento de um segundo filho, ou algo que não podíamos antecipar como um aborto, divórcio ou uma doença crónica. Deste modo, Zagonel (1999) refere além da componente emocional, como o “bem estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico acompanha uma transição e pode interferir em uma passagem bem sucedida”. A enfermagem pode surgir no cuidado transicional com intervenção numa “maior sensibilização, conscientização e humanização, identificando no cliente fatores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção à uma transição saudável” (p. 27). Esta forma de cuidado “está ligado de alguma forma a cada estágio do desenvolvimento humano, favorece a maturidade, o crescimento em busca de maior equilíbrio e estabilidade (p. 30). Pois, todos nós estamos num processo contínuo de evolução e adaptação a novas circunstâncias planeadas ou não, como por exemplo, a adolescência ou o atual contexto pandémico, o que pode implicar alterações de identidade, novas competências, diferentes comportamentos, num movimento de adaptação contínuo.

Assim, verificamos que a “transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o cliente, ou clientes, consoante o contexto e a situação, têm de incorporar novos conhecimentos” (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010, as cited in Santos et al., 2015, p. 157).

Ao nível da Teoria de Transição foram definidos “três constructos basilares, a referir a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta; e identificar quatro tipos de transições particulares, mais especificamente, as de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais” (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010; Meleis, 2013, as cited in Santos et al., 2015, p. 158). Além disso, Meleis et al. (2010, as cited in Santos et al., 2015) referem que existem propriedades para as experiências de transição, que são: “conhecimento/consciência; ajustamento/compromisso; mudança e diferença; eventos e acontecimentos críticos e período de experiência” (p. 158), de acordo com os tipos de transições – desenvolvimental (por exemplo, adolescência), Situacional (por exemplo,

nascimento de um filho), Saúde/Doença (por exemplo, ficar num estado de dependência) e Organizacional (por exemplo, saída do emprego) - ou seja, o contexto onde ocorrem e como se sucedem. Além disso, referem que existem fatores que influenciam a evolução da experiência, que foram definidas como condições facilitadoras e inibidoras e que se dividem em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

Os tipos de transições segundo a Teoria de Meleis são exemplificadas no quadro seguinte, de acordo com as vivências da M.:

Tipos de Transições	Propriedades para as Experiências de Transição	Condições facilitadoras ou inibidoras	O Enfermeiro como Agente Facilitador do Processo de Transição
11 anos Afastamento Paterno –Situacional	- Falta de conhecimento/ consciência - Difícil ajustamento/ compromisso - Mudança e Diferença -Evento e acontecimento crítico	- Afastamento relacional do Pai – sentimento de abandono - Relação materna - Apoio dos avós maternos - Início de acompanhamento por Pedopsiquiatra - Início de acompanhamento por Psicóloga	Construção de uma relação terapêutica, sendo a M. parte integrante do processo
11 anos Bullying Escolar – Situacional	- Falta de conhecimento/ consciência - Difícil ajustamento/ compromisso	- Relação materna - Acompanhamento por Pedopsiquiatra - Acompanhamento por Psicóloga	Psicoeducação e Orientação familiar sobre estratégias de coping, grau de envolvimento, como partes cruciais para adaptação às dificuldades da M.
Adolescência – Desenvolvidamental	- Falta de conhecimento/ consciência	- Falta de suporte de pares - Isolamento social - Relação materna - Acompanhamento por Pedopsiquiatra - Acompanhamento por Psicóloga	Foco na consciencialização, desenvolvimento e crescimento pessoal, autocuidado, autoconfiança, autoestima, autocontrolo, estratégias de coping, aquisição de competências
13 anos (2021) Mudança de Escola e Bullying Escolar – Situacional	- Difícil ajustamento/ compromisso - Mudança e Diferença	- Falta de suporte de pares, refere “perdi todos os meus amigos” - Transição de Colégio do 8º para o 9º ano - Acompanhamento por Pedopsiquiatra - Acompanhamento por Psicóloga	

Internamento prolongado da mãe na UCI por COVID (2021) – Afastamento materno por doença - Situacional	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conhecimento/ consciência - Difícil ajustamento/ compromisso - Evento e acontecimento crítico 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de suporte familiar adequado – sentimento de abandono - Apoio “logístico” da avó - Crenças e atitudes culturais da avó - Boa relação com avô materno - Acompanhamento por Pedopsiquiatra - Acompanhamento por Psicóloga 	de tomada de decisão e compromisso para enfrentar as transições com a M.
Internamento atual aos 14 anos (2022) – Saúde/Doença	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conhecimento/ consciência - Difícil ajustamento/ compromisso - Mudança e Diferença -Evento e acontecimento crítico 	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte de Profissionais de Saúde - Recurso a experiências anteriores ao nível de acompanhamento pelo Pedopsiquiatra e Psicóloga (treino de competências, estratégias?) -Deficitário suporte familiar 	

Quadro I: Caso Clínico da M. com base na teoria de transição de Afaf Meleis
Fonte: Elaboração própria

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) tem de investir na propriedade do conhecimento e posterior ajustamento, indispensável tanto para os utentes como em relação ao envolvimento da família. Com vista a uma melhor evolução no internamento e posterior integração na sociedade, tendo em atenção as mudanças de saúde, os recursos existentes, expectativas e o próprio significado atribuído aos acontecimentos. Esta atribuição no “processo de transição facilita ou inibe o sucesso das transições” (Im, 2018, p. 271). O mesmo se verifica com as restantes propriedades de Mudança, Acontecimentos críticos e o Período de Experiência pelas quais foi transitando, mas sem suporte adequado da família (Santos et al., 2015).

No artigo de Murphy (1990, *as cited in* Zagonel, 1999) sobre uma visão holística na prática de enfermagem, este menciona que o “enfermeiro pode atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo...” (p. 26).

É relevante um exercício de “reconhecimento das suas características pessoais e da sociedade e comunidade em que vive, pois esses condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, a

modificação de comportamentos e a inserção de novas habilidades na sua vida” (Meleis et al., 2000 *as cited in* Bittencourt, Marques & Barroso, 2018, p. 129)

No entanto, e também para que o Enfermeiro seja um elemento facilitador para uma transição mais saudável é necessário perceber a vivência do utente segundo os padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que são dois tipos de indicadores: os de Processo, como sentir-se integrado num determinado meio, como a família, interagir com o cuidador, o estar situado, sendo que a “...transição envolve a criação de novos significados e percepções e a reformulação das significações em relação ao ambiente que o envolve...nos remete para a noção de adaptação ao meio envolvente... para o *desenvolvimento da confiança e coping*... (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, *as cited in* Santos et al., 2015, p. 161); e os de Resultados que se dividem em Mestria (mostram os ganhos em saúde) e Integração fluida da identidade (com reformulação da identidade e desenvolvimento de competências) (Santos et al., 2015).

Estes indicadores surgem ilustrados na figura seguinte (Silva et al., 2021, p. 3):

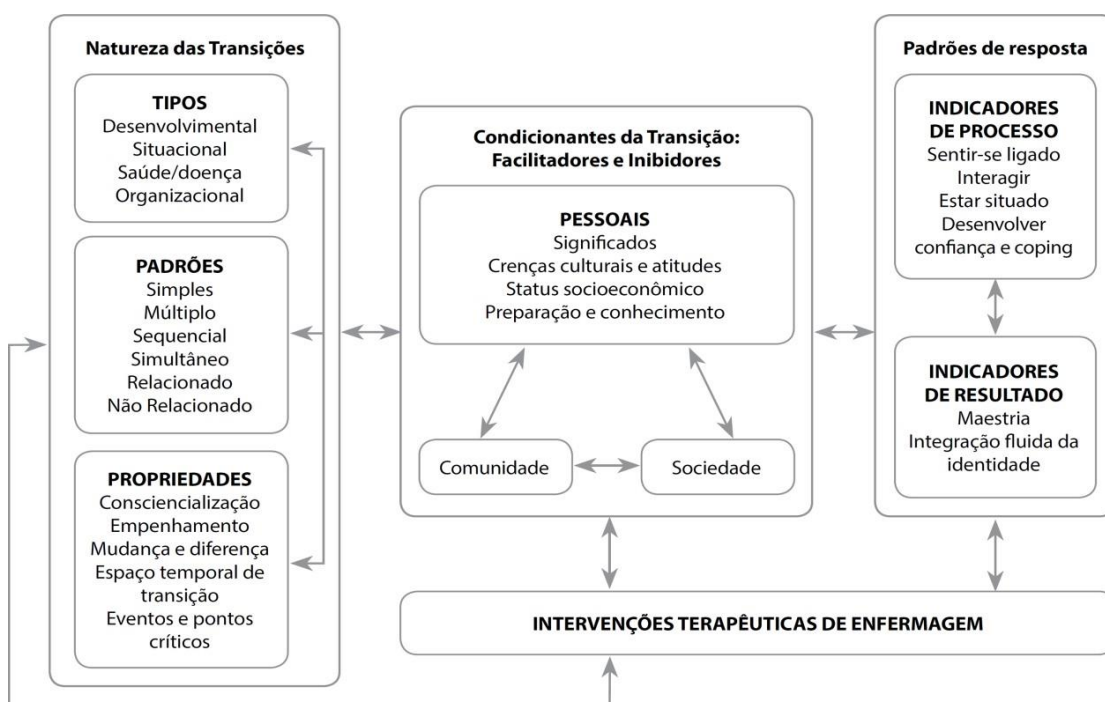


Figura 1- Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance (traduzida)
Fonte: Meleis, 2010

No caso clínico de M. os indicadores de processo estão numa fase ainda de evolução, nomeadamente: não se sente efetivamente ligada a algo, como a amigos ou grupo, sendo que as relações familiares parecem distantes, superficiais e pouco contentoras; parece não haver um sentimento de ligação significativo a técnicos de saúde de referência; a sua capacidade de interação com os outros ocorre quando solicitada/encorajada, mas que tem melhorado gradualmente no internamento; mantém-se focada nas dificuldades, no passado, sem autoconfiança também.

O internamento de um jovem por comportamento suicidário, “causa um grande impacto nos pais, provocando sentimentos/emoções ambivalentes, mas sobretudo negativas”. Além disso, “desencadeia nos pais transtornos emocionais, carentes de um apoio psicológico, cuja falta dificulta o enfrentamento do momento de crise”, o que já existe nesta família, com o diagnóstico de depressão da mãe. Assim os pais necessitam de apoio e de “não se sentirem criticados e estigmatizados assim como o adolescente perante esta situação” (Trinco, Santos & Barbosa, 2017, p.122). Dessa forma, o EEESMP e a equipa de enfermagem deve sempre que possível estar atenta e intervir com respostas adequadas à situação específica.

Em relação aos indicadores de resultado parece evoluir no caminho de um maior autoconhecimento, embora sem utilização dos seus recursos ou estratégias de coping para um melhor ajustamento; sem suporte familiar expressivo o que são fortes condicionantes e dificultadores dos processos de transição, como a mãe, a adolescência, a relação com o pai e o internamento. Todos estes aspetos estão a influenciar a mudança de sentimentos negativos e comportamentos na sua vida para transições mais saudáveis.

A Teoria das Transições tem sido muito utilizada na prática de enfermagem como é referido em Im (2018) e existem vários estudos que mostram o “enfermeiro como agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional...” como se verifica em Guimarães & Silva (2016), onde também referem que é de “suma importância que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis e os utilizem...” (p. 5).

Para Collière (2003), é muito importante “uma verdadeira relação de ajuda, dispomo-nos a *ouvir o outro, a aceitar e a compreender as suas experiências e os significados que confere ao seu percurso...* e é essencial permitir a expressão e a emersão dos conhecimentos do cliente cuidado...” (as cited in Santos et al., 2015, p. 162).

Desse modo, os Enfermeiros que conseguem promover o “cuidado transicional valorizam o individuo, já que os cuidados dispensados estão associados ao

desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade” (Meleis, 2007, *as cited in* Guimarães & Silva, 2016, p. 4)

A Transversalidade destes conceitos na prática de enfermagem, a sua adaptação e de acordo com a regulação da profissão, os Enfermeiros podem assumir um papel primordial no cuidado transicional, assumindo “uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto” (Santos et al., 2015, p. 169).

Quando as respostas a este processo se manifestam na saúde da pessoa, provocando a instabilidade seja com depressão, ansiedade, aí se tornam determinantes as bases que fazem parte do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) além das competências que estão no Regulamento nº140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para ajudar a alcançar de novo o equilíbrio.

Adolescência e Consulta

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é considerada a “fase da vida que vai da infância à idade adulta, ou seja, dos 10 aos 19 anos de idade. Representa um estágio único do desenvolvimento humano e um momento importante para estabelecer as bases para uma boa saúde”. Nesta etapa, acontece um crescimento muito rápido não só físico, mas também cognitivo e psicossocial. Além de que, os adolescentes “estabelecem padrões de comportamento - por exemplo, relacionados à alimentação, atividade física, uso de substâncias psicoativas e atividade sexual - que podem proteger sua saúde ...ou colocar em risco sua saúde agora e no futuro” (OMS, s/d).

Verifica-se que nesta etapa as “transformações físicas são exuberantes, as capacidades cognitivas aumentam claramente, o repertório afetivo enriquece-se e o processo de socialização estrutura-se de uma forma mais sofisticada” (DGS, 2013, p.111).

Graber (2021, s/p) refere também que a adolescência é um período “durante o qual a criança dependente evolui para a vida adulta independente. Durante a adolescência, a criança passa por intensas mudanças físicas, intelectuais e emocionais”.

Para Sprinthall & Collins (1999), “as transformações físicas da puberdade não afetam, directamente, os estados psicológicos dos adolescentes. Em vez disso, os efeitos psicológicos são mediados pelas respostas às alterações físicas emitidas pelos

pais, colegas e pelos próprios adolescentes”. Estes efeitos demonstram “quer a coerção das normas e expectativas da sociedade, quer as respostas auto-avaliativas às transformações corporais que são influenciadas por elas” (p. 82). Do mesmo modo, “tanto as modificações individuais como as condições e oportunidades sociais que os adolescentes encontram influenciam as experiências da adolescência e as possibilidades de desenvolvimento futuro” (Sprinthall & Collins, 1999, p. 40).

Um conceito fundamental, é o de crise de identidade característico da adolescência, que leva a que os adolescentes “passem vários anos a construir pontes entre os papéis e competências que cultivaram em crianças e os papéis e responsabilidades que terão com adultos”. Esta transição desenvolvimentista, conhecida como formação de identidade -consciência do eu - descrita por Erik Erikson (Psicanalista), “é o processo pelo qual os adolescentes mais velhos e jovens adultos alcançam uma compreensão bastante clara e estável acerca do tipo de pessoas que são, daquilo em que acreditam e do que querem fazer das suas vidas”. Os desafios inerentes deste processo “levam a gente jovem a comportar-se, de quando em vez, de maneiras inconsistentes e desajustadas, diz Erikson, de modo que os distúrbios e a aparente psicopatologia se tornam características normativas do desenvolvimento adolescente” (Weiner, 1995, p. 5).

Pelas características deste período, os jovens em crescimento vão precisar de mais “informações, incluindo educação sexual...; oportunidades para adotar habilidades para a vida; serviços de saúde...eficazes; e a criação de ambientes seguros... também precisam de oportunidades para se envolver positivamente na concepção e implementação de intervenções para melhorar e manter sua saúde” (OMS, s/d).

Em relação à capacidade de pensamento dos adolescentes, esta é superior à capacidade de pensar do pensamento infantil, “acerca das possibilidades, através de hipóteses, para antever certos resultados, para refletir sobre os próprios pensamentos e para ponderar sobre os pontos de vista das outras pessoas” (Sprinthall & Collins, 1999, p. 143).

Para Sprinthall & Collins (1999), uma característica frequente nos adolescentes é uma “forma especial de egocentrismo, de acordo com os pontos de vista de Elkind..., refere-se à crença aparente de que, embora as perspectivas dos outros sejam diferentes das suas, eles são o centro de todas as atenções” (p. 186-187). Por outro lado, também têm a crença de que os “sentimentos são únicos, não existindo mais ninguém capaz de os entender”. No entanto, o egocentrismo do adolescente é superado através das interações sociais com outros adolescentes, as quais estimulam a maturação das capacidades sócio-cognitivas” (p. 187)

No entanto, e apesar de um conjunto de transformações físicas, psíquicas, afetivas, sociais e familiares, e sendo uma fase que acarreta mais riscos, verifica-se que o adolescente vai utilizando cada vez menos os serviços de saúde, designadamente em relação às consultas de vigilância de Saúde Juvenil com o médico e enfermeiro de família.

Dessa forma, também em relação à saúde escolar, deve existir “um dispositivo mais global de promoção da saúde da criança e adolescente...” (Trindade & Teixeira, 2000, p. 32), como forma de colmatar algumas falhas no apoio ao nível do desenvolvimento do jovem, na prevenção primária.

Assim, no contexto de cuidados de saúde primários, é necessário que exista uma consulta apropriada para adolescentes com acompanhamento personalizado e atendendo às especificidades desta fase, de procura de identidade e desenvolvimento de autonomia, de dúvidas e incertezas do jovem e como apoio aos pais sobre dificuldades ou conflitos.

Na consulta e de acordo com cada caso, podem ser tratadas questões relacionadas por exemplo, com a puberdade, imagem corporal, sexualidade, dificuldades escolares, relação com os pais, relação entre pares, perturbações do humor, do comportamento alimentar, comportamentos aditivos e até suicidários, podendo ser articuladas ou referenciados para outros profissionais de saúde, como psicólogo, nutricionista, psiquiatra.

Na consulta de adolescentes, há diversas questões a ter em consideração como, por exemplo, a flexibilidade no modelo de atendimento, uma melhor acessibilidade às consultas, assim como, o reforço de “privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios” (DGS, 2013, p. 114).

É importante ter em atenção a experiência profissional prévia do Enfermeiro e evitar algumas atitudes incorretas como, fazer o papel de adolescente. Além disso, o adolescente pode assumir diferentes atitudes defensivas, como hostilidade ou silêncio, pelo que o profissional deve estar preparado e estabelecer primeiro uma relação de confiança, com limites específicos, inclusive a definição do tempo da sessão, mas demonstrando disponibilidade, assegurando a confidencialidade e privacidade no contexto criado para o acompanhamento. O Enfermeiro pode utilizar técnicas de apoio narrativo, como perguntas abertas, escuta reflexiva, afirmações de apoio e ânimo, reestruturação positiva, clarificação, respostas em espelho e resumo da entrevista. Assim como, deve utilizar linguagem simples, sem juízos de valor ou indução de respostas e conhecer primeiro as expectativas do adolescente e família, atuando como mediador se necessário (OE, 2010).

Nesta abordagem seguem-se 3 fases principais: a fase do acolhimento com o adolescente e pais numa 1ª consulta e depois com o adolescente, com apresentação e informação sobre as etapas, conhecer as expectativas e estabelecer um clima de confiança. A fase exploratória que consiste na colheita de dados com colaboração dos pais normalmente e com o adolescente, para definir focos de atenção do âmbito psicossocial, fatores do risco, competências, necessidades, problemáticas. A fase resolutiva é composta pelos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções, reforços a trabalhar e negociação com o adolescente da informação a partilhar com os pais, seguindo-se partilha dessas metas negociadas com o adolescente e necessidades de suporte com os pais e contatos futuros (OE, 2010).

Na entrevista com o adolescente, os aspetos psicossociais são determinantes, além do desenvolvimento físico, dinâmica familiar e consumos, pelo que a avaliação de fatores de vulnerabilidade deve ser pesquisada. Nesse sentido “Goldenring e Cohen descreveram, em 1985, o acrónimo HEADS, que foi sendo sucessivamente aumentado... – HEEADSSS” (DGS, 2013, p. 115). As siglas significam respetivamente:

H – home

E – education e employment

E – eating

A – activities

D – drugs

S – sexuality

S – Suicide

S – Safety

A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é considerada uma oportunidade favorecida para triar, avaliar, diagnosticar situações psicopatológicas e de risco, de modo a intervir e orientar, prevenindo complicações. No contexto de cuidados de saúde primários, conhecem-se as famílias, os recursos pessoais e recursos locais de modo a conseguir implementar estratégias mais adequadas a cada situação (DGS, 2013).

A avaliação diagnóstica pretende “definir o tipo e a gravidade do problema, avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadear e na persistência dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores, planear a intervenção necessária e referenciação, se indicado”. “Desde 2007, é recomendada a grelha de avaliação de Turk (2007) para a avaliação diagnóstica, a qual deverá orientar a entrevista pelo profissional de saúde, na tentativa de identificação das problemáticas mais relevantes de cada criança/adolescente/família” (DGS, 2013, p. 35).

Além disso, é importante a articulação entre equipas multidisciplinares e outras estruturas não só de saúde mas também escolares como, por exemplo, intervindo na prevenção nas escolas e no combate ao estigma, seja com alunos, família e funcionários, na “identificação de fatores de risco e protetores da sintomatologia depressiva, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas; Criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade...” (DGS, s/d, p. 6).

A atuação em regime de articulação com outros profissionais de saúde permite a obtenção de melhores resultados, nomeadamente: “a deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada, a eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária, a implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce e a formação de outros técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil”. (MS, 2009 – Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM) *as cited in* DGS, 2013, p. 35).

Por outro lado, na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência é necessário a prestação de cuidados por equipas multidisciplinares e também um trabalho de maior “proximidade entre os Cuidados Primários de Saúde e outras estruturas da comunidade” (RP, 2018, p. 8), como as Escolas e Comissões de Proteção de crianças e jovens, que a aplicação do Despacho nº 6170-A/2016, de 6 de Maio pode vir a regularizar gradualmente, pois ainda se verificam muitas dificuldades na prática, com défice significativo de recursos humanos especializados e instituições, de modo a contribuir para a diminuição do número de internamentos hospitalares.

Depressão na Adolescência

Segundo Fonseca (1997), a depressão tem sido conhecida como “melancolia”, e a palavra pretende de forma abrangente designar “inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, como por exemplo, a função alimentar (anorexia), a função sexual (impotência), a função locomotora e outras atividade psicofísicas” (p. 349). A nível psicanalítico refere ainda que a “crise da adolescência” podia ser encarada como uma “depressão normal” (Dias, 1982, *as cited in* Fonseca, 1997, p. 349). Também refere que o principal sintoma é a “tristeza” mas que são comuns outros sintomas “psíquicos (desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio) e somáticos (dores, agitação, insónia, cefaleias, tonturas, inibição, fadiga, alteração do apetite ou do funcionamento digestivo, manifestações dermatológicas e neurovegetativas várias)” (p. 350).

Debray & Nollet (2004), falam sobre a personalidade depressiva em como estaria associada a uma “alteração da auto-imagem, ou de um certo modelo de crença em si, que parece levar à depressão...o fracasso da auto-imagem leva ao fracasso da imagem do mundo”. Também referem que “a abordagem terapêutica...far-se-á sobre as crenças disfuncionais...” (p. 163).

Segundo o DSM-IV-TR, o “episódio depressivo major é um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Em crianças ou adolescentes o humor pode ser irritável em vez de triste”. Além disso, o indivíduo deve apresentar quatro sintomas ou mais referentes a “alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.” (p. 349).

No DSM-V este diagnóstico surge-nos como transtorno disruptivo da desregulação do humor, é “referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo, é acrescentado aos transtornos depressivos para crianças até 12 anos de idade”. Também se verifica que as crianças com este diagnóstico podem desenvolver “transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtornos bipolares, quando ingressam na adolescência e na idade adulta” (p. 155). Existem “evidências que documentam comportamento suicida e agressão, assim como outras consequências funcionais graves, no transtorno disruptivo da desregulação do humor...na avaliação de crianças com irritabilidade crônica” (p. 158).

Neste caso clínico, apesar do diagnóstico na carta de referência para o internamento de perturbação depressiva, veio a verificar-se no internamento humor subdepressivo e mesmo humor aplainado como diagnóstico médico.

Suicídio nos jovens

O Suicídio é distinto do Para-Suicídio em que o pretendido não é objetivamente morrer, mas modificar algo que não se está a conseguir suportar mais. Antes do suicídio pode ocorrer heteroagressão ou não. Em relação à auto-agressão, não ameaçadora da vida ou acontecendo como um automatismo, “verifica-se no comportamento direto e concretamente manifestado no suicídio, bem como na automutilação não suicida”. (Scharfetter, 2002, p. 289). Também se pode falar de auto-agressão mascarada quando a pessoa não cuida de si própria, seja por exemplo, na higiene ou alimentação, ou porque não se respeita. Estatisticamente os homens, idosos e pessoas que se sentem

sós cometem mais suicídio, como indivíduos com depressão, toxicodependentes e esquizofrênicos, enquanto as mulheres fazem mais tentativas de suicídio (Scharfetter, 2002).

Segundo a DGS (s/d) a Ideação Suicida engloba “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato”, enquanto os Comportamentos Autolesivos apontam para “comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como... cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores...; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa...; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis...” (p. 104).

Já Fonseca (1997) referia que, a incidência do Suicídio “vem aumentando diariamente num grande número de países...fato que provoca sérias repercussões ao nível do seu desenvolvimento social”. Além de que, “o que torna este fato impressionante é que a subida se verifica de forma mais acentuada entre a população jovem” (p. 690). Sabe-se que “...as crises e os flagelos sociais, como a droga, a violência e o alcoolismo são fatores incrementadores da taxa de suicídio e que esta se mostra mais elevada nas zonas industrializadas do que nas zonas rurais” (p. 691). Desta forma, “cada país e cada comunidade terão, portanto, de equacionar, em relação a este problema, iniciativas e medidas profiláticas mais ou menos próprias, de acordo com o seu contexto socio-económico-cultural e com as taxas e a difusão de tentativas de suicídio verificadas ao seu nível”. É importante que os “médicos de família se encontrem devidamente informados sobre esse tipo de riscos, já que muitas destas situações não chegam à presença do médico psiquiatra” (p. 693).

Percebendo esta preocupação há muito tempo, verifica-se atualmente que todos os anos “mais de 700.000 pessoas perdem a vida por suicídio”. Pretende-se “reduzir a taxa global de mortalidade por suicídio em um terço até 2030” e trata-se do único indicador da saúde mental nos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) e no Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental da OMS 2013–2030” (WHO, 2021, x).

Existem inúmeras razões para o suicídio, mas normalmente ocorrem pelo sentimento de desespero, isolamento, sensação de não ter saída, bem como medos, de perda de posição ou segurança, por sentimentos de culpa, autopunição, ódio ou vingança (Scharfetter, 2002). É um fenómeno multideterminado e altamente complexo também nos jovens, com uma visão negativa de si ao longo do seu processo de desenvolvimento. Segundo a DGS (s/d) o suicídio é “uma das principais causas de

morte entre os 15 e os 24 anos” (p. 67). No entanto, parece que só se conhece uma parte do problema e a “situação agudiza-se em relação aos comportamentos autolesivos e às tentativas de suicídio” (p. 67).

Os fatores de risco incluem características como a idade, gênero, orientação sexual, fenômenos sociodemográficos; perturbação mental, como depressão, abuso de substâncias e/ou álcool; características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades da personalidade, como baixa autoestima e autoconfiança; tentativas de suicídio anteriores e ideação suicida; fatores familiares como uma estrutura disfuncional, fatores sociais como dificuldades relacionais com o grupo de pares, *bullying*; abuso sexual e físico; fatores situacionais como acontecimentos de vida precipitantes ou exposição ao suicídio (DGS, s/d).

Verifica-se também que certas perturbações de comportamento como “agitação incoercível, instabilidade grave, excitação e exaltação do humor podem ser considerados como defesas maníacas. Podemos observá-los quer na pequena infância, quer na altura da pré-adolescência e da adolescência” (Bergeret et al, 1998, p. 305) podem originar comportamentos suicidários.

No estudo de Peláez, Guillaumet & Martínez-Esparza (2018), a principal conclusão é também que os comportamentos suicidários são multifatoriais e alguns destes provocam uma baixa auto estima na população adolescente, podendo ter origem a nível familiar ou nas relações sociais. Quando estes fatores se juntam o adolescente isola-se, não pede ajuda pelo medo do estigma e conflui perigosamente para pensamentos de ideação suicida, e parece ser mais frequente nas mulheres que homens. Referem também os fatores de proteção, como uma dinâmica familiar equilibrada e bom rendimento escolar.

Como se verifica em Santos & Neves (2014), o “adolescente que adota um comportamento autolesivo vive grandes conflitos familiares, ou processos de doença, com grandes dificuldades de adaptação social ou nas relações interpessoais. Na génese ...existe um modelo de causalidade multifatorial complexa, ...com particular incidência na família” (as cited in Trinco & Santos, 2021, s/p). Logo, as relações familiares podem ser um fator de risco significativo no desenvolvimento psicológico do adolescente.

Deste modo, “para algumas famílias as mudanças e situações vivenciadas ...servem para fortalecer os vínculos afetivos entre os seus elementos, criando sinergias positivas e unificação para a resolução ou melhoria da situação”. No entanto, “outras famílias são acometidas por um sofrimento extremamente perturbador, desencadeando uma crise familiar, ...que poderá resultar em mudanças positivas ou negativas, dependendo da resiliência e capacidade da família para se reestruturar como sistema...” (Trinco & Santos, 2021, s/p).

O apoio da família é fundamental, com evidências encontradas tanto na adesão como no sucesso do tratamento, como se verifica em Gomes, Amendoeira & Martins (2012, p. 59), que referem que as famílias, “muitas vezes têm necessidade de se reorganizarem relativamente às suas rotinas, às dificuldades financeiras, ao desgaste físico e emocional causado pela convivência e pelos cuidados que vão prestando ao doente”. É importante perceber como se aproximar da família e mostrar disponibilidade para que sintam “abertura para colocarem estas ou outras dificuldades e para que possam analisar cada situação per si pois cada família tem necessidades e características específicas”.

Em modo de reflexão: o Enfermeiro deve planejar ações que ajudem a fortalecer as relações familiares, pois estas têm um papel fundamental na adesão às intervenções delineadas com o utente, além de evitar crises na família. Assim como, na promoção da esperança, na psicoeducação sobre a problemática ao utente e família, sobre outros recursos, como por exemplo, a Linha SOS voz amiga-Linha de apoio emocional e prevenção ao suicídio, sobre grupos de ajuda, sobre a terapia cognitivo-comportamental, estratégias utilizadas para combater a ideação suicida e o desespero.

Segundo WHO (2021) não estamos “no caminho certo para alcançar a redução de suicídio em 2030”. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) continua a lutar para que “os países tomem medidas para prevenir suicídio”, em que “Governos e comunidades podem contribuir para a prevenção do suicídio através da implementação do LIVE LIFE – abordagem da OMS para iniciar a prevenção do suicídio para (...) continuar a desenvolver uma base nacional abrangente como estratégia de prevenção ao suicídio” (p. x).

As intervenções descritas no guia LIVE LIFE (WHO, 2021) são:

- Limitar o acesso aos meios de suicídio
- Interagir com os media para reportagens responsáveis de suicídio
- Promover habilidades de vida socioemocionais em adolescentes
- Identificar, avaliar, gerenciar e acompanhar precocemente qualquer pessoa

que esteja afetada por comportamentos suicidas (p. xi)

Por outro lado, há algum tempo que para “preencher a lacuna entre os recursos disponíveis e a necessidade significativa de serviços, a Organização Mundial da Saúde lançou o *Mental Health Gap Action Program (mhGAP)* versão 2.0. (após a implementação da 1ª versão)” para melhorar a intervenção no suicídio e outras problemáticas.

O objetivo deste guia de intervenção mhGAP foi “ampliar os cuidados e serviços usando intervenções baseadas em evidências para prevenção e gestão de condições

MNS prioritárias” (WHO, 2016, p. 165). Inclui seções como Depressão, Psicoses, Epilepsia, Transtornos Mentais e Comportamentais de Crianças e Adolescentes, Demência, Distúrbios devidos ao Uso de Substâncias e Automutilação / Suicídio.

O suicídio é multifatorial e encontra-se normalmente relacionado com doença mental “pelo que nos permite afirmar que existindo um tratamento eficaz da doença mental podemos reduzir o risco de suicídio”. Claro que, “é fundamental a identificação correta e atempada das perturbações, bem como a eliminação de barreiras de acesso aos cuidados adequados” (OE, 2012, p. 15).

No entanto, ainda são poucos os profissionais de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica em Portugal, comparativamente com a enfermagem na especialidade de saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstétrica, reabilitação, médico-cirúrgica e comunitária, segundo o Anuário Estatístico de 2021 da Ordem dos Enfermeiros. Além de, se concentrarem mais em serviços de internamento de Psiquiatria e não em outras Especialidades, onde poderiam dar o seu contributo, como Cuidados de Saúde Primários, intervindo precocemente e/ou sinalizando situações.

Uma boa notícia (porque nem todas são menos boas), foi a DGS ter relançado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio em 2020, pois continua a ser um desafio para todos, sendo que em Portugal, verifica-se que “cerca de três pessoas morrem por suicídio a cada dia, e muitas mais tentam fazê-lo” (SNS, 2020).

Uma das maiores preocupações além da prevenção no suicídio e das estratégias que têm vindo a ser implementadas, é quando o utente já tentou o suicídio, fica internado, recupera e a alta começa a ser planeada.

Após a sua recuperação, o Enfermeiro neste contexto deve avaliar o tipo de acompanhamento que o utente irá necessitar, identificar se este tem suporte social adequado e trabalhar também com a sua família se houver, com um amigo ou outra pessoa de referência que possa dar-lhe apoio.

No entanto, muitas vezes, o profissional tem de lidar com situações onde a recuperação é muito difícil e onde se torna essencial a esperança, para os utentes e famílias para conseguirem lidar com a problemática mental e suas consequências. O seu uso nas abordagens “tem-se revelado bastante positivo, permitindo aos enfermeiros atuar de forma diferenciada e serem reconhecidos como fontes de esperança”. Desta forma, encontramos-nos “numa posição privilegiada para desenvolver uma relação de proximidade e de confiança, propícia ao fortalecimento da esperança”. Neste sentido, devemos “imprimir na relação terapêutica a intencionalidade de incutir esperança, recorrendo a esta como ferramenta para ajudar o cliente a vislumbrar alternativas possíveis à sua decisão de morrer como forma de resolver problemas e terminar com o sofrimento” (OE, 2012, p. 44).

Outra estratégia importante é recorrer a um “contrato de não suicídio” para a prevenção de nova ocorrência, onde são efetuadas promessas após negociação de questões pertinentes que possam estar na origem do sofrimento, onde se podem incluir familiares e/ou amigos, mas isto só se pode utilizar se o indivíduo tiver controlo sobre as suas ações. E também não garante totalmente que não se concretize novamente o comportamento. Por outro lado, “na ausência de doença psiquiátrica ou ideação suicida severas, o médico pode iniciar e providenciar tratamento farmacológico, geralmente com antidepressivos e terapia psicológica (cognitivo-comportamental)” (OMS, 2000, p. 15).

As sessões com o Enfermeiro são mais benéficas se seguidas e estruturadas de acordo com as necessidades do utente, sendo que o “foco do apoio deve ser no fornecimento de esperança, no encorajamento da independência e na ajuda que o paciente necessita para aprender a lidar com maneiras diferentes de lidar com os fatores estressores da vida” (OMS, 2000, p. 15).

Assim, estas reuniões exigem profissionais de enfermagem capazes de estabelecer uma aliança terapêutica, gerir um ambiente seguro com o utente, avaliar os comportamentos relacionados com tentativas de suicídio, o círculo social, fatores de risco e proteção. O objetivo diariamente na prática clínica é que a situação não volte a ocorrer, ou seja, que a pessoa ganhe estratégias e competências para não sinta novamente necessidade de utilizar a tentativa de suicídio como solução para os problemas.

Na intervenção do Enfermeiro, “há que haver um conhecimento profundo da pessoa, há que transmitir-lhe confiança, para que se estabeleça a relação de ajuda. Com tudo isto, pode-se adaptar uma filosofia de partilha contínua, baseada principalmente na comunicação” (Simões, Fonseca & Belo, 2006, p.53).

Concluindo, as competências de comunicação estão na base da relação com o outro, assim como a capacidade de empatia, ou seja, competências com influência determinante para o sucesso da relação terapêutica e nas futuras opções do utente, que se pretendem com maior pensamento crítico, maior capacitação e conseqüentemente autonomia para encontrar soluções para os seus problemas.

Segundo Sprinthall & Collins (1999), “embora a taxa de suicídio só atinja o seu valor máximo na vida adulta, estatísticas ameaçadoras revelam que os adolescentes estão a pôr termo à vida cada vez com maior frequência” (p. 512). “Os adultos suspeitaram sempre que os adolescentes suicidas eram especialmente vulneráveis às influências do exterior, dadas as suas bem conhecidas características, em termos de desenvolvimento, ligadas à conformidade social e à falta de individualidade” (p. 513). Além do “síndrome do macaco de imitação e com o efeito do grupo, existem razões para

acreditar que os adolescentes dotados e talentosos estão em maior risco do que os restantes de cometerem suicídio”. “Alguns fatores, tais como a busca exaustiva da perfeição, a tensão provocada pelas altas expectativas e o atraso no seu desenvolvimento socio-cognitivo, poderão contribuir para as diferenças encontradas” (p. 514).

“Quanto às perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência estima-se que, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental” (DGS, 2013, p. 2).

Nos adolescentes, os comportamentos suicidários tornaram-se preocupantes a nível da saúde pública, verificando-se em Wright-Hughes et al. (2015) que “as estimativas do risco de repetição no primeiro ano, após comportamento suicidário variam entre 5 e 15% ao ano” (*as cited in* Simões, Santos & Martinho, 2019, p. 140). A recorrência de comportamentos suicidários aumenta o risco de suicídio pelo que as intervenções ao nível da prevenção são essenciais. Ao nível da intervenção psicoterapêutica, no estudo de Simões, Santos & Martinho (2019), constataram “resultados positivos com a intervenção cognitivo-comportamental com psicoeducação para adolescentes e familiares, intervenção comunitária, terapia dialética comportamental e terapia de mentalização...” (p.139).

Como se verifica, estas intervenções e outras que se têm utilizado, devem fazer parte de um trabalho de continuidade, seja no internamento seja no acompanhamento após alta, como se pretende no caso da M. e família.

Arteterapia

Por outro lado, também a arteterapia tem sido utilizada em saúde mental em vários contextos e problemáticas, para a “promoção de bem-estar da pessoa com sofrimento psíquico, uma vez que a arteterapia propicia mudanças nos campos afetivo, interpessoal e relacional...” (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010, p.862).

Como refere Philippini (2004), trata-se de “um dispositivo terapêutico que absorve saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática transdisciplinar, visando o resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação” (*as cited in* Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010, p.860).

Margaret Naumburg ficou conhecida como pioneira da arteterapia, em “1930, começou a desenvolver programas de arteterapia para doentes psiquiátricos, pois...acreditava que a arte proporcionava aos doentes a oportunidade de se exprimirem e de alcançarem o seu inconsciente...considerava esta perspetiva de arte

como uma forma de linguagem simbólica dinamicamente orientada pela arteterapia, tendo-se baseado profundamente no pensamento freudiano” (Infopédia Porto Editora). Desenvolveu este movimento até 1975 e escreveu vários livros sobre a temática.

Yokota (2003) no seu estudo com adolescentes com depressão, concluiu que houve melhorias na “socialização, maior autoconhecimento e aumento de interesse, ou seja, percepção de que houve diminuição de sintomas depressivos e melhora do relacionamento com o mundo em geral” (p.99), com a utilização da arteterapia com o tratamento farmacológico.

A arteterapia pode desenvolver-se em várias sessões, com matérias diferentes e os “criadores” no fim podem ficar com os seus trabalhos. Inicialmente é efetuada uma breve apresentação da dinâmica e objetivos, consoante os participantes. A música também facilita que as emoções fluam mais facilmente neste contexto. No final do processo criativo, “os participantes são estimulados a observar os seus trabalhos, refletindo sobre seus significados, percebendo o processo desde o primeiro momento da representação artística”. Deste modo, é possível “através do estímulo individual e/ou coletivo, a criatividade e a expressão artística, dando ênfase ao processo de criação, à medida que o participante é levado à reflexão e à busca de significados inferidos ou atribuídos ao que ele produziu” (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010, p.861).

Andres, et al. (2020), também referem no seu estudo que a arteterapia “busca estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes, seguras e por vezes de baixo custo, com base na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano” (p.5).

Martins (2012) refere que a arteterapia faz uso de vários mediadores artísticos e de diferentes formas da pessoa poder comunicar emoções e sentimentos, podendo reconhecer determinadas capacidades, diminuindo as defesas e aumentando o ser bem-estar. Possibilita o “crescimento pessoal, o contato com o seu mundo sensível e o desenvolvimento emocional”. Além disso, “a vivência artística pela criação enriquece o imaginário e colabora para o autoconhecimento, impulsionador da elaboração dos conteúdos internos e da transformação pessoal”. Por outro lado, na arteterapia e na utilização dos mediadores é importante “refletir sobre os potenciais terapêuticos de cada recurso, indo ao encontro das necessidades dos indivíduos. Na sua aplicação considera-se as suas características particulares: simbólicas, expressivas e criativas” (p.vi).

Cunha (2017) na sua pesquisa concluiu que a arteterapia é um “poderoso instrumento relacional interpessoal....Através da triangulação cliente, objeto de arte, terapeuta/enfermeiro é possível aceder a aspetos do self que talvez não fossem

accedidos numa inter-relação não mediada ou mediada pela palavra”. Além disso, promove a “libertação de qualquer censura (superego) que se interponha, quer por questões sociais, quer por questões pessoais relacionadas com o pré-conceito”. De igual modo, verificou-se que a pessoa por vezes não se dá conta de temas dolorosos que depois vêm ao de cima e que se tentam elaborar. “Ao mesmo tempo, está a investir em si, no tempo que passa consigo a refletir enquanto cria e na descoberta das suas potencialidades criativas que novamente lhe permitirão readquirir um sentimento de esperança na sua vida” (p. 52).

Neste Estágio tive a oportunidade de planear as atividades terapêuticas de expressão pela arte baseando-me no trabalho de pesquisa e em reuniões de orientação dos colegas da especialidade e psicomotricista. Foram efetuadas um total de 5 planificações para 10 sessões com os adolescentes, 2 sessões em cada dia, às 4^a feiras, tendo em vista o emergente grupal e no geral, o autoconhecimento dos jovens internados, a reflexão sobre sentimentos/emoções, a autoconfiança, o desenvolvimento de competências, de outras estratégias na forma de lidar com os problemas e a esperança no futuro (representadas nos Anexos 8, 9, 10 e 11).

Estas sessões serviram para de outra forma, aceder a representações da M. que de outra forma não seriam acessíveis através do uso da palavra, além de ter contribuído para um série de intervenções de enfermagem especializadas programadas no seu Projeto Terapêutico (Anexo 3), como por exemplo, a participação em atividades grupais, gradualmente mais voluntárias, a exploração de sentimentos negativos e a tentativa de reforçar pensamentos e comportamentos positivos, o incremento da capacidade de autoreflexão, a melhoria do autoconhecimento e o inculcar esperança (Registos das sessões no Anexo 12).

4. PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” segundo o Regulamento nº 515/2018, da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Logo, o diagnóstico e a intervenção são peças fundamentais no processo de enfermagem e no raciocínio necessário na fundamentação para a tomada de decisão clínica dos cuidados de enfermagem. O processo de enfermagem está dividido em 5 partes, com a avaliação inicial, o diagnóstico de enfermagem, planeamento das intervenções, implementação e avaliação final (Sequeira & Sampaio, 2021).

Desta forma, e segundo a OE (2012), é necessário que a tomada de decisão que orienta o exercício profissional do enfermeiro tenha “uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo...”. Depois de identificados os problemas existentes, “as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”. Em seguida, “na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”. Sem dúvida que a existência de “guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (p. 12), sendo utilizados no decurso deste estudo de caso para ajudar a alcançar os resultados esperados.

Nesta sequência, foram analisados os dados colhidos da avaliação inicial médica e de enfermagem efetuada à jovem no momento da entrada no serviço de internamento, da entrevista clínica com a mãe, do relatório da Pedopsiquiatria e os antecedentes pessoais, para a tomada de decisão sobre o processo de enfermagem, segundo o International Council of Nurses (ICN, 2019) e Sequeira & Sampaio (2021).

Em seguida, foi efetuado um quadro com os diagnósticos de enfermagem organizados com a sua descrição versus fundamentação como segunda etapa do processo:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			
Focos	Descrição Fundamentação	Instrumentos	Diagnóstico
Ansiedade	Verbalização de ansiedade; manifestação de sinais e sintomas de ansiedade; repercussões na funcionalidade da pessoa (Sequeira & Sampaio, 2021)	O diagnóstico pode ser complementado com a Escala Revista de Ansiedade Manifesta para crianças (RCMAS) (versão portuguesa de Fonseca, 1992)	Ansiedade moderada a elevada
Ideação Suicida	Autolesão intencional não letal; pensamentos persistentes sobre a necessidade de autolesão; impulsividade; comportamento autolesivo no último ano (Sequeira & Sampaio, 2021)	O diagnóstico pode ser complementado com o Índice Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) – versão portuguesa	Comportamento autodestrutivo – nível de risco elevado
Apetite	Ausência do desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes (ICN, 2019)	O diagnóstico é efetuado por observação, pelo peso e verbalização da M. sobre a falta de apetite	Diminuição de apetite
Tristeza ou Humor depressivo	Emoção negativa: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia. Emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia (ICN, 2019)	O diagnóstico pode ser efetuado pela observação, entrevistas e complementado com o Inventário da Depressão para Crianças (CDI – versão portuguesa de Marujo, 1994) – que foi utilizado a posteriori (Anexo 7)	Tristeza/Humor subdepressivo
Risco de Infecção	Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo (ICN, 2019)	O diagnóstico é realizado pela observação das lesões efetuadas na pele, na sua desinfeção e controlo da temperatura	Sem sinais ou sintomas de infeção
Auto-cuidado	Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (AVD) (ICN, 2019)	O diagnóstico pode ser efetuado por observação, entrevista clínica ou utilização de escalas, como a escala de avaliação de aplicação semanal que mede o Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA) (Adaptada)	Auto-cuidado comprometido, com melhoria gradual
Obstipação	Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas. (ICN, 2019)	O diagnóstico é feito por observação dos hábitos intestinais, questionamento e registos da última dejeção	Diminuição do padrão intestinal
Sono	Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado-o de;	O diagnóstico é efetuado por observação, questionamento e verbalização da M. sobre o descanso noturno	Sono comprometido

	não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos (ICN, 2019)		
Autoestima	Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (ICN, 2019)	O diagnóstico pode ser complementado através da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e das entrevistas a M.	Baixa autoestima
Interação Social	Dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social; número de contatos sociais reduzidos (inferior a um por semana) (Sequeira & Sampaio, 2021)	O diagnóstico pode ser complementado com o resultado NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem)	Comportamento interativo comprometido
Processo familiar	Família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas. Alteração do papel da família; falta de objetivos da família; indiferente à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stresse (ICN, 2019).	O diagnóstico pode ser complementado com o seguinte instrumento de apoio à tomada de decisão – Score na Family Environment Scale (FES) – versão portuguesa	Processo familiar comprometido

Quadro 2: Diagnósticos de Enfermagem

Fonte: Elaboração própria

Como se verifica, os diagnósticos de Enfermagem servem de apoio à decisão do enfermeiro, sendo o foco das intervenções de Enfermagem a implementar.

Neste sentido, a criação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) tornou-se “um passo fulcral para a adoção de uma linguagem mais uniformizada por parte dos enfermeiros, nomeadamente na definição diagnóstica e na identificação das intervenções que dão resposta às necessidades dos utentes” (Sequeira & Sampaio, 2021, p. 87-88).

Deste modo, foi efetuado outro quadro com a definição de Intervenções de Enfermagem segundo a CIPE, de acordo com os diagnósticos definidos anteriormente, através dos focos iniciais, com os resultados esperados e respetiva avaliação efetuada que foi sendo efetuada no decurso do internamento (Anexo 4).

As intervenções de enfermagem tinham sido programadas inicialmente no início do Estágio e escolha do caso, algumas que estavam a ser implementadas, outras que

foram recomendadas como Projeto Terapêutico da jovem M. no seu Internamento (Anexo 3), com conhecimento e validação do Enfermeiro de Referência.

No geral, as Intervenções de Enfermagem foram sendo realizadas de acordo com as necessidades, por mim e colegas, em relação ao apetite e padrão intestinal com sucesso, ao sono e autocuidado com melhoria, à tristeza e comportamento interativo com pequena melhoria gradual.

Em relação à ideação suicida e risco clínico houve oscilações, como períodos de maior ou menor ansiedade, pois ocorreu aparente melhoria inicial no internamento e com a terapêutica instituída. No entanto, manteve risco clínico elevado, na Tabela adotada no serviço de internamento, de identificação de fatores de risco clínico (Anexo 5), que avalia principalmente o risco suicidário-risco alto, autoagressividade-risco muito alto, violência-risco baixo e o risco de fuga-risco baixo.

Nos últimos dias, tem demonstrado comportamentos autolesivos, tendo mostrado 2 objetos que utilizou, com necessidade de mais medicação SOS, que tem solicitado, o que também demonstra uma evolução positiva.

Na Autoestima, verificou-se através das entrevistas motivacionais realizadas mais ou menos estruturadas (Anexo 6) que acredita que pode ter recursos e estratégias positivas para conseguir reorganizar-se com a mãe na alta, conversando sobre as atividades extracurriculares, das férias com a mãe, da área que escolheu para o 10º ano de escolaridade no Colégio, de uma amiga. No entanto, com o Inventário de Depressão para Crianças (CDI – Anexo 7), realizado a 13/06/2022, apesar do seu resultado de 30 (de 0 a 54), nota-se ambivalência/dualidade nas respostas pois, ou refere ter muitos amigos, que se diverte muito na escola e que sabe que gostam dela, por outro lado, demonstra também que pretende matar-se, que se detesta, que é feia, sem esperança no futuro.

Em relação à família, a intervenção tem sido difícil para o médico e enfermeiro de referência, tendo em conta que a avó teve de ser condicionada nas visitas, o pai visitou a jovem uma vez com marcação prévia, muito difícil de articular com o médico responsável na fase inicial, mas não se conseguiu mais interações além de uma carta em que referia que gostava muito da filha. Por outro lado, a mãe o elemento mais presente, está medicada por uma Depressão, com pouca adesão ao projeto terapêutico, o que tem dificultado também a aliança terapêutica, que tem tentado ser construída pelo médico responsável e pela enfermeira de referência, com pouco sucesso. Por este fato, estive presente nos contatos quando possível, mas não houve intervenção da minha parte, pois sinto que nestas situações é muito importante conseguir pelo menos uma boa relação e aliança terapêutica com um técnico para o desenvolvimento da intervenção familiar. Esta família tem sido acompanhada por diferentes técnicos da área

da saúde mental, a M. com uma segunda Pedopsiquiatra e Psicóloga e a mãe com Psiquiatra também.

No internamento e em relação à possível alta para a comunidade, tem estado presente nas minhas intervenções e dos colegas, estratégias trabalhadas para a futura reintegração no exterior, como por exemplo, a psicoeducação acerca da importância da reflexão sobre os sentimentos e comportamentos, o estigma, sobre formas de lidar com a ansiedade e a frustração, a reestruturação cognitiva ao nível das crenças, autoestima e autoconceito, a terapia de mentalização sobre como interpretamos as nossas ações, relaxamento e visualização de lugar seguro e treino de habilidades.

Nos estudos pesquisados, como na revisão integrativa de literatura de Simões, Santos & Martinho (2019), os estudos encontrados e que “apresentaram resultados positivos foram, na sua maioria, relativos a intervenção unifamiliar, do tipo cognitivo comportamental, com psicoeducação e treino de habilidades individuais e familiares, intervenção comunitária, terapia dialético comportamental e terapia da mentalização ao nível da ideação suicida, depressão e repetição do comportamento suicidário” (p.147).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso permitiu-me aprofundar uma série de temáticas, pois o adolescente com ideação suicida é muito abrangente envolvendo muitos fatores, sendo necessário compreender a adolescência e as alterações vividas nesta fase de mudanças e também as vulnerabilidades, os fatores de risco ou de proteção que são multifatoriais. Como o aprender a lidar com as adversidades da vida de acordo com características desta faixa etária, história pessoal, dinâmica familiar, ambiente escolar, relações sociais, na comunidade, de uma forma holística, assim como, um modelo de ancoragem para compreender as transições ocorridas e o papel do enfermeiro nesta evolução.

Foi assim necessário estudar mais, sobre alterações da saúde mental não só no adulto, mas especificamente na adolescência, como o suicídio, a ideação suicida, os comportamentos autolesivos, a depressão, a ansiedade, as características da consulta nesta fase ou acompanhamento nestas situações, o tipo de intervenções mais utilizadas, e especificamente a expressão pela arte/arteterapia e seus benefícios.

Em relação à intervenção do EEESMP, pretende-se que possua um elevado conhecimento e consciência de si mesmo, resultado de um processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, e que intervenha com a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, segundo o Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto. Deve compreender “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.” Foca-se não só no diagnóstico e intervenção, mas também na promoção da saúde mental e na prevenção, mobilizando conhecimentos e capacidades que lhe permitem na “prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”

Logo, este primeiro estágio possibilitou-me intervir ao nível da perturbação mental com os adolescentes, perceber as implicações para o seu projeto de vida e potencial de superar as dificuldades, aprofundando a influência da família e ambiente escolar, como fator de risco ou proteção. Além disso, pude progredir em algumas competências, nomeadamente, ao nível da gestão da agressividade (com base na DGS, 2011), da psicofarmacologia, do relaxamento, do treino cognitivo, da ocupação terapêutica, da expressão pela arte, da psicoeducação, com ensino de estratégias e preparação para a alta, de modo a “promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”.

No próximo estágio terei então oportunidade de aprofundar e intervir mais no contexto familiar e comunidade, para complementar a intervenção ao longo do ciclo de vida.

Neste processo, e julgo ser mais refletido nesta especialidade, foi de extrema importância esta experiência para melhorar a consciência de mim própria e da minha evolução pessoal e profissional através de uma série de reflexões efetuadas, assim como, investir no autoconhecimento, pois só nos conhecendo a nós próprios poderemos almejar alguma compreensão do Outro.

Ao longo deste estudo de caso e pela sua complexidade e dificuldade, constatei ainda melhor a importância crucial de estratégias muito mais além, com intervenções sociais e ambientais, como por exemplo, em escolas e influenciar cada vez mais as políticas de saúde ao nível da prevenção, para evitarmos este aumento exponencial de comportamentos suicidários com adolescentes nos últimos anos, em Portugal e no Mundo, sendo um problema grave de saúde pública.

Deste modo, esta experiência de estágio, o que aprendi com a pesquisa e com todos os colegas da especialidade, fez-me despertar a importância de mais formação nesta área, nomeadamente através do Projeto +Contigo, que irei realizar assim que possível. Dos resultados obtidos com este projeto, ressalta um aumento da média de bem-estar nos grupos-alvo das intervenções, com programas preventivos dos comportamentos suicidários nos adolescentes. Deste modo, investem no “desenvolvimento de competências pessoais e individuais, de atitudes positivas..., resiliência e que promovam a coesão de grupo, o ambiente escolar saudável, os comportamentos de procura de ajuda, a redução do estigma em saúde mental e ...identificação precoce de doença mental...” (Santos, et al, 2014, *as cited in* Simões et al, 2018, p.8).

A escola deve ser encarada como um lugar favorecido para “investir não só na prevenção, mas também na intervenção dirigida a ...bem-estar, ...condição essencial de saúde mental e a adolescência o período do desenvolvimento humano em que se estabelecem, ..., a identidade, os padrões de comportamento e o estilo de vida” (Simões et al, 2018, p.8).

REFERÊNCIAS

1. Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – mediante a CIPE*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
2. Andres, S. C., Dornelas, R., Greco, P. B. T., Torres, R. F. & Rocha, V. (2020). Artererapia como opção não medicamentosas para pacientes internados em uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo de Enfermagem/Electronic Journal Nursing Collection* (Vol.7). pp. 1-6. <https://doi.org/10.25248/REAenf.e4843.2020>
3. Barbosa, N. G., Zanetti, A. C. G. & Souza, J. (2021). Genograma e ecomapa como estratégias lúdicas de ensino de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn*, 74(3). pp.1-4. <https://www.scielo.br/j/reben/a/knTzVbMqfjXn6HssrdN3fJm/?format=pdf&lang=pt>
4. Benatti, L. M. P. (2020). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto do Adolescente com Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio – Um processo de desenvolvimento de competências*. [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum do Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/33569>
5. Bergeret, J., Bécache, A., Boulanger, J., Chartier, P., Dubor, P. Houser, M. & Lustin, J. (1998). *Psicologia Patológica. Teórica e Clínica* (7ª Ed.). Climepsi Editores.
6. Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D. & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das Teorias de Enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (18). pp. 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
7. Coqueiro, N. F., Vieira, F. R. R. & Freitas, M. M. C. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Relato de Experiência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6). pp.859-869. <https://www.scienceopen.com/document?vid=88e6a10a-832b-475b-8818-0a10ef187a33>
8. Cunha, D. S. S. P. (2017). *Autoestima e esperança no cliente inimputável: contributo da arteterapia numa intervenção especializada*. [Master's thesis em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). <http://hdl.handle.net/10400.26/21046>
9. Debray, Q. & Nollet, D. (2004). *As Personalidades Patológicas*. Climepsi Editores.
10. Despacho nº 6170-A/2016 – Diário da República nº 89/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-05-09. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/6170-a-2016-74403493>
11. Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Orientação nº 021/2011 de 06/06/2011.
12. DGS (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Número 010/2013 de

31/05/2013.

13. DGS (s/d). *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio - 2013/2017*. Programa Nacional para a Saúde Mental.
14. DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- 4ª edição*. American Psychiatric Association. Climepsi Editores.
15. DSM-V (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais- 5ª edição*. American Psychiatric Association.
16. Figueiredo, M. H., Grau, C. F., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J. & Charepe, Z. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em cuidados de saúde primários*. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto. pp. 55-60.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31852>
17. Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. I volume (2ªedição). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
18. Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*.
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-dastransic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
19. Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. p. 59.
20. Graber, E. G. (2021). *Desenvolvimento do Adolescente*. Sydney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University.
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/crescimento-e-desenvolvimento/desenvolvimento-do-adolescente>
21. Im (2018). Theory of Transitions. In Smith, M. J. & Liehr, P. R. (Eds). *Middle range Theory for Nursing* (4ªed., pp. 265-287). Springer Publishing Company.
22. Internacional Council of Nurses [ICN] (2019). *Navegador CIPE*.
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
23. Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na Parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. [Unpublished master's thesis]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
24. Martins, D. C. S. (2012). *Arte-Terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. [Master's thesis em Educação Artística, Faculdade de Belas Artes].Mestrado em Educação Artística. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10008/2/UJFBA_TES665.pdf
25. McGoldrick, M., & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evolucion familiar*. 3ª Edição. Editorial Gedisa.
26. Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific*

27. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Comissão de Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato de 2008/2010.
28. Ordem dos Enfermeiros (2011). *Adoção pela ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
29. Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem.
30. Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato de 2010 / 2011.
31. Ordem dos Enfermeiros (2022). *Anuário Estatístico 2021*. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/estatistica/acumulado/2021_Anu%C3%A1rioEstatisticos%2000_Nacional.xlsx
32. Organização Mundial de Saúde [OMS] (2000). *Prevenção do Suicídio: um Manual para Médicos Clínicos Gerais*. Departamento de Saúde Mental.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS, s/d). Saúde do adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
34. Peláez, C. B. A., Guillaumet, M. & Martínez-Esparza, E. H. (2018). La adolescência como factor de riesgo de la conducta suicida (V22). *Revisión bibliográfica*. pp. 58-62. https://www.researchgate.net/publication/325743607_La_adolescencia_como_factor_de_riesgo_de_la_conducta_suicida
35. Pereira, M. G. (2011). Importância da avaliação familiar na doença. In Rebelo, L. (Coord.). *A Família em medicina Geral e Familiar: Conceitos e Práticas*. (pp. 63-76). Dashofer Holding Ltd. E Verlag Dashofer.
36. Porto Editora - *Margaret Naumburg* na Infopédia. Porto: Porto Editora. [consult. 2022-06-12 12:02:13]. [https://www.infopedia.pt/\\$margaret-naumburg](https://www.infopedia.pt/$margaret-naumburg)
37. Prontuário Terapêutico do Infarmed. Antipsicóticos. <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=quetiapina&x=0&y=0&rb1=0>
38. Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto. (2018). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 151, IIª série. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

39. Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, (2019). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 26, IIª série. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
40. República Portuguesa [RP] (2018). *Rede de Referência Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-daAdolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
41. Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C. Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional como foco da Enfermagem: Contributos das competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Millenium*, 49, pp 153-171. <file:///C:/Users/User/Downloads/8083-Article%20Text-22991-1-10-20160129.pdf>
42. Santos, J. C. (Coord.). (2018). *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
43. Scharfetter, C. (2002). *Introdução à Psicopatologia Geral* (2ª ed.). Climepsi Editores.
44. Sequeira, C. & Sampaio, F. (2021). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, lda.
45. Serviço Nacional de Saúde - SNS (2020). *Prevenção do Suicídio*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/10/prevencao-do-suicidio-2/>
46. Silva, C. F. T., Pedreira, L. C., Amaral, J. B., Mussi, F. C., Martorell-Poveda, M. A. & Souza, M. L. (2021). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74(2). pp. 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>
47. Simões, F. L. J. F., Fonseca, M. J. & Belo, A. P. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (3). pp. 45-54.
48. Simões, R. M. P., Santos, J. C., Façanha, J., Ersec, M., Loureiro, C., Marque, L. A., Quaresma, H. & Matos, E. (2018). Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health*. pp 1-9. DOI: 10.1159/000486468
49. Simões, R. M. P., Santos, J. C. P. & Martinho, M. J. C. M. (2019). Eficácia das Intervenções Psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamento suicidário: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Serie IV (20). pp 139-148. <https://doi.org/10.12707/RIV18027>
50. Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem Desenvolvimentista*. 2ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
51. Trinco, M. E. & Santos, J. C. (2021). Comportamento autolesivo na adolescência e experiência da família: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem da Saúde Mental* (25). s/p. https://www.researchgate.net/publication/355927081_Comportamento_autolesio_n_a_adolescencia_e_experiencia_da_familia_Revisao_da_literatura

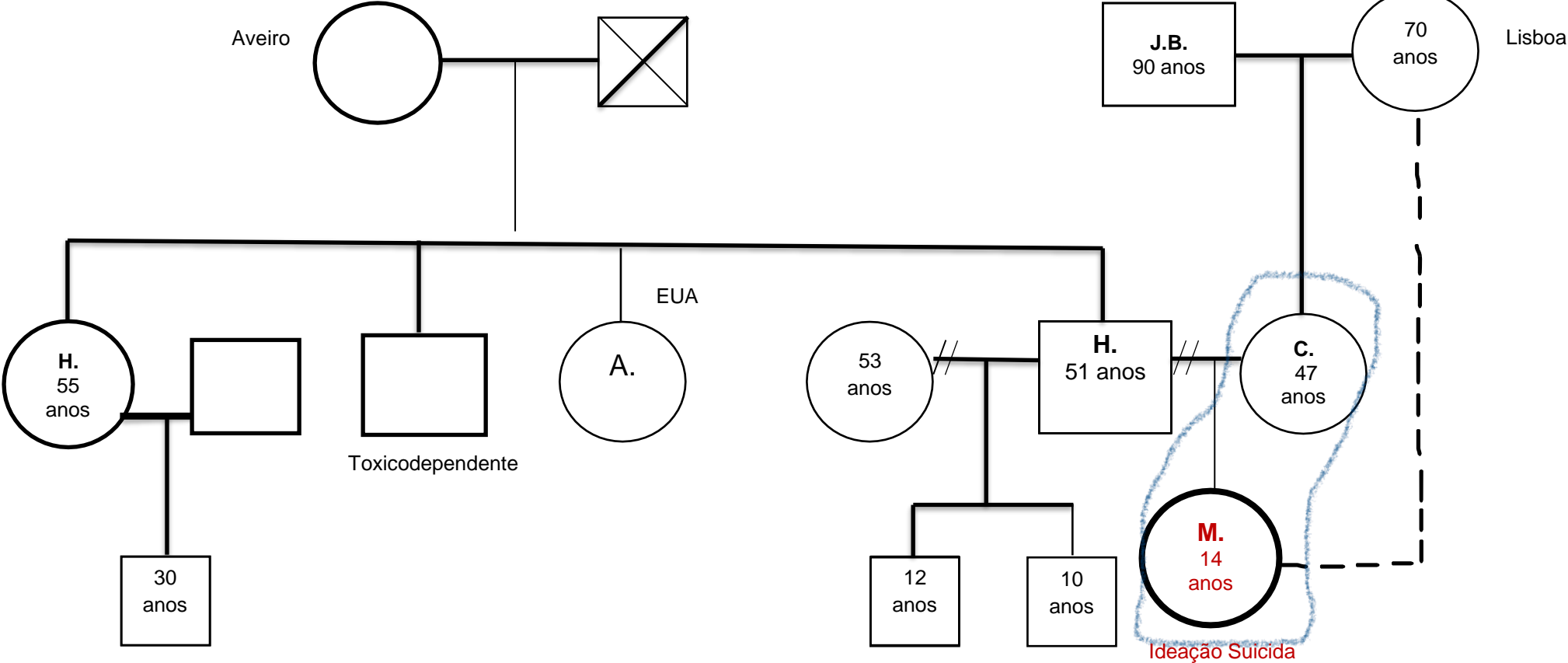
52. Trinco, M. E. M., Santos, J. C. & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*(13). pp. 115-124.
<https://doi.org/10.12707/RIV17008>
53. Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Climepsi Editores.
54. Vallerand, A. H. & Deglin, J. H. (1994). *Guia farmacológico para enfermeiros em cuidados intensivos e urgências*. Lusodidacta. Lisboa.
55. Weiner, I. B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência* (2ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
56. World Health Organization [WHO] (2014). *Preventing Suicide: a Global Imperative*. Geneva: World Health Organization.
57. World Health Organization - WHO (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*.
58. World Health Organization-WHO (2021). *LIVE LIFE - An implementation guide for suicide prevention in countries*.
59. Yokota, M. (2003). *A experiência de melhora dos sintomas através da arte-terapia em adolescentes com depressão refratária*. [Doctoral dissertation em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-01102014-120213/publico/MariliaYokota.pdf>
60. Zagonel, I. P. S. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória da Enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem*, 7(3). pp. 25-32.
<https://www.scielo.br/j/r/lae/a/qYkvCxFvtmZGv8qJBW5cMvD/?lang=pt>

ANEXOS

ANEXO 1 - Medicação e Intervenções (Prontuário Terapêutico do Infarmed; Vallerand & Deglin (1994); Aulas de Psicofarmacologia)

Medicamento	Classe	Indicações Terapêuticas	Efeitos Secundários	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Colecalciferol	Vitaminas Lipossolúveis	Prevenção e tratamento da deficiência em Vitamina D	-Secura da boca, cefaleia, polidipsia, poliúria, perda de apetite, náuseas, vômitos, fadiga, sensação de fraqueza, dor muscular, prurido, exantema e perda de peso. -Hipercalcemia e hipercalcúria (pouco frequentes)	-Vigiar a pele -Assistir no Auto-cuidado -Vigiar a dieta -Vigiar o peso -Vigiar sinais vitais	Sem alterações ou efeitos secundários
Quetiapina	Antipsicótico atípico	-Tratamento de Esquizofrenia -Tratamento da Perturbação Bipolar I <i>Não se recomenda a utilização de Quetiapina em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos</i>	- Sintomas extrapiramidais como parkinsonismo, distonias, discinesias e acatisia - Efeitos anticolinérgicos como arritmias, taquicardia, agitação, ansiedade, obstipação, dificuldades urinárias, xerostomia, hipotensão ortostática, aumento de peso	-Vigiar evolução dos pensamentos e comportamento -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre medicação	Hipotensão ortostática por vezes
Melatonina	Ansiolítico, sedativo e hipnótico	Tratamento em monoterapia e de curto prazo, da insónia primária caracterizada por sono de má qualidade	-Irritabilidade, agitação, sonhos anómalos, ansiedade, enxaqueca, letargia, tonturas, hipertensão, cefaleias, dispepsia, boca seca, fraqueza	-Vigiar evolução do sono -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Melhoria da insónia primária
Lorazepam	Benzodiazepinas Sedativo/Hipnótico Ansiolítico	-Adjuvante no controlo da Ansiedade e insónias devidas à ansiedade -Efeito sedativo	-Sonolência, tonturas, tremor, confusão mental, disartria, cefaleias, obstipação, náuseas, boca seca, visão turva, letargia	-Vigiar evolução da ansiedade -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Diminuição do número de picos de ansiedade
Clorpromazina	Antipsicótico	Esquizofrenia e outras psicoses	-Sintomas extrapiramidais e efeitos anticolinérgicos	-Vigiar evolução da ansiedade e pensamentos -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Diminuição dos picos de ansiedade
Aripiprazol	Antipsicótico atípico	-Esquizofreniana -Perturbação Bipolar I em adolescentes	-Sintomas extrapiramidais e efeitos anticolinérgicos -Irrequietude, insónia, acatisia, tremor, sonolência, cefaleias, visão turva, dispepsia, náuseas, vômitos, obstipação, fadiga	-Vigiar evolução dos pensamentos e comportamentos -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Pensamentos recorrentes mantêm-se, mas menos comportamentos autolesivos

ANEXO 2 – Genograma Familiar (Fonte: Elaboração Própria)



ANEXO 3: Projeto Terapêutico da M. (realizado inicialmente no Internamento com conhecimento e validação do Enfermeiro de Referência e Enfermeiro Orientador)

PROBLEMA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - IMPLEMENTADAS OU RECOMENDADAS	Data Início	Data Término
Processo familiar comprometido	Supervisionar as visitas familiares	19-05	
	Introduzir mediadores na visita com a mãe, pai ou avó materna que facilitem a expressão de emoções	19-05	
	Intervenção familiar se possível através da Psicoeducação sobre estigma ou comportamentos autolesivos ou estratégias positivas, que foram sendo utilizadas e verificar a resposta da família	19-05	
	Trabalhar a aliança terapêutica com a mãe	19-05	
Ideação suicida	Promover insight e crítica nestas situações e sessões individuais (reestruturação cognitiva ao nível de pensamentos, crenças)	19-05	
	Promover a participação em atividades terapêuticas de grupo relacionadas ideação suicida	19-05	
	Facilitar a identificação dos fatores desencadeantes através da expressão pela arte ou escrita (ANEXO 11)	19-05	
Comportamentos autodestrutivos	Vigiar CAL e disponibilizar presença	19-05	
	Promover treino para controlo de impulsos (como técnica de distração, estratégias positivas) (Anexo11)	19-05	
	Promover expressão da agressividade de forma controlada (não autodirigida ou de forma interpessoal) e autoconhecimento nas Atividades Terapêuticas sobre esta necessidade	19-05	
	Determinar limites comportamentais	19-05	
	Vigiar efeitos da medicação prescrita	19-05	
Ansiedade	Assistir na crise, oferecendo suporte emocional e encorajando a expressão de emoções	19-05	
	Executar intervenção psicoeducativa, ensinando estratégias de redução de ansiedade como técnica respiratória, visualização de um lugar seguro, identificação de pensamentos disfuncionais	19-05	
	Encorajar a participação nas atividades terapêuticas como a Expressão pela Arte e Relaxamento	19-05	
Comp. interativo comprometido	Incentivar a participação em atividades terapêuticas grupais de forma gradual	19-05	
	Efetuar reforço positivo à sua integração ou interação, com escuta ativa	19-05	
	Verificar quais as atividades de grupo que tinha no exterior e interação com amigos	19-05	
Tristeza/Humor deprimido	Facilitar uso de estratégias adaptativas como a escrita ou falar com alguém de referência	19-05	
	Promover aliança terapêutica em momentos individuais – Entrevista motivacional	19-05	

	Vigiar a resposta à medicação	19-05	
Autoestima diminuída	Dar apoio, respeitando, sem invadir o espaço pessoal	19-05	
	Assistir na exploração de sentimentos negativos e reforçar os positivos	19-05	
	Promover o autoconhecimento nas atividades terapêuticas (ANEXO 11)	19-05	
	Explorar a autopercepção e investir na enumeração de sucessos e forças	19-05	
	Discutir e assistir no planeamento do futuro (Projeto de Vida), dando alguma esperança	19-05	
Sono comprometido	Administrar terapêutica, vigiar sono e disponibilizar presença se necessário	19-05	
	Promover ambiente terapêutico com menor ruído e luz	19-05	
Diminuição de apetite	Vigiar a alimentação	19-05	
	Solicitar dieta personalizada da Nutrição	19-05	
	Pesar utente 1x por semana	19-05	
	Negociar metas e promover autoresponsabilização	19-05	
Lesões na pele	Desinfetar feridas cutâneas e penso se necessário	19-05	
	Vigiar sinais inflamatórios por risco de infeção	19-05	
	Observar autocuidado	19-05	
Padrão intestinal comprometido	Implementar plano hídrico e vigiar dejeções	19-05	
Autocuidado comprometido	Ensinar sobre estratégias facilitadoras do autocuidado, da higiene, tais como a importância do mesmo para auto-estima, da gestão do tempo com o cabelo, as unhas, para sensação de eficiência/realização	19-05	
	Assistir no Autocuidado ou Supervisionar	19-05	
	Promover Autorresponsabilização	19-05	
	Promover Auto Percepção Positiva com reforço sempre que possível e participação nas atividades terapêuticas sobre autoestima, autoconfiança	19-05	
Alta para a comunidade	Preparar a alta articulando com a mãe a autorização sobre a informação a facultar, que recursos/apoios terá na escola no 10ºano (Colégio Maristas) com alguém de referência (DT, Enfermeiro, Tutor), Centro de Saúde com equipa de família ou acompanhamento no privado (Pedopsiquiatra e Psicóloga)	19-05	
	Estratégias a utilizar nestes contextos, em casa, nas férias, na escola, com amigos ou atividades extra escolares de suporte quando maior ansiedade	19-05	
	Trabalhar o projeto de vida		
	Articular com EEESMP da consulta de ligação – <i>follow up</i>		

ANEXO 4: Diagnósticos e Intervenções, utilizando a CIPE versão β2 (Amaral, 2010)

FOCO	DADOS COLHIDOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Infeção	Lesão na pele	Risco de infeção aumentado	Ausência de infeção	Manter integridade da pele Vigiar sinais e sintomas de infeção Assegurar segurança durante procedimentos invasivos Vigiar comportamentos autolesivos	Sem sinais de infeção
Apetite	Perda de peso	Falta de apetite	Ingestão de alimentos melhorada	Ensinar sobre alimentação saudável Vigiar a alimentação e assistir se necessário Solicitar avaliação do serviço de nutrição Pesar o utente 1x por semana Negociar metas Promover autoresponsabilização	Aumento do peso progressivo
Sono	Insónia inicial e intermédia, acordando 4-5x por noite (das 00H às 05H) com dificuldade em retomar o sono	Sono prejudicado	Sono adequado	Psioeducação sobre o sono Executar terapia simples de relaxamento Controlar o ambiente de repouso Supervisionar o sono	Acorda 2x por noite no período das 00H às 05H
Autocuidado: Higiene e Vestuário	Higiene e vestuário negligenciado	Autocuidado comprometido	Higiene corporal melhorada	Ensinar sobre estratégias facilitadoras do autocuidado Assistir no Autocuidado ou Supervisionar Promover Autorresponsabilização Promover Auto Perceção Positiva	Autocuidado melhorado
Ansiedade	Observação de sinais e sintomas de ansiedade como aumento da tensão muscular	Ansiedade em grau moderado/elevado	Ansiedade reduzida	Avaliar e registar ansiedade Assistir na crise Oferecer suporte emocional Encorajar a expressão de sentimentos e emoções	Crises de ansiedade com maior espaçamento temporal e maior

	Verbalização de ansiedade			Ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade Executar intervenção psicoeducativa Executar relaxamento	autocontrole inclusive no pedido de ajuda
Comportamento Interativo	Dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social; Evita participar em atividades sociais ou de grupo	Interação social diminuída	Desenvolver competências de interação social	Encorajar a participar nas atividades terapêuticas diárias Treinar competências sociais e habilidades de comunicação através dessas atividades Intervenção familiar de enfermagem	Comportamento interativo quando encorajado
Autoestima	Expressa sentimentos de desvalorização pessoal; Revela pensamentos negativos sobre si; desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas; dificuldade em se afirmar perante os outros	Autoestima diminuída em grau elevado	Melhoria da autoestima	Disponibilizar presença e suporte emocional Executar intervenção de promoção de autoestima Executar reestruturação cognitiva Executar intervenção psicoeducativa Promover a participação em atividades terapêuticas de grupo relacionadas com a autoestima	
Comportamentos autolesivos	Ideação suicida e comportamentos autolesivos observados que repete como forma de reduzir a ansiedade ou os pensamentos obsessivos	Comportamento autodestrutivo em grau moderado	Diminuição dos comportamentos autolesivos	Disponibilizar presença Promover treino para controlo de impulsos (técnica de distração, inteligência emocional, etc) Determinar limites comportamentais Promover a participação em atividades terapêuticas de grupo relacionadas com comportamentos autolesivos Vigiar efeitos da medicação prescrita	Comportamento autodestrutivo em grau reduzido
Processo familiar	Ações familiares da mãe, pai e avó minam o bem-estar; diminuição da capacidade de	Papel do prestador de cuidados ineficaz	Melhoria do papel de cuidador (Mãe)	Intervenção familiar de enfermagem Promover a melhoria do papel de cuidador Executar treino de assertividade da M	

	resolução de problemas por parte da mãe e distanciamento afetivo			Promover relação de confiança com a família Assistir familiares a identificar e resolver os conflitos, aceitando valores sem julgamentos Facilitar a expressão de sentimentos	
Tentativa de suicídio	Ingestão de comprimidos deixando carta de despedida	Alto risco de tentativa de suicídio	Diminuição do risco de tentativa de suicídio	Escutar ativamente Gerir ambiente: segurança Promover auto-percepção positiva Vigiar comportamento com a medicação Executar reestruturação cognitiva: Assistir na identificação de fatores desencadeantes, do sistema de crenças irracionais, ...	Diminuição do risco de tentativa de suicídio

ANEXO 6: Entrevistas Motivacionais

RESUMO - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COM M. NO DIA 6-6-2022 – TRABALHAR ALIANÇA TERAPÊUTICA

Tens conseguido dormir melhor? Durmo, já só acordo 2x por noite, acordava 4-5x por noite...então sentes-te melhor dessa forma? sim
A comida tem sido mais ao teu gosto? Sim, mas estou preocupada com o peso...falámos da altura 1,70m, do peso atual, do que ganhou, da sua dificuldade em aceitar isso, de como pode ter mais peso e estar mais em equilíbrio...parece ter-lhe feito sentido...
A tua escrita no diário tem ajudado? Sim, escrevo sobre as coisas que se passam, desenho, dos meus pensamentos...explorei-os...estratégias, exemplos, pois todos nós por vezes temos pensamentos intrusivos e vamos aprendendo a lidar com isso ao longo da vida
Como te sentes no internamento? O que gostarias de trabalhar mais aqui? A Autoestima, o pedir ajuda...reforcei que está melhor pois tem pedido ajuda, parece mais confiante...

Quais são as tuas expetativas em relação ao tempo que aqui estás? Gostarias que algo fosse diferente? Ficou a pensar e disse que estiveram a falar da alta no meio de Junho...falámos da sua vontade de ter alta, porquê...sente-se mais preparada
Expetativas depois da alta? Falámos de ter faltado no 3º período às aulas, de não ir fazer as provas finais, se estava preocupada ou não...de ter passado para o 10ºano, de mudar de turmas mas continuar a encontrar-se nos intervalos com a L.
Onde gostarias de ir? Vou de férias com a minha mãe...pareces contente...sim
Atividades que vais fazer? Conversámos de ter passado para o 10º ano, do British e o Badmington que gosta muito, embora seja muito intenso, competitivo, não dá para amizades...mas quer continuar e foi uma escolha sua

Com quem gostarias de estar? Falámos da L melhor amiga, não outros colegas pois fazem conversas que não gosta... ainda não te sentes preparada para falar com eles sobre o que se passou...falou da mãe que acha que está melhor a relação...não explorei ainda
Com quem não gostarias de estar? Com a avó...falámos da diferença de idade, geração, personalidade, de como somos diferentes na forma de expressar afetos.

RESUMO - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COM M. NO DIA 13-6-2022 SOBRE EXPETATIVAS E ALTA

Comecei por falar da família e completei o Genograma familiar
Falámos dos avós, tios, primos, relações...
Perguntei-lhe a área que escolheu para o 10º ano?
O que pretende seguir...

Escolheu a área de Ciências para o 10º ano pois quer seguir Biologia. Pareceu ficar contente com a conversa...

Perguntei de existe Enfermeiro no Colégio que sinta que pode dar apoio nalguma situação.

Tem Enfermeiro no Colégio mas só serve para dar chá e gelo. Trabalhei esta questão de como vê o Enfermeiro no Colégio, que a atuação é diferente, implica outro tipo de responsabilidades e autorizações, mas que é bom ter aquela ajuda se necessitar

E o acompanhamento com a Psicóloga, sentes-te bem com ela? Por ser acompanhada no privado,

Ela está grávida, contou-me logo com 1 mês de gravidez e que ía passar para outra colega de confiança 2x por semana também até início do ano. Como te sentiste com isso? Senti-me mais segura pois contou-me logo o que se ía passar.

E a Pedopsiquiatria?

Estava com a Pedopsiquiatra 1x por semana...também gosto dela.

Falámos de estratégias, de como acha que está a evoluir, como se sente...

Elástico no pulso – estratégias dolorosas

De estratégias mais positivas que têm sido faladas na expressão pela arte também.

Sorriu...sente-se melhor quando conversamos...

Se surgir uma situação desagradável na Escola, como achas que irás lidar com isso e dei exemplos de aborrecimentos com colegas...

Falar sobre a pessoa? Ignorar, afastar-me...falei sobre a importância da assertividade, de falar o que sente no momento certo de forma correta.

Falámos das atividades extra, das ocupações no exterior

Do Badminton que só começou em setembro, não tem provas para já

British agora para melhorar o nível - Parecia entusiasmada...

Como achas que será a adaptação depois em casa, após alta?

Com a mãe? Falámos das lâminas, que não sente tanta necessidade depois...será?

Que a mãe também está triste mas que falam de tudo agora e assim podemos estar tristes as duas...falámos um pouco da mãe, de como se sente com ela...disse que tem saudades...

Falou de maior proximidade com a G., colega do internamento, da frustração de estar aqui

Reforcei a importância do internamento, do que está a conseguir, das pausas importantes na nossa vida para delinear o caminho, de como por vezes consegue interagir melhor, de como consegue refletir sobre as situações, consegue pedir ajuda...

RESUMO - ENTREVISTA MOTIVACIONAL COM M. NO DIA 14-6-2022 SOBRE INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS (CDI) – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA EQUIPA MÉDICA EM REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR E CONHECIMENTO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Preencheu a escala da depressão CDI de 27 itens, que avalia sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta, com cotação entre 0 e 54, o máximo da cotação, tendo obtido no total 30 (“depressão leve”). No entanto, o objetivo central foi uma maior compreensão da sintomatologia, tendo em conta que algumas respostas ou mesmo relatos das sua história e sintomas por vezes são ambivalentes ou mesmo confusas.

Nas respostas da escala, apesar de se confirmar a tristeza, revela ter amigos, que se diverte na escola, demonstra que tem competências escolares, o sentimento de ser amada, mas que se sente só, com baixa auto-confiança, sente-se feia, sem esperança no futuro e mantém ideiação suicida.

Perguntei sobre o trabalho do pai e falámos sobre este, que trabalha em gestão de empresas, pelas difíceis marcações, mas também que tem horário flexível, de uma reunião familiar com o Dr. R. inicialmente, das duas casas por onde se divide, dos meios-irmãos, da nova companheira, para tentar perceber o que sente, como está a lidar com isso, pareceu tranquila.

Falámos novamente sobre a L. e sobre um **grupo de amigos** do Colégio, que não tinham comportamentos desadequados só ela e falámos dos consumos.

Perguntei se gostava de alguém para perceber outras relações e proximidades, e falou de um **namoro** com um rapaz de outra turma e falou do seu comportamento, que não tinha havido influência deste nos seus comportamentos desajustados e que ainda gosta dele.

Apesar de aparentemente tranquila com a atividade da dança e movimento desse dia e com a nossa conversa já tinha pedido medicação SOS 2x nesse dia (Cloropromazina), que tem vindo a ser mais frequente, ou seja, parece refletir nas situações, escreve sobre elas, possui recursos e pede ajuda com medicação sendo a estratégia mais utilizada no momento.

ANEXO 7 - Inventário de Depressão para Crianças (CDI- Children`Depression Inventory Kovacs, 1985, 1992, versão portuguesa de Marujo 1994) C.D.I.- Children Depressive Inventory (Kovacs, 1985) – aplicado com autorização prévia da equipa multidisciplinar

As crianças e os adolescentes pensam e sentem, de maneira diferente uns dos outros. Este inventário apresenta vários grupos de sentimentos e ideias. Escolhe em cada grupo apenas uma frase que melhor mostre aquilo que tens pensado e sentido nas duas últimas semanas. Só depois de teres escolhido uma frase de um grupo é que avanças para o grupo seguinte.

Não há respostas certas nem respostas erradas. Escolhe apenas a frase que melhor descreve a tua forma de sentir e pensar nos últimos tempos. Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher este inventário. Experimenta. Coloca a cruz ao lado da frase que melhor te descreve.

EXEMPLO:

Leio livros muitas vezes

Leio livros de vez em quando

Nunca leio livros

LEMBRA-TE QUE DEVES ESCOLHER AS FRASES QUE MELHOR DESCREVEM OS TEUS SENTIMENTOS E IDEIAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

1. Às vezes sinto-me triste

Sinto-me quase sempre triste

Sinto-me sempre triste **X**

2. Nunca nada me vai correr bem **X**

Não tenho a certeza de que as coisas me venham a correr bem

As coisas vão-me correr bem

3. Faço quase tudo bem

Faço muitas coisas mal **X**

Faço tudo mal

4. Divirto-me com muitas coisas

Divirto-me com algumas coisas **X**

Nada é divertido para mim

5. Sou sempre mau(má)
Sou mau(má) muitas vezes
Sou mau(má) de vez em quando **X**
6. De vez em quando penso nalguma coisa má que me possa acontecer
Tenho receio que me aconteçam coisas más
Tenho a certeza de que me vão acontecer coisas horríveis **X**
7. Detesto-me **X**
Não gosto de mim
Gosto de mim
8. Sou culpado(a) de tudo o que acontece de mau **X**
Muitas coisas más acontecem por minha culpa
As coisas más não costumam ser culpa minha
9. Não penso em matar-me
Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei
Quero matar-me **X**
10. Tenho vontade de chorar todos os dias
Muitas vezes tenho vontade de chorar **X**
De vez em quando tenho vontade de chorar
11. Tudo me aborrece imenso
Aborreço-me com muitas coisas **X**
Algumas coisas aborrecem-me
12. Gosto de estar com pessoas
De vez em quando não gosto de estar com pessoas **X**
Nunca quero estar acompanhado(a) com pessoas

13. Nunca consigo tomar decisões

Para mim é difícil tomar decisões

Tomo decisões com facilidade **X**

14. Gosto do meu aspecto

Há algumas coisas no meu aspecto de que não gosto muito

Sou feio(a) **X**

15. Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os meus trabalhos da escola

Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os meus trabalhos da

Escola **X**

Não é difícil fazer os trabalhos da escola

16. Durmo mal todas as noites **X**

Muitas noites durmo mal

Durmo sempre muito bem

17. Sinto-me cansado(a) de vez em quando **X**

Sinto-me cansado(a) muitas vezes

Sinto-me sempre cansado(a)

18. A maior parte das vezes não me apetece comer **X**

Muitas vezes não me apetece comer

Como muito bem

19. Não me preocupo com a minha saúde **X**

Preocupo-me muito com a minha saúde

Ando sempre terrivelmente preocupado(a) com a minha saúde

20. Não me sinto só

Sinto-me quase sempre só

Sinto-me sempre muito só **X**

21. Nunca me divirto na escola

De vez em quando divirto-me na escola

Divirto-me sempre muito na escola **X**

22. Tenho imensos amigos(as) **X**

Tenho alguns amigos(as) mas gostava de ter mais

Não tenho amigos

23. Os meus resultados escolares são bons

Os meus resultados escolares já foram melhores **X**

Estou muito mal em disciplinas em que dantes era bom(boa)

24. Nunca vou conseguir ser tão bom(boa) como os(as) outros(as) **X**

Se eu quiser poderei ser tão bom(boa) como os(as) outros(as)

Consigno ser em tudo tão bom(boa) como os(as) outros(as)

25. Tenho a certeza que ninguém gosta de mim

Não tenho a certeza se há quem goste de mim

Tenho a certeza de que alguém gosta de mim **X**

26. Costumo fazer o que me mandam

Na maior parte das vezes não faço o que me mandam **X**

Nunca faço o que me mandam

27. Dou-me bem com os(as) outros(as) **X**

Ando muitas vezes em brigas

Ando sempre metido(a) em brigas

FIM - Obrigado por ter respondido a este questionário

ANEXO 8 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte - Emoções



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na Pedopsiquiatria do HDE

Tema: Emoções

Local: Internamento de Pedopsiquiatria do HDE – sala de atividades

Data: 25 de maio de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Objetivo geral da formação: Promover a expressão emocional no grupo de jovens internados

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento, a comunicação expressiva e tomada de consciência de si e das suas emoções

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e o objetivo geral -Solicitar a cada um que escolha um recorte que lhe faça sentido ou sobre algo que possa estar a sentir -Pensar numa palavra ou explicar o porquê da escolha	- Expositivo - Interativo com música de fundo relaxante	Recortes de Revistas	15 min
Desenvolvimento	-Na folha com a figura humana desenhar, pintar ou escrever, como se têm sentido nos últimos dias ou onde as emoções se estão a manifestar mais no corpo	- Interativo com música de fundo - Material à escolha	Aquarela Pincéis Lápis Canetas Lápis de cera Papel	25 min
Conclusão Balço final	-Partilhar se quiser a emoção ou sentimentos retratados	- Interativo		15 min
Avaliação	Pedir aos participantes para avaliarem como se sentiram na sessão e escreverem na folha	-Interativo com música de fundo		5 min

ANEXO 9 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte - Autoestima



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na Pedopsiquiatria do HDE, divididos em 2 grupos de 6 elementos

Tema: Autoestima – O que eu gosto em mim...

Local: Internamento de Pedopsiquiatria do HDE – sala de atividades

Data: 3 de junho de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Objetivo geral da formação: Promover a melhoria da auto-estima nos jovens internados

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento e a melhoria do equilíbrio emocional

Critérios de Inclusão: Jovens internados com baixa auto-estima, ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e objetivo geral -Solicitar que peguem o novelo, tirem um papel do saco com uma frase e leiam, depois enviam o novelo (ficando com a ponta) para um colega completar a frase, com um aspeto positivo daquele que ficou a pegar o novelo Papéis com frases para terminar como: -Os meus amigos gostam de mim porque.. -Os meus colegas dizem que eu sou bom em ... -Algo que me torna único é... -Sou bom a...	- Expositivo - Interativo com música de fundo	Novelo de lã Papéis com as frases escritas Pequeno saco	15 min
Desenvolvimento	Pedir para representar um animal, com que se identifiquem	- Interativo com música de fundo	Lápis de cor Lápis de cera Papel A4	25 min
Conclusão Balanço final	-Partilhar se quiser o que desenhou, com qual aspeto se identificou	- Interativo		15 min
Avaliação	Pedir aos participantes para avaliarem sobre a sessão, de como se sentiram numa palavra	- Interativo com música de fundo		5 min

ANEXO 10 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Acreditar no futuro



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na Pedopsiquiatria do HDE, divididos em 2 grupos

Tema: Acreditar no futuro

Local: Internamento de Pedopsiquiatria do HDE – sala de atividades

Data: 8 de junho de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Objetivo geral da formação: Promoção de esperança nos jovens internados

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento e a melhoria do equilíbrio emocional

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEUDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e objetivo geral -Colocar peças de dominó viradas para baixo em que o número que sair vai corresponder a uma pergunta que está num envelope, como por exemplo: -Quando sair do internamento vou... -Se pudesse mudar algo na minha escola o que mudaria... -Qual a música/filme com que me identifico... -Quando encontrar os meus amigos vou... -Se encontrasse o génio da lâmpada mágica que 3 pedidos faria...	- Expositivo - Interativo com música de fundo	Dominó Cartões com frases dentro de envelopes	15 min
Desenvolvimento	-Fazer um desenho a representarem-se no futuro ou uma mensagem para o seu futuro	- Interativo com música de fundo relaxante	Folhas A4 Canetas Lápis de cor Lápis de cera	25 min
Conclusão Balanco final	-Partilhar se quiserem a sua criação	- Interativo		15 min
Avaliação	-Pedir aos participantes para escreverem como se sentiram na sessão numa palavra na folha	- Interativo com música de fundo		5 min

ANEXO 11 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Estratégias positivas



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na Pedopsiquiatria do HDE

Tema: Estratégias

Local: Internamento de Pedopsiquiatria do HDE – sala de atividades

Data: 13 de junho de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Objetivo geral da formação: Refletir sobre estratégias positivas de resolução de problemas

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento, equilíbrio emocional e refletir sobre estratégias que têm tido um efeito negativo

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEUDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica como um espaço de partilha e convívio -Colocar objetos ou brinquedos à disposição para escolha sobre formas de lidar com os problemas com que se identifiquem e convidar a comentar após o porquê da sua escolha	- Expositivo - Interativo com música de fundo	2 livros 2 mini computadores 6 bonecos da família 2 cãesinhos 2 carrinhos 1 Caneta 1 Lápis de cor 1 Boneco do mar 1 bloco para escrever 1 Roupas de boneca 2 pentes 1 verniz 1 Chave 1 CD 1 Pulseira Postais paisagem	15 min
Desenvolvimento	- <u>Desenhar uma estratégia que tenham aprendido no internamento</u> para lidar melhor com as dificuldades, ao contrário de uma anterior	- Interativo com música de fundo relaxante	Folhas A4 Canetas Lápis de cor	25 min
Conclusão Balanco final	-Partilhar se quiser a sua criação	- Interativo		15 min
Avaliação	-Pedir aos participantes para escreverem de como se sentiram na sessão numa palavra	- Interativo com música de fundo		5 min

ANEXO 12 – Atividade Terapêutica Expressão pela Arte – Kit 1º socorros emocionais



PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EXPRESSÃO PELA ARTE

Identificação da População-Alvo: Utentes adolescentes internados na Pedopsiquiatria do HDE, divididos em 2 grupos

Tema: Kit primeiros socorros emocionais

Local: Internamento de Pedopsiquiatria do HDE – sala de atividades

Data: 22 de junho de 2022

Hora: Das 11H30 às 12H30; Das 14H às 15H

Duração: 60 minutos

Formadores: Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Objetivo geral da formação: Síntese das aprendizagens das sessões anteriores de expressão pela arte:

- Expressão de Emoções; Autoestima; Acreditar no futuro; Estratégias positivas

Objetivos específicos: Promover autoconhecimento, autoconfiança, capacidade de reflexão no futuro e equilíbrio emocional

Critérios de Inclusão: Jovens internados com ideação suicida, desesperança ou depressão e que aceitem participar na atividade

Critérios de Exclusão: Jovens sem critérios clínicos para alcançarem os objetivos pretendidos na atividade, em crise disruptiva ou que recusem participar na atividade

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução Quebra-gelo	-Explicar a dinâmica e o objetivo geral -Decorar uma caixa (Kit de primeiros socorros emocionais) a gosto para guardar coisas especiais para motivação quando precisarem	- Expositivo - Interativo com música de fundo	Papel colorido Tecidos Canetas Tintas e pinceis Purpurinas Tesoura Cola	20 min
Desenvolvimento	-Cartões com frases para completar e guardar na caixa: No futuro eu... Eu sou (3 características positivas): Quando não estou bem que estratégias utilizo: A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem (3 pessoas): -Acrescentar um objeto especial na caixa que lhes seja especial (que pode ter sido solicitado previamente) ou fazer um com pasta de moldar	- Interativo com música de fundo relaxante	Canetas Lápis de carvão Cartolina Pasta de moldar	25 min
Conclusão Balço final	-Partilhar se quiserem exemplos do que escreveram e disserem o que sentiram -Quando não se sentirem bem podem recorrer à caixa -Podem depois acrescentar mais coisas	- Interativo		10 min
Avaliação	-Pedir aos participantes para escreverem de como se sentiram na sessão	- Interativo com música de fundo		5 min

ANEXO 13 - Registos das Sessões de Expressão pela Arte da M.

A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das Emoções, com interesse e motivação.

Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de uma pizza, referindo gostar muito de cozinhar.

Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros... apenas preencheu a região da cabeça com a cor azul, e escreveu várias palavras referentes ao seu sentir: preocupação, medo, cansaço, confusão, ansiedade, tristeza e raiva. Referiu ter utilizado a cor azul pois transmite-lhe tranquilidade.

No final da sessão escreveu sobre o seu sentir “frustração/confusão”.

A M. participou na atividade de terapia pela arte sobre Autoestima, pouco motivada e sem interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela era boa a escrever.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma baleia, porque se esconde no mar como ela em casa e só vem ao de cima de vez em quando. Foi reconstruído que apesar disso viajam no seu habitat, são protetoras em relação aos seus e tendo concordado com a descrição.

No final da sessão escreveu que sentiu ansiedade na atividade.

A M. participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com atitude retraída, uma vez que tinha feito medicação SOS, antes da atividade, por ansiedade.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “música ou filme com que se identificasse” referiu a música “Sweet Caroline” mas não conseguiu falar sobre isso. Falámos que se quisesse podia falar num momento individual.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu “*Olá. Duvido que algum dia estejas a ler isto. As coisas estão más agora. Estou internada e não me parece que quando sair daqui fique viva muito mais tempo. Eu corto-me e tenho queimaduras. Passo os dias tristes, ansiosa e com raiva. Tenho tentado melhorar. Tenho começado a conseguir pedir ajuda. Espero que depois, daqui a algum tempo, esteja mais feliz e realizada. Aguenta mais um bocado. Tu és forte.*”

No final da sessão escreveu que se sentiu “ansiosa”.

A M. participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias positivas”, aparentemente com interesse e motivação. Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu uma pulseira, mas não quis partilhar o porquê. Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre uma estratégia, desenhou um telemóvel com indicação de redes sociais e 3 objetos que sugerem consumos anteriores como “álcool, comprimidos e droga”, mas também não quis comentar. Escreveu no final que se sentiu triste e ansiosa.

A M. infelizmente não pode estar presente na atividade de expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais” por reunião médica com familiar. No entanto, a minha despedida do internamento e da sua intervenção foi efetuada a posteriori em momento individual, que parece ter sido compreendida, despedindo-se com um sorriso e um abraço.

Apêndice 12: Medicação e Intervenções

MEDICAMENTO	CLASSE	INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS	EFEITOS SECUNDÁRIOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Colecalciferol	Vitaminas Lipossolúveis	Prevenção e tratamento da deficiência em Vitamina D	Secura da boca, cefaleia, polidipsia, poliúria, perda de apetite, náuseas, vômitos, fadiga, sensação de fraqueza, dor muscular, prurido, exantema e perda de peso. Hipercalemia e hipercaleciúria (pouco frequentes)	-Vigiar a pele -Assistir no Auto-cuidado -Vigiar a dieta -Vigiar o peso -Vigiar sinais vitais	Sem alterações ou efeitos secundários
Quetiapina	Antipsicótico atípico	-Tratamento de Esquizofrenia -Tratamento da Perturbação Bipolar I <i>Não se recomenda a utilização de Quetiapina em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos</i>	Sintomas extrapiramidais como parkinsonismo, distonias, discinesias e acatisia Efeitos anticolinérgicos como arritmias, taquicardia, agitação, ansiedade, obstipação, dificuldades urinárias, xerostomia, hipotensão ortostática, aumento de peso	-Vigiar evolução dos pensamentos e comportamento -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre medicação	Hipotensão ortostática por vezes
Melatonina	Ansiolítico, sedativo e hipnótico	Tratamento em monoterapia e de curto prazo, da insónia primária caracterizada por sono de má qualidade	Irritabilidade, agitação, sonhos anómalos, ansiedade, enxaqueca, letargia, tonturas, hipertensão, cefaleias, dispepsia, boca seca, fraqueza	-Vigiar evolução do sono -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Melhoria da insónia primária
Lorazepam	Benzodiazepinas Sedativo/Hipnótico Ansiolítico	-Adjuvante no controlo da Ansiedade e insónias devidas à ansiedade -Efeito sedativo	Sonolência, tonturas, tremor, confusão mental, disartria, cefaleias, obstipação, náuseas, boca seca, visão turva, letargia	-Vigiar evolução da ansiedade -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Diminuição do número de picos de ansiedade
Clorpromazina	Antipsicótico	Esquizofrenia e outras psicoses	Sintomas extrapiramidais e efeitos anticolinérgicos	-Vigiar evolução da ansiedade e pensamentos -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Diminuição dos picos de ansiedade
Aripiprazol	Antipsicótico atípico	-Esquizofrenia -Perturbação Bipolar I em adolescentes	Sintomas extrapiramidais e efeitos anticolinérgicos Irrequietude, insónia, acatisia, tremor, sonolência, cefaleias, visão turva, dispepsia, náuseas, vômitos, obstipação, fadiga	-Vigiar evolução dos pensamentos e comportamentos -Vigiar efeitos secundários -Ensino sobre a medicação	Pensamentos recorrentes mantêm-se, mas menos comportamentos autolesivos

Fonte: **Prontuário Terapêutico do Infarmed; Vallerand & Deglin, 1994**

Apêndice 13: Registos das Sessões de Expressão pela Arte de M.

A jovem participou na atividade de terapia pela arte, sobre a expressão das Emoções, com interesse e motivação.

Na dinâmica do quebra-gelo, em que foram disponibilizadas várias imagens, caracterizou o seu sentir com a imagem de uma pizza, referindo gostar muito de cozinhar.

Na dinâmica da criação, que consistiu em preencher a delimitação de um corpo humano com cores, palavras, entre outros... apenas preencheu a região da cabeça com a cor azul, e escreveu várias palavras referentes ao seu sentir: preocupação, medo, cansaço, confusão, ansiedade, tristeza e raiva. Referiu ter utilizado a cor azul pois transmite-lhe tranquilidade. No final da sessão escreveu sobre o seu sentir “frustração/confusão”.

A M. participou na atividade de terapia pela arte sobre Autoestima, pouco motivada e sem interesse.

Na dinâmica de quebra-gelo em que consistia em terminar frases positivas em relação a outro colega referiram que ela era boa a escrever.

Na dinâmica da criação em que consistia em desenhar um animal com que se identificasse caracterizou uma baleia, porque se esconde no mar como ela em casa e só vem ao de cima de vez em quando. Foi reconstruído que apesar disso viajam no seu habitat, são protetoras em relação aos seus e tendo concordado com a descrição.

No final da sessão escreveu que sentiu ansiedade na atividade.

A M. participou na atividade da terapia pela arte sobre “Acreditar no futuro”, com atitude retraída, uma vez que tinha feito medicação SOS, antes da atividade, por ansiedade.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em dizer “música ou filme com que se identificasse” referiu a música “Sweet Caroline” mas não conseguiu falar sobre isso. Falámos que se quisesse podia falar num momento individual.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo para o futuro ou mensagem que quisesse ler mais tarde, escreveu *“Olá. Duvido que algum dia estejas a ler isto. As coisas estão más agora. Estou internada e não me parece que quando sair daqui fique viva muito mais tempo. Eu corto-me e tenho queimaduras. Passo os dias tristes, ansiosa e com raiva. Tenho tentado melhorar. Tenho começado a conseguir pedir ajuda. Espero que depois, daqui a algum tempo, esteja mais feliz e realizada. Aguenta mais um bocadinho. Tu és forte.”* No final da sessão escreveu que se sentiu “ansiosa”.

A M. participou na atividade da expressão pela arte sobre “Estratégias”, aparentemente com interesse e motivação.

Na dinâmica quebra-gelo que consistia em escolher um objeto sobre uma estratégia com que se identificassem, escolheu uma pulseira, mas não quis partilhar o porquê.

Na dinâmica da criação que consistiu em desenhar algo sobre uma estratégia, desenhou um telemóvel com indicação de redes sociais e 3 objetos que sugerem consumos anteriores como “álcool, comprimidos e droga”, mas também não quis comentar. Escreveu no final que se sentiu triste e ansiosa.

A M. infelizmente não pode estar presente na atividade de expressão pela arte sobre “Kit de primeiros socorros emocionais” por reunião médica com familiar.

No entanto, a minha despedida do internamento e da sua intervenção foi efetuada a posteriori em momento individual, que parece ter sido compreendida, despedindo-se com um sorriso e um abraço.

Apêndice 14: Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NOS ADOLESCENTES

O Ministério da Saúde (as cited in Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012, p.1) define consulta de enfermagem como sendo “... uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

De acordo com o plano nacional de saúde infantil e da adolescência (PNSIJ), na consulta devem ser tratadas questões além dos parâmetros de crescimento, sinais vitais, dentição, visão, audição, vacinação,... relacionadas por exemplo com a imagem corporal, sexualidade, segurança e acidentes, dificuldades escolares, relação com os pais, relação entre pares, perturbações do humor, do comportamento alimentar, comportamentos aditivos e até suicidários, ou seja, analisar o desenvolvimento psicoafetivo e social do jovem, incluindo ensino sobre sinais e sintomas de alerta e prestação de cuidados antecipatórios (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013; Lopes, 2016).

Na consulta do adolescente, há diversos aspetos a ter em consideração como, por exemplo, a flexibilidade no modelo de atendimento, uma melhor acessibilidade às consultas, assim como, o reforço de “privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios” (DGS, 2013, p.114).

O enfermeiro especialista deve aplicar técnicas comunicacionais adequadas, facilitar uma comunicação expressiva de emoções e avaliar os conhecimentos e comportamentos relativamente à saúde. Deve ainda estimular a adoção de comportamentos saudáveis, fornecendo às famílias informação orientadora dos cuidados antecipatórios, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento (OE, 2011).

Neste tipo de consulta, seguem-se 3 fases principais: a fase do acolhimento com o adolescente e pais numa 1ª consulta, com apresentação e informação sobre as etapas do processo, conhecer as expectativas, objetivos e estabelecer um clima de confiança iniciando a relação terapêutica; a fase exploratória que consiste na colheita de dados com colaboração dos pais e com o adolescente, para definir focos de atenção do âmbito bio-psicossocial, fatores do risco, competências, necessidades, problemáticas; e a fase resolutiva que é composta pelos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções, reforços a trabalhar e negociação com o adolescente da informação a partilhar com os pais, seguindo-se partilha

dessas metas negociadas com o adolescente e necessidades de suporte com os pais, e contatos futuros (OE, 2010; Matos, 2019).

A atuação em regime de articulação com outros profissionais de saúde permite a obtenção de melhores resultados, nomeadamente: “a deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada, a eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária, a implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce e a formação de outros técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil”. (MS, 2009 – Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM) as cited in DGS, 2013, p.35).

É necessária a articulação entre equipas multidisciplinares e outras estruturas não só de saúde mas também escolares, como por exemplo, intervir na prevenção nas escolas e no combate ao estigma, seja com alunos, família e funcionários, através de formação e melhorar a identificação dos fatores de risco ou protetores dos comportamentos suicidários e/ou sintomatologia depressiva, com estratégias conjuntas entre todos (escola, família, unidades de saúde, instituições da comunidade). Na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, neste trabalho necessário de maior “proximidade entre os Cuidados Primários de Saúde e outras estruturas da comunidade” (República Portuguesa, 2018, p.8) como as Escolas e Comissões de Proteção de crianças e jovens que a aplicação do Despacho nº 6170-A/2016 de 6 de Maio tem vindo a regularizar gradualmente, ainda se verificam muitas dificuldades na prática com défice significativo de recursos humanos especializados e instituições.

Assim, o enfermeiro especialista da unidade de psiquiatria da infância e adolescência, surge como um elemento importante da equipa multidisciplinar para ajudar os utentes e suas famílias na sua relação com os seus contextos internos e externos com vista à promoção da saúde e prevenção de riscos. Presta os seus cuidados de enfermagem num âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. A sua intervenção tem como objetivo assistir as pessoas, as famílias e os grupos ao longo dos períodos da infância e da adolescência, procurando ao longo deste processo criar um ambiente de relação de ajuda, que promova um clima de parceria com vista à promoção da saúde mental (segundo o Regulamento nº 515/2018 de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica).

O Objetivo Geral da consulta especializada na unidade consiste em assegurar cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica a crianças e adolescentes da sua área de abrangência dos 0 aos 17 anos.

As situações prioritárias em saúde mental infantil e juvenil para acompanhamento na unidade são as seguintes:

- Perturbações psicóticas;
- Situações de risco de suicídio e/ou de comportamentos repetidos de auto-mutilação
- Perturbações obsessivo-compulsivas graves
- Perturbações do comportamento alimentar (anorexia ou bulimia nervosa)
- Alterações graves do comportamento, nomeadamente heteroagressividade recorrente
- Perturbações graves da vinculação (da relação mãe-bebé)
- Perturbações de ansiedade graves, nomeadamente crises de pânico, recusa escolar, fobias graves

Situações em que a intervenção na unidade não é considerada de 1ª linha

- Dificuldades de Aprendizagem – necessitam de avaliação prévia por técnicos de apoio educativo ou de serviços de psicologia e orientação das escolas e ter, sempre que possível, a avaliação psicológica nas estruturas da comunidade
 - Situações de maus-tratos, negligência, abusos – encaminhadas em 1ª instância para os núcleos da criança e jovem em risco dos CSP, para as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), ou para serviços policiais ou de ação social da comunidade
 - Comportamento aditivo – devem ser encaminhados para os Centros de Respostas Integradas em Comportamentos Aditivos e Dependências (CRI-CAD)
 - Delinquência – devem ser encaminhados para serviços de ação social, tribunais ou para estruturas da comunidade
 - Atraso global do desenvolvimento/quadros deficitários/perturbações da linguagem/perturbação de hiperatividade/défice de atenção/perturbação do espectro do autismo – devem ser encaminhados para o Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC)
 - Situações de urgência como tentativas de suicídio/ideação suicida ativa e consistente, anorexia nervosa com perda rápida de peso e com alteração do ritmo cardíaco, hipocaliémia ou desidratação grave e descompensação psicótica com alterações do pensamento e/ou percepção ou grande agitação psicomotora – devem ser encaminhadas para o Serviço de urgência pediátrica, que pode articular com o serviço de urgência de pedopsiquiatria

Situações que não devem ser referenciadas para a unidade

- Problemas isolados de comportamento
- Reações normais a situações de stress
- Dificuldades que estejam presentes exclusivamente em contexto escolar
- Queixas psicossomáticas sem exclusão prévia de organicidade

- Situações sociais graves
- Sintomas reativos a psicopatologia grave dos principais cuidadores da criança/adolescente – deverá ser tratada em 1º lugar a situação clínica do adulto
- Casos em que os responsáveis pela criança não deram consentimento, não estão disponíveis para a intervenção ou é previsível que não têm condições para aderir a um tratamento regular

Atividades da consulta de enfermagem especializada:

- Triagem de casos clínicos
- Avaliação diagnóstica
- Encaminhamento para outras especialidades
- Trabalho de ligação com serviços da comunidade - outras instituições de saúde, escolas, infantários ou instituições que tenham intervenção com crianças e jovens com necessidades especiais de educação e serviços ligados ao seu atendimento especializado
- Intervenção em grupos terapêuticos com crianças e jovens
- Intervenção em grupos de pais

Responsáveis pela consulta de enfermagem da criança e adolescente na unidade:

- Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, com formação em Psicoterapia

Objetivos específicos da consulta de enfermagem especializada:

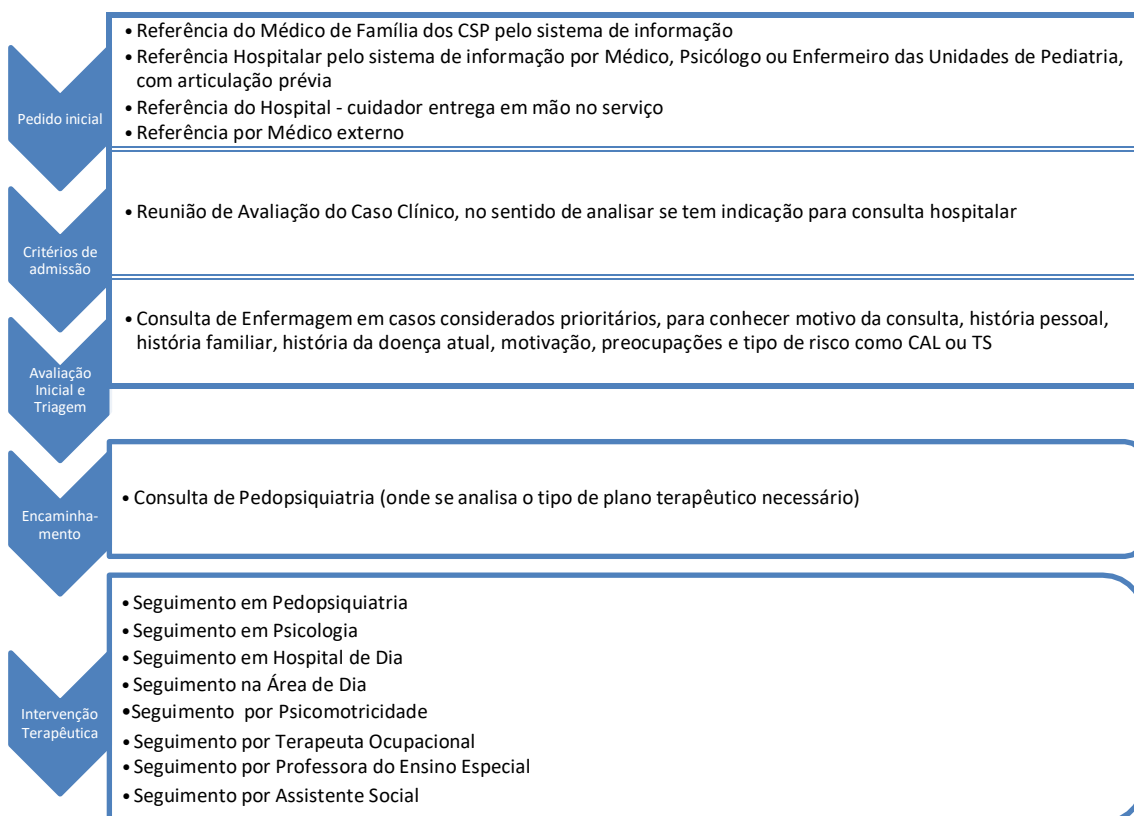
- Promoção da autonomia a vários níveis e oportunidades de desenvolvimento, tendo a relação de ajuda e o cuidado psicoterapêutico como metodologia de diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação
- Realizar intervenções psicoterapêuticas e de âmbito psicossocial e psicoeducacional criança/jovem/família e grupos com necessidades dentro da área de saúde mental
- Promover a continuidade de cuidados e articulação da equipa multidisciplinar
- Dinamizar a articulação com estruturas sociais, escolares e de saúde de forma a potenciar o apoio à criança/jovem/família

Cada consulta de enfermagem é centrada no cliente e sua família e contemplam os enunciados descritivos dos padrões de qualidade de enfermagem dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem de saúde mental e psiquiátrica (Regulamento nº351/2015), que são:

- Satisfação da criança/jovem;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;
- O bem-estar e o autocuidado;
- A adaptação às condições de saúde;
- Organização dos cuidados de enfermagem.

FLUXOGRAMA

Processo de Atendimento da Unidade



Em relação à implementação do Programa de prevenção do suicídio em adolescentes

os critérios de referência são os seguintes:

- Autolesão intencional não letal ou ocorrida no último ano;
- Pensamentos persistentes sobre a necessidade de autolesão;
- Impulsividade;
- Tentativa de suicídio anterior;
- Existência de plano de suicídio;
- Verbalização de ideias de morte e desejo de morrer;
- Desespero ou não vontade de viver (Simões, 2020)

Descrição do início do Processo Terapêutico de Enfermagem Especializada

Acolhimento/Anamnese - 1º momento - Entrevista com familiares e Criança/Adolescente

Analisar o motivo da consulta que pode implicar priorização do acompanhamento pelo risco associado e as expectativas da família.

Investigar Aspectos físicos, Psíquicos, Sociais, Culturais, Sexuais, Espirituais como: Com quem vive, Gravidez se planejada e desejada, Vinculação (descrição da mãe em bebê), Alimentação (comportamento purgatório ou outro tipo de restrições-contagem de calorias), Exercício Físico, História do Sono, Percurso de Socialização, Grupos de Pertença, Desempenho Escolar, Consumos nocivos, Medicação, Medidas de Segurança (Acesso a meios letais, gestão da medicação), Antecedentes familiares de depressão ou tentativa de suicídio.

Entrega e explicação do Consentimento Informado e do sigilo profissional.

A quebra de sigilo da consulta apenas pode ocorrer em situações específicas (Azevedo et al., 2018):

- Presença de qualquer tipo de violência: emocional, maus tratos, sexual, bullying, interpessoal no namoro, etc.
- Sinais de dependência química
- Autoagressão, ideação suicida ou de fuga de casa
- Gravidez
- Aborto
- Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual)
- Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco
- Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental

2º momento - Entrevista só com a criança/adolescente (exceção se recusa de ficar sozinho)

Início da construção da relação terapêutica e avaliação inicial com recolha de dados com registos no programa SClínico como perceção corporal, autoestima, relacionamento com a família, relacionamento com os pares, atividades de lazer, desenvolvimento afetivo, emocional e sexual, crenças, drogas lícitas e ilícitas, orientação sexual, namoro, autocuidado, estratégias de coping, segurança, risco de comportamentos autoagressivos (OE, 2012; DGS, 2013; Melo, 2021).

Goldenring e Cohen (1985 *as cited in* DGS, 2013, pp. 115-116), elaboraram o acrónimo HEADS, utilizando-se atualmente a nível mundial – HEEADSSS, com questões específicas a efetuar na consulta da adolescência, consoante os âmbitos:

- H – home (casa, família);
- E – education e employment (escola e emprego);
- E – eating (alimentação);
- A – activities (atividades desportivas e de lazer);
- D – drugs (consumos, adição);
- S – sexuality (sexualidade);
- S – Suicide (depressão, suicídio, humor);
- S – Safety (segurança, acidentes, violência).

Questões relacionadas com o acrónimo HEEADSSS:

CASA - Com quem vives? ♣ Como é o relacionamento entre os membros da família? ♣ De quem te sentes mais próximo(a)? ♣ Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém novo?

ESCOLA - Como é a tua escola? Mudaste recentemente? ♣ Quais as disciplinas que preferes? E as que menos gostas? ♣ Tens amigo(a)s na escola? ♣ Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente? ♣ Que planos tens quanto ao futuro?

ALIMENTAÇÃO - De que é que gostas e não gostas no teu corpo? ♣ O teu peso alterou-se recentemente? De que modo? ♣ O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes? ♣ Já fizeste dieta alguma vez? ♣ Praticas exercício? Quantas horas e quantas vezes por semana?

ATIVIDADES - O que fazes quando estás com o(a)s amigo(a)s? ♣ O que fazes quando estás com a família? ♣ Tens alguma atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)? ♣ Tens alguns hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora? ♣ Quantas horas de televisão vês por dia? E computador? E vídeo-jogos?

CONSUMOS - No teu grupo de amigo(a)s, alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas? ♣ E tu? ♣ E na tua família? ♣ Alguém fuma na tua casa? ♣ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?

SEXUALIDADE - Tens namorado(a) atualmente? Já tiveste antes? ♣ Já tiveste relações sexuais? ♣ O que significa “sexo seguro” para ti? ♣ Utilizas contraceção? ♣ Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a vontade? ♣ Já tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?

DEPRESSÃO/ SUICÍDIO - Sentes-te triste ou “em baixo” mais do que o habitual? ♣ Estás sempre chateado(a)? ♣ Tens dificuldade em dormir? ♣ Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa? ♣ Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer? ♣ Isolas-te mais do(a)s amigo(a)s, nos últimos tempos? ♣ Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo? ♣ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?

SEGURANÇA - Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente? ♣ Existe violência na tua família? ♣ Existe violência na tua escola? ♣ Alguma vez foste agredido ou abusado sexualmente? ♣ Alguma vez foste vítima ou te envolveste em bullying ou em situação de violência no namoro?

Todos os dados são necessários para a elaboração do processo de enfermagem desde os focos de atenção até aos diagnósticos e possíveis intervenções de enfermagem, como os registos de enfermagem para a continuidade dos cuidados, posterior avaliação e comunicação entre os vários profissionais de saúde.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais comuns neste contexto

segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN)

Foco de Atenção	Diagnóstico	Intervenções Enfermagem
Papel parental ou do prestador de cuidados	Papel comprometido	Escuta ativa; Observar a dinâmica familiar Intervenção familiar - assistir os familiares a identificar e a resolver os conflitos; introduzir mediadores que facilitem a expressão de emoções; trabalhar a aliança terapêutica com o prestador de cuidados/família; executar treino de assertividade; promover autorresponsabilização; promover a melhoria do papel de cuidador Intervenção Psicoeducativa sobre estigma, comportamentos autolesivos, estratégias positivas, ..., esclarecer dúvidas Encaminhamento para Terapia Familiar ou Grupo de Pais se necessário
Autoestima	Baixa autoestima	Executar relação de ajuda; Executar entrevista motivacional Disponibilizar suporte emocional; Aumentar a socialização Executar Reestruturação cognitiva Executar intervenção de promoção de autoestima
Autoimagem	Imagem corporal comprometida	Disponibilizar grupo de apoio Promover autopercepção positiva Executar relação de ajuda; Executar Reestruturação cognitiva Executar intervenção psicoeducativa Intervenção familiar
Ansiedade	Ansiedade moderada a elevada	Escutar ativamente; Executar relação de ajuda Disponibilizar presença e suporte emocional Executar Reestruturação cognitiva Executar intervenção psicoeducativa Instruir sobre técnicas de relaxamento ou Executar a técnica Treinar competências sociais
Interação Social	Isolamento Social	Encorajar envolvimento nas atividades sociais Integração nas Atividades dos Grupos Terapêuticos do Hospital de Dia, Psicomotricidade ou Musicoterapia Promover a expressão de ideias, sentimentos positivos e negativos Elogiar tentativas de expressão de sentimentos e ideias Ajudar na prática de habilidades sociais e de interação Treinar habilidades de comunicação Orientar familiar cuidador sobre estratégias promotoras de uma comunicação assertiva
Adaptação	Adaptação prejudicada	Estabelecer metas; Disponibilizar grupo de apoio Promover auto-percepção positiva Assistir na auto-modificação Assistir na modificação do comportamento: habilidades sociais
Autoagressividade	Risco de comportamento autoagressivo ou CAL	Disponibilizar suporte emocional Promover auto-percepção positiva; Reestruturação cognitiva Explorar alternativas ao comportamento Promover treino para controlo de impulsos Negociar contrato; Promover auto-responsabilização Pedir autorização para o contato com a família ou outros para reforçar redes de apoio; Orientar sobre medidas de proteção Orientar familiar cuidador sobre estratégias de prevenção de comportamentos destrutivos
Heteroagressividade	Risco de comportamento agressivo	Executar estratégias de gestão do comportamento agressivo Orientar sobre estratégias de modificação do comportamento agressivo Orientar familiar cuidador sobre estratégias de prevenção e proteção à agressividade
Hiperatividade	Agitação psicomotora	Adequar humor como: assistir a identificar elementos precipitantes do humor disfuncional; ensinar novas habilidades de resolução de problemas; oferecer oportunidade para expressão de sentimentos Restrição atividade física como: gerir ambiente; limites comportamentais; assistir no controlo da fúria

Comportamento suicidário	Risco de tentativa de suicídio	Escutar ativamente; Executar apoio emocional Promover autopercepção positiva Executar reestruturação cognitiva Promover <i> coping </i> eficaz; Promoção da esperança Orientar sobre estratégias de redução do risco de tentativa de suicídio e familiar/cuidador; Iniciar programa de prevenção de suicídio
Autocontrole	Autocontrole comprometido	Ensinar sobre estratégias de autocontrole Informar sobre recursos da comunidade Executar apoio emocional Instruir sobre estratégias de resolução de problemas Treinar técnicas de autocontrole Executar intervenção de promoção de controlo de impulsos efetivo Determinar metas
Gestão Terapêutico	Regime Adesão ao regime terapêutico ineficaz	Motivar disposição para aprender; Ensinar indicações da medicação, efeitos secundários da medicação e objetivos terapêuticos Informar a rede de suporte e promover a responsabilização ao próprio e família; Ensinar sobre a problemática para promover o processo de aceitação; Vigiar evolução ou sintomatologia

Fontes: Sequeira, C. et al. (2021); Melo (2021); Amaral, 2010; OE (2018)

Planificação de Sessões do Programa de Prevenção de Suicídio

A planificação das sessões é algo dinâmica, pelo que depende da avaliação do enfermeiro e do caso clínico, sendo esta planificação apenas uma linha orientadora:

Sessão 1	Preparar <i> setting </i> Explicar funcionamento das sessões e programa de intervenção – 10 a 15 sessões de 60 minutos; 2 sessões por semana ou de acordo com a possibilidade Aprofundar necessidades, expectativas e objetivos Aprofundar historial e problemática Informar sobre a importância da colaboração ativa para a resolução Informar sobre o Programa de Prevenção do Suicídio Avaliar as condições de segurança para a pessoa e terceiros Negociar objetivos e contrato terapêutico Início do estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/jovem
Sessão 2	Identificar o tipo de comportamento suicidário Explorar razões do comportamento ou objetivos Avaliar características pessoais que podem favorecer o comportamento suicidário Refletir sobre mecanismos de aprendizagem do comportamento e fatores que contribuem para a sua manutenção Identificar fatores precipitantes e estímulos que aumentam o comportamento e refletir sobre estímulos associados Analisar reações perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao comportamento, na tentativa de evitar impulsos Discutir objetivos do comportamento, sem julgamento Facilitar a identificação dos sentimentos e emoções aquando do comportamento Determinar a motivação para mudar o comportamento Discutir histórias de suicídio passadas, presentes e orientar para pedidos de ajuda Negociar contrato não suicídio com a pessoa, se necessário Prescrição para a ação – tarefas a desenvolver no imediato ou entre sessões Resumo e avaliação da sessão

Sessão 3	<p>Avaliar o progresso inter-sessão Promover reflexão acerca do impacto do comportamento em si e nos outros Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas – fornecidas pela pessoa Determinar consequências do comportamento, enquanto estratégia de resolução de problemas Planejar estratégias alternativas de resolução de problemas Elaborar plano de segurança para utilizar se necessário Introduzir <i>Mediadores Expressivos</i> de acordo com os objetivos e o feedback do utente Resumo e avaliação da sessão</p>
Sessão 4	<p>Avaliar o progresso inter-sessão Permitir que a pessoa explore os seus sentimentos Estabelecer prioridades Identificar os fatores de risco Identificar sinais de alerta para o comportamento Explorar fatores protetores Assistir na identificação dos pontos fortes e reforçá-los Reforçar estratégias alternativas de resolução de problemas Resumo e avaliação da sessão</p>
Sessão 5	<p>Avaliar o progresso inter-sessão Rever plano de segurança Encorajar a pessoa a identificar novos desafios e autodeterminação nas escolhas na promoção de hábitos mais saudáveis Motivar a pessoa a definir um projeto de vida Analisar os meios utilizados para resolver o problema Discutir o impacto das estratégias delineadas (vantagens e desvantagens) Efetuar o treino das estratégias delineadas Permitir a verbalização de medos, preocupações, indecisões e necessidades Ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos - apoio familiar, recursos comunitários, ... Resumo e avaliação da sessão</p>
Sessão 6	<p>Avaliar o progresso inter-sessão Elaborar Kit de esperança ou de primeiros socorros emocionais Enunciar razões para viver Ajudar a identificar pessoas de suporte, pessoas significativas Explorar em conjunto, acontecimentos positivos e pessoas significativas no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à vida Escolher atividades de partilha que visem responder às necessidades específicas Efetuar reforços positivos Promoção da auto-estima e auto-imagem Clarificar informações acerca da doença/natureza do comportamento que adotou Manter restrição do acesso a meios letais Resumo e avaliação da sessão</p>
Sessão 7	<p>Avaliar o progresso inter-sessão Ajudar a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos (apoio familiar, apoio de amigos, apoio escolar, ...) Formalizar contato com o recurso prioritário Alertar família para o risco de suicídio Promover apoio/mobilização familiar Promover envolvimento familiar Psicoeducação acerca dos comportamentos suicidários à família ou outro que surja Incluir a família/pessoas significativas no processo de identificação das razões para viver Prevenção de complicações Resumo e avaliação da sessão</p>
Sessão 8	<p>Avaliar o progresso inter-sessão Encorajar a pedir ajuda e discutir o plano de segurança Disponibilizar informação sobre possíveis tratamentos disponíveis Informar sobre recursos comunitários Promover a continuidade de cuidados (CSP ou nível especializado) Clarificar expectativas em relação a tratamentos e acompanhamento Clarificar formas de contato futuro (sms, telefonema, email) Motivar a pessoa para o seu projeto de vida Elogiar os esforços de autocontrolo que desenvolveu Promover a autoresponsabilização Resumo e avaliação da sessão</p>

Sessão 9	Avaliar o progresso inter-sessão Avaliar o trabalho desenvolvido: síntese dos resultados e utilização dos instrumentos utilizados na avaliação diagnóstica Feedback sobre a intervenção Esclarecer dúvidas Efetuar reforço positivo Orientar para recursos comunitários/vigilância de saúde Efetuar separação física/despida e preparação para nova etapa Clarificar formas de contato futuro Avaliação final
Sessão 10 e Follow-up de preferência 15 dias depois	Avaliar o progresso desde o fim de programa Rever plano de segurança Analisar impacto das estratégias alternativas de resolução de problemas Rever projeto de vida Avaliar impacto da mobilização familiar Avaliar apoio dos recursos comunitários Efetuar reforço positivo Resumo e avaliação da recuperação de acordo com os resultados esperados

Fontes: Amaral (2010); Simões (2020); Simões, Santos & Martinho, J. (2020). Sequeira, et al. (2021)

No momento final de devolução com a família, a avaliação dos resultados deve ser ajustada aos problemas identificados, potencialidades, questões que surgiram, quer das expectativas/necessidades levantadas, quer pela visão do enfermeiro. No entanto, a avaliação também é um processo contínuo, ao longo das intervenções e pode sofrer adaptações consoante a evolução da criança ou jovem (Amaral, 2010).

As situações são referenciadas pela unidade para os CSP quando a evolução clínica é favorável e já não há necessidade de seguimento.

Um dos Indicadores de Avaliação que se propõe no momento da alta é a utilização de um questionário com 8 itens de avaliação da satisfação sobre as consultas de enfermagem e qualidade dos cuidados prestados e avaliam também a acessibilidade, instalações, organização do funcionamento, apreciação global, comentários e sugestões de melhoria (Apêndice 1).

Referências

- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental (PESM)*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Azevedo, et al. (2018). Consulta do adolescente: Abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *Adolescência e Saúde*, 15 (1). p. 73-85.
- Direção Geral da Saúde - DGS (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013 de 31/05/2013.
- Fernandes, M. E. D. (2014). *Avaliação da Satisfação de Utentes de um Serviço Prestador de Cuidados de Saúde Mental Comunitários: Estudo Exploratório*. [Master's Thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15127/1/Maria%20Eduarda%20Dias%20Fernandes.pdf>
- Lopes, A. S. L. (2016). Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde. [Unpublished master's thesis]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Matos, S. T. S. T. P. M. (2019). Consulta de Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica: Um contributo para a promoção da continuidade dos cuidados após alta hospitalar. Relatório do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28824/1/Relatorio_de_est%C3%A1gio_Saul_Matos_Vers%C3%A3o_Definitiva.pdf
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários – Guia de Decisão Clínica*. LIDEL-Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Comissão de Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato de 2008/2010.
- OE (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>
- OE (2012). *Parecer n.º 03/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfemagem_Especializada.pdf
- OE (2018). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
- Regulamento nº 351/2015, de 22 de junho de 2015 (2015). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 119, IIª série. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf
- Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto (2018). Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 151, IIª série. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- República Portuguesa [RP] (2018). *Rede de Referência Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-daAdolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Sequeira, C. et al. (2021). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Simões, R. M. P. (2020). *Comportamentos Suicidários em Adolescentes: Contributos para a Intervenção em Enfermagem na Transição para a Comunidade*. [Doctoral dissertation]. Universidade do Porto (Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar).
- Simões, R. M. P., Santos, J. C. & Martinho, J. (2020). Programa Psicoterapêutico de Prevenção do Suicídio em Adolescentes: Estudo de Delphi. *Journal Health NPEPS*, 5(2). p. 75-88.

APÊNDICE 1

Questionário de Satisfação

Ajude-nos a melhorar o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência respondendo a algumas questões.

Idade: _____

Género: Masculino Feminino

As perguntas seguintes interrogam a sua satisfação numa escala de 1 a 5, em que 1 significa Muito Insatisfeito e 5 Muito Satisfeito.

Assinale com uma cruz [X] sobre a resposta que melhor descreve o seu grau de satisfação.

1. Qual o seu grau de satisfação geral com a equipa?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

2. Qual o seu grau de satisfação em relação ao seu enfermeiro de referência?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

3. Qual o seu grau de satisfação em relação à ajuda ou apoio recebido, de acordo com as suas expetativas iniciais/necessidades/preocupações?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

4. Qual o seu grau de satisfação geral com a intervenção terapêutica?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

5. Qual o seu grau de satisfação com as instalações da unidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

6. Qual o seu grau de satisfação com o tempo de espera para 1ª consulta e o processo de marcação da consulta?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

7. Qual o seu grau de satisfação em relação à duração da consulta?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

8. Qual o seu grau de satisfação em relação ao intervalo de tempo entre consultas?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sei	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Aconselharia o serviço da unidade a algum amigo ou familiar? Sim Não

Porque razão? _____

Comentários sobre a sua experiência (facultativo):

Sugestões para melhorar os serviços da unidade (facultativo):

Adaptação do Questionário de Satisfação de Fernandes (2014)

Anexo 2 – Certificado da Formação UN-HU



Certificado de Participação

Certifica-se que

Sónia Nunes Baptista

participou na Formação de Facilitadores Un-Hu online,
no dia 15 de outubro de 2022, com a duração de 19 horas.

 **N.A.D.A.**

Associação Ideias do Nada



Rita Rosado
Presidente da Direção

Apêndice 15: Registos das Sessões com Aplicação do Programa de Prevenção de Suicídio

INFORMAÇÃO ENVIADA NA REFERENCIAÇÃO PELO ALERT

C – Jovem de 16 anos com episódio de Ingestão Medicamentosa Voluntária há cerca de 15 dias com lavagem e carvão ativado e observação pela Psiquiatria a 12 de dezembro

*Medicação **Sertralina** 50 mg 1+0+0 e **Diazepan** em SOS há cerca de 10 meses*

Mãe de 38 anos – Empregada da limpeza, 9º ano de escolaridade

Irmão de 6 anos; Sem relação com o pai desde os 2 meses

11º ano – Curso de Auxiliar de Ação Educativa

Pratica futebol 3x por semana há mais de 1 ano

“Dificuldades na gestão da frustração com ameaças de suicídio com tesoura e disse que se matava (sic, lâmina para corte num braço Fev.2022; Sem alterações do sono ou apetite; Ausência de dificuldades relacionais no contexto de namoro”

Próxima consulta de psicologia no ACES dia 9/5

7 de dezembro já tinha ido à urgência – crise de ansiedade e parestesias dos membros

Pouco colaborante e comunicativa

Infantilizada, pede ajuda à mãe para vestir; Discurso pouco coerente

Pensamentos autodepreciativos, diminuição de autoestima, Ideação suicida

Quadro ansioso e depressivo, Choro, ideias de morte

Bom aproveitamento escolar; Insónia ocasional

Terminou com namorada há 1 semana

Começou a faltar com alguma frequência

Psicoeducação – farmacologia; CAL na face anterior do antebraço esquerdo

Observação pela Psiquiatria de 13/12

1ª Consulta com a família e adolescente – 12/01/2023 – na presença da Orientadora

Vem a mãe e o irmão; Apresento-me, pergunto como a jovem quer ser chamada e pergunto como têm corrido as coisas desde o episódio de urgência; Tento verificar se há interesse no acompanhamento em ambas e percebo que sim; Digo que primeiro estamos todos juntos mas depois gostaria de estar só com a C; Faço algumas questões à mãe primeiro no âmbito geral para conhecer o historial e vou intercalando com a jovem:

Com quem vive – mãe e irmão de 6 anos

Pai – não há contato desde os 2 meses da C. Questiono se chegaram a viver juntos na gravidez, se já pressupunha antes o afastamento para perceber o tipo de relação e diz apenas que nunca mais o viu... exceto no Tribunal quando a C tinha 4 anos e que não houve ajuda da parte dele.

Gravidez não foi planeada - diz que aconteceu mas que depois correu bem, sorri ao lembrar-se, e que foi parto por cesariana pois estava mal posicionada

Creche – diz que começou com 3 anos e que a integração foi boa

Vinculação – refere que a C era uma menina carinhosa e desenrascada, quando questionei como era em bebé... e começou a dizer que quando começou a trabalhar aos 3 meses, ela ficou com os avós maternos, mas que o avô faleceu quando ela tinha 2 anos e depois houve um período complicado com a avó com cancro em fase terminal tendo falecido quando a C tinha 4 anos, e esta baixa a cabeça.

Alimentação – não parece haver alterações na alimentação embora refira que não gosta de legumes

Exercício Físico – pratica Futebol 3x por semana e tem jogos ao sábado

Dificuldades em dormir - Tem tido dificuldade em adormecer e acorda por vezes à noite, há alguns meses, mas não consegue explicar porquê. Pergunto horários para saber as horas de sono e diz que adormece pela 1H-2H e acorda às 7H para ir para a Escola. Questiono se não lhe faz diferença depois estar nas aulas, se consegue estar atenta. Responde que sim.

Socialização – perguntei o nome de amigas ou amigos mais próximos e disse-me que tem uma na turma e outra no Futebol e disse os nomes quando perguntei.

Desempenho Escolar – Questionei sobre a escola e as notas. A mãe respondeu que tem corrido bem, que é boa aluna, Está no 11^º ano do Curso de Auxiliar Educativa, e disse que no geral gosta das disciplinas, que tinha tido mais dificuldade a Educação Física no ano passado mas este ano já não.

Consumos nocivos – Perguntei sobre tabaco e respondeu que não fuma.

Medicação - não tem tomado e a mãe referiu que ela é que tem gerido e olhou para ela. Falei sobre a importância da mãe tomar conta da medicação, dos efeitos pretendidos, questionei sobre receios que podem ter e da dependência química,... e pedimos para guardar noutra sitio onde a C não saiba, inclusive questionei sobre o que o Psicatra disse na Urgência quando falaram sobre isso, mas a mãe não pareceu dar importância – algo a ver como evolui em relação à segurança (Acesso a meios letais, gestão da medicação). Enf. C deu ênfase que a mãe é que deve ser responsável pela medicação dela.

Acompanhamento – teve uma consulta de Psicologia mas a Psicóloga faleceu e não teve mais consultas depois, apesar do pedido da mãe no CS

Antecedentes familiares de depressão ou tentativa de suicídio – outros familiares não, mas a mãe conta que aos 14 anos fez uma tentativa de suicídio com comprimidos, que foi uma altura muito complicada, com pai alcoólico e agressivo, mas não parece querer falar mais sobre isso...

Quais são as suas maiores preocupações em relação à C - A mãe responde que é o tempo que ela está sozinha com o irmão, pois sai às 19H, trabalha ao sábado também...

Quais as expetativas sobre as consultas aqui - Parece empenhada em que a filha venha às consultas e a C também. Explico o sigilo profissional e que a quebra apenas pode ocorrer em situações específicas.

Entrevista só com a adolescente – 1ª sessão

O que gostas mais de fazer no teu tempo livre? Ouvir musica. E ouves quando te sentes mais triste? Sim. Tenho de tomar conta do meu irmão, e aos sábados quando a minha mãe trabalha tenho de orientar por causa dos jogos às 9H.

E como é com o teu irmão? Riu-se e disse que às vezes é chato, vai ao seu quarto para pedir algo.

E em relação ao teu pai é difícil? Fica com fácies triste.

Conta que não têm relação com o pai do Lourenço e que a mãe não tem nenhum companheiro agora.

Costumas ir falando com a tua mãe sobre o que sentes? Diz que não costuma falar com a mãe do que sente, que não é costume. E em relação ao que a mãe contou, como te sentiste? Não consegue definir o que sentiu quando soube que a mãe tinha passado por uma situação semelhante aos 14 anos, que foi na consulta com a Psicóloga.

Costumas discutir com a tua mãe? Coisas banais. E quando se chateiam como é a discussão? Gritos? Mostra que não. Tens pensado em te magoares novamente? Encolhe os ombros.

Como te sentes agora? Que se sente triste, “sinto-me sozinha” e chora.

E naquele dia em que foram à Urgência? O que aconteceu? Estava farta.

Querias morrer? O que pretendias? Não sei...Estava com raiva.

Com pensamentos de morte? Sim. Algum plano agora? Abana a cabeça que não.

Quantas vezes te cortaste? Lembraste? Tem dificuldade em dizer mas diz baixinho – 3, com lâmina de barbear no punho e na perna.

E as tuas amigas? Achas que não é fácil teres amigas? Não, é fácil. Diz que tem saído mais com as amigas. Disseram-lhe isso no Hospital, para sair mais, conhecer novas pessoas.

Pergunto como tem organizado o tempo com as aulas? Falamos do período do Natal que teve mais tempo para sair. Pergunto com quem passou o Natal para perceber a relação com a família e fala de uma prima mais velha e de 2 tios. Pergunto sobre outros familiares e quantos irmãos a mãe tem – 6 irmãos. Mas parece não existir muita proximidade. Gostarias que estivessem juntos mais vezes? Estamos nas festas.

Pergunto o que costuma conversar com as amigas, se têm conhecimento, se fala de como se sente triste, diz que sabem do que aconteceu. E o que estas respondem que ainda tem muito para viver...Como te sentes com isso? Encolhe os ombros, quando questiono como se sente após.

Procura outro adulto de referência – Como é o teu Mister? Gosto. E falas com ele? Não, mas há lá uma senhora da associação.

Tens namorado(a) atualmente? Estamos e não estamos... Mas estiveram? Estivemos juntas 1 ano. Como se conheceram? Através de uma amiga. Tiveram alguma discussão há pouco tempo? Há +-3 meses. E como te sentes em relação a ela agora? Sofres com isso? Não. Pesquisei a sua relação e se “gatilho”.

Com a mãe novamente no final

Explicação do Consentimento Informado e do sigilo novamente a ambas, apenas em caso de risco para si e para os outros, da possível articulação com Escola ou CPCJ se necessário.

Explico as 2 sessões semanais de +-60 minutos para prevenir este tipo de comportamentos de 10 a 12 com consulta de reavaliação após como está preconizado e que haverá um projeto terapêutico que vai sendo articulado, com outras especialidades de acordo com a evolução, pedopsiquiatra, psicologia ou outra especialidade e intervenção em grupo se necessário (Hospital de Dia).

Analisamos timings para as sessões de acordo com o horário escolar da C que se mostra disponível.

2ª Sessão do Programa de Prevenção do Suicídio – 13/01/2023

Preparei o espaço com duas cadeiras sem secretária no meio

Chegou 10 minutos atrasada. Fui chamá-la à sala de espera, perguntei o que tinha sucedido e expliquei o funcionamento das sessões, número de sessões e consulta de reavaliação com intervalo se possível.

Falei sobre o contrato terapêutico, dos objetivos definidos em conjunto e da importância da sua colaboração no processo.

O que pensaste quando te falaram sobre esta consulta? Que podiam ajudar...

O que achas que podemos fazer aqui? O que gostarias? Não sei...fica pensativa.

Podemos conversar ou fazer outras atividades que gostes e que eu ache também importante para que te sintas melhor, para refletirmos e trabalharmos estratégias de lidar com os problemas.

Perceber como se sentiu ontem depois da 1ª consulta de avaliação inicial:

Como correu o resto do dia ontem? Disse que tinha ido tratar do cartão de cidadão e que à tarde até adormeceu. E à noite adormeceu tarde como costume? Não, até adormeci às 24H.

Acordaste à mesma hora? Acordei hoje às 7H35, a minha mãe ficou em casa hoje e levou o meu irmão. Então descansaste mais hoje, foi bom? Sim.

Falaste com a mãe sobre a consulta de ontem? Disse que não.

Costumas falar pouco com a tua mãe sobre estes assuntos? Sim, não consigo falar assim com ela.

Alguma vez falaste que não estavas tão bem e que a resposta possa não ter ido ao encontro do que estavas à espera? Só quando fui para esta escola e não tinha amigos e vi uma situação de bullying e não queria ir às aulas. E a tua mãe? Ela telefonou para a escola.

Para saber o que se passava possivelmente, preocupada... Gostarias que tivesse tido outra atitude? Que não tivesse telefonado para a escola? Sim.

Achas que ficaria preocupada se dissesse algo? Simplesmente não costumamos falar...

Disseste-me que não fumas e a tua mãe fuma? Fuma. Em casa? Não. Psicoeducação

E falamos sobre a dificuldade de deixar de fumar depois de começar? A minha mãe deixou de fumar na minha gravidez, mas depois voltou com os problemas.

Precisou de algo muito forte e de motivação para te proteger para conseguir, já pensaste nisso? Mas foi sendo uma estratégia que utiliza nas preocupações - Ficou com ar pensativo.

E como são as outras coisas em casa, como te organizas com o horário da mãe? Ela tem folga à segunda e domingo. E custa-te não estares com ela ao sábado? Não.

Como fazem com as tarefas? Sentes-te sobrecarregada? Não. Dividimos as tarefas.

E com o teu irmão? Cozinhão e o meu irmão come da minha comida mas com a minha mãe faz birra.

Para ter um pouco mais de atenção talvez...e lembraste quando eras pequena nesta fase, na pré? Não se recorda de nada em especial...Para se lembrar de si em criança, procurar boas memórias

E amanhã como será? Vai comigo ao jogo, mas por exemplo, no próximo sábado é longe no Zambujal e ele dorme na minha tia. Essa tia costuma dar apoio nestas situações? Nem sempre (encolhe os ombros). Para perceber o apoio familiar Mas agora mostrou disponibilidade... Sim.

Gostas de estar neste clube de Almada? Sim, é mais exigente mas gosto para melhorar.

Parece que têm as coisas muito bem organizadas e o teu irmão como se porta no treino? Fica na bancada, fica bem, dou-lhe o tablet e já conhece toda a gente e falamos com ele.

Boa! Então estás tranquila também.

E as tuas amigas lá? Falaste com alguém sobre vires aqui? Falei com a A, liguei-lhe antes a dizer que vinha e depois. Agora saímos todos os domingos. E falo mais com elas ao telefone.

Ah é? Este domingo vamos ver o Benfica/Sporting.

Quem vai? A A, L, N (vive ao pé de mim), C, E, S, A...

Que grupo grande! Mas a A é com quem falas mais?

Sim, ela é de Loures e vai dormir hoje lá a casa com a D e a C.

Pareces contente. Tens estado mais com algumas amigas a conviver. Sentes-te bem assim? Sim. Tenho tido mais distração agora (e se não tiver? pesquisar)

Há quanto tempo conheces a A? Há 1 ano e tal. Mais ou menos quando entraste no futebol? Sim, ela entrou mais ou menos na mesma altura. Antes estava no Futsal do Benfica.

E o que aconteceu? Acabei por ter esta proposta e aceitei.

Então tens futebol a que dias? Terças, quartas e sextas.

E agora como estão as coisas na Escola? Estão melhores, tenho facilidade em fazer amigos mas não próximos. Amigos mas não próximos? Alguém com quem falar e que confies? Sim, a L é a mais próxima.

É a da turma, conversam, fazem trabalhos juntas? Estamos sempre as 2 nos trabalhos. Mas não converso tanto como com a A.

E a rapariga que era tua namorada (17 anos)? Disseste que estavam e não estavam...têm falado? Pouco.

Sentes falta de estar com ela? Não. Nem tem calhado.

E quando estão falam de preocupações por exemplo? Não, apesar de ela ter problemas com o pai, mas não falamos disso. Agora conheci outra amiga. Ah, sim? A B, também tem 17 anos e está em Humanidades...aprofundar depois

E como têm corrido as aulas? Bem. E qual disciplina gostas mais? Ed. Física.

Alguma negativa prevista? Não. No ano passado é que tive mais dificuldade a Psicologia. Este ano não.

Achas que vais ficar com que média este semestre, mais ou menos? 13 talvez.

Então tranquila? Sim. E como foi escolher este curso de formação? Estava em dúvida entre Artes, Desporto e este, mas os outros são em Lisboa, ou não havia aqui na zona. E escolhi este na Secundária. Estava noutra escola desde o 1º ano.

E como te sentes agora no Curso? Estás a gostar? Sim. Há disciplinas mais teóricas.

Achas essas mais difíceis? Como por exemplo? Não me lembro...é como Literatura...

Têm mais teoria para dar, mais difícil de estar atenta é isso? Sim, com essas às vezes estou cansada das aulas. E nas outras? Não tanto.

Olha, e tens tido pensamentos mais tristes agora? De raiva, como naquele dia? Mais ou menos.

O que pensaste antes de tomares os comprimidos? Ou quando fizeste os cortes? Estava cansada.

E? Querias libertar a raiva. E conseguiste, resultou? Mais ou menos.

Não parece que resulte pois não? O que pode resultar quando estás assim? Falaste de ouvir musica, tens ouvido? Sim. Começar a trabalhar estratégias

Que musica costumavas ouvir? Música triste quando estou triste.

E experimentar uma musica mais alegre quando estamos tristes, que nos faça lembrar bons momentos, por exemplo...E já pensaste em escrever algo, ou um diário com pensamentos? Já me falaram sobre isso, mas não fiz. Não aprecias escrever então... Gosto de sair, dar uma volta.

Pode ser uma estratégia quando não estamos bem, boa! Reforço positivo

E desenhar, pintar? Gosto de desenhar. Também é uma forma quando não conseguimos verbalizar o que sentimos. Mostrei-lhe alguns desenhos expostos de outros jovens.

Tenho aqui desenhos posso mostrar? – perguntou-me. Claro – respondi, contente com a sua partilha. Mediadores expressivos

E procurou no telemóvel, um desenho sobre bullying e outro com uma cabeça aberta em cima. Perguntei-lhe sobre o desenho do bullying e disse que era um tema que tinha sido pedido na altura e o outro que tinha sido feito após o episódio de urgência.

Falei-lhe que os desenhos estavam muito bons e que o desenho pode ser usado como uma estratégia para lidar com a tristeza se ocorrer e ficou combinado desenhar se surgir algo para falarmos depois sobre o desenho.

Perguntei sobre as lesões no braço se estavam cicatrizadas e ela mostrou-me no antebraço esquerdo uma lesão maior e 2 mais pequenas mas cicatrizadas.

Gostavas que a tua mãe tivesse outra pessoa? Abana a cabeça que sim.

Sentes falta de alguém com um papel mais de pai, será isso? Sim (a aprofundar...)

Estamos a terminar e tenho aqui um jogo UN-HU (Guerra & Rosado, 2019) que faz parte de um programa de competências socioemocionais que serve para refletir sobre questões nossas que às vezes não nos lembramos ou não pensamos sobre isso e pode ajudar-nos, queres experimentar? Sim.

E tira uma carta que diz: Costumas pensar sobre os erros que cometes? Estivemos a falar um pouco sobre isso (a aprofundar). Pois foi, curioso, não? Sorriu e ficou a olhar para as cartas.

Queres tirar outra? Ficaste curiosa! Então tira e sai: Descreve uma situação em que mostraste a virtude da generosidade. Como assim? Algo que tenhas feito, de forma bondosa sem esperar nada em troca, como por exemplo, dar a tua água a alguém com sede. Ficou a pensar e disse. Como quando passo a bola a uma colega para que ela tenha oportunidade de jogar? Sim, muito bem. E despedimo-nos.

Recolher mais dados para analisar a problemática e o contexto:

Tentar aprofundar necessidades

Controlar melhor o tempo – julgo que teve a ver com a minha preocupação com o início da relação

Fazer o Genograma – para perceber melhor a dinâmica familiar e o apoio

3ª Sessão do Programa de Prevenção do Suicídio – 17/01/2023

Cumprimentei e comentei o fato de ter chegado mais cedo.

Explicou o horário do transporte e disse-lhe que podemos começar 10 minutos mais cedo às terças.

Comecei por perguntar como foi o fim-de-semana e o jogo com o Amora. Sorriu e disse “1 a 1 igual”

Ena! Que bom, não estavas à espera pelo que disseste na última sessão! Pois não. Ficaram contentes? Sim e fomos sair – a sorrir. E o Mister o que vos disse? (Para perceber a relação) Que elas vieram com fome de ganhar e para não termos medo delas e para aprendermos e evoluirmos.

UAU! Ficaram orgulhosas. Estamos no 2º Lugar na Taça e 3º lugar no Campeonato.

Para quem começou há 1 ano e 1/2, muito bom mesmo. Estávamos em último...

E as tuas amigas dormiram lá, como correu? Correu bem.

Conversaram, festa do pijama? Sim, foi bom. Conversaram sobre o teu acompanhamento? Não, mas costumo ligar antes de vir para aqui e depois quando saio para a A e falo como correu. E no próximo fim-de-semana vamos para outra colega que faz anos e ficamos lá também. Mas depois há outro fim-de-semana que vêm para a minha casa outra vez. Para perceber o apoio e amizades

Ena e a tua mãe tranquila? Sim. E tu contente? Sim (a sorrir).

Quando falámos sobre a tua família fiquei um pouco confusa com os tios, podes ajudar-me a perceber fazendo um Genograma? Sim e foi respondendo ao número de tios, 3 tias e 2 tios, e 7 primos mais velhos, não tendo a certeza das idades destes.

Percebi que tinham passado o Natal com 1 tio e seu filho e com a tia que também está solteira e não tem filhos, e que moram todos na zona.

Falei-lhe que apesar de não estarem muitas vezes juntos estão em épocas festivas e que a tia solteira dá apoio ao irmão quando necessário e que é bom também para a mãe ter a família por perto.

IDENTIFICAR FATORES PRECIPITANTES/RAZÕES/OBJETIVOS/SENTIMENTOS/EMOÇÕES/REAÇÕES

No dia em que deste entrada na urgência lembraste dos comprimidos que tomaste? Quantos de sertralina? Foram 8. E quantos de diazepam? Não sei. Não te lembras se tiraste mais? Tenho a ideia da minha mãe me ter dito para tomar 1 naquele dia. Não me lembro se tinha lá mais.

Então do que te lembras? Lembro-me de tomar o que lá estava. De uma cartela de comprimidos (e faço o gesto)? Sim, mas não me recordo de mais. E já tinhas tomado outros comprimidos ou fumaste algo sem ser tabaco (já me tinha dito que não fumava) nesse dia ou antes? Não – parecendo espantada com a pergunta.

O que pensaste na altura sobre o objetivo em tomar os comprimidos? Nem sei. Estavas triste, aborrecida com alguma coisa ou tinha acontecido algo? Nesse dia não me recordo de nada

E antes lembraste? Não de algo específico (e fica a tentar lembrar-se...).

Então o que pensaste? Vêem do nada, pensamentos que não estou aqui a fazer nada. Tomei, queria dormir, fui-me deitar e apaguei as luzes. OK, e depois? Não consegui dormir, fiquei sentada e acendi a TV e a minha mãe perguntou. Porque deu pela falta dos comprimidos? Sim.

A mãe tem a medicação guardada? Sim. Não sabes agora onde está toda a medicação? Não. PESQUISA SEGURANÇA

O que sentiste quando a mãe percebeu o que tinha acontecido? Não sentia nada, não queria ir para o hospital. Compreendo e o que sentiste? Raiva? Vergonha? Fiquei chateada na altura.

É natural não queres ir para o hospital, querias estar sossegada no teu canto...e depois? A minha mãe chamou ajuda e lembro-me dos bombeiros à porta, até me assustei. Agora olhando para trás, continuas chateada com a situação? Não gostei de ir.

Mas sabes que a mãe não podia ter tomado outra atitude, teria sempre de telefonar a pedir ajuda e depois todo o apoio dado desde o 112 até à urgência veio confirmar que ela fez bem – PSICOEDUCAÇÃO e INCLUIR A FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA NOS PONTOS FORTES

E na Urgência? Não gostei da lavagem e da enfermeira.

A lavagem não é uma situação fácil, sem dúvida, não deixa boa memória. Mas e o resto das pessoas, sentiste-te melhor depois e com o apoio? Sim. Uma enfermeira falou comigo durante a noite para me distrair mais e não ficar tanto tempo em casa e tenho feito isso.

Parece que te sentes melhor agora. E os cortes no braço? Também fiz nesse dia.

E o vem à cabeça antes dos cortes? Sentes-te triste? Sinto-me só.

Desde quando? 10º ano antes? Desde o 7º ano.

Desde o 7º que fazes cortes no braço? Sim. Com a lâmina do afia? Sim.

E na altura o que achas que se passou ou passava? Não me lembro.

O que pensavas na altura, recordas-te se estavas aborrecida na escola, em casa? Não gostava da escola.

Não corria bem? Tinhas notas menos boas, alguma situação de bullying? Tive 1 ou 2 negativas, bullying não. Não estudavas, faltavas às aulas? Não estudo muito, tento ouvir nas aulas.

Agora não tens negativas, as notas estão razoáveis. E com a tua mãe discussões, o mano era pequeno na altura, 3 anos...Só discussões às vezes por causa dele, porta-se pior quando está com a mãe, diz que tenho de ter paciência. E ficas chateada com isso? Agora já não.

Ele foi para a creche com que idade? Com 3 anos, a minha mãe ficou com ele até essa altura.

Voltando à conversa anterior, agora tens tido períodos em que estás triste? Tenho estado ocupada.

E quando não estás ocupada? Ligo para alguém.

Boa e para quem? A A e a B. E se a A ficar aborrecida com algo e não quiser falar? Ligo para a B (e rimo-nos as 2). Também é uma estratégia, sem dúvida, deixar as coisas acalmarem e depois conversarem para não ficar um mal-entendido. Muito bem e mais?

Ouçó música e vejo Netflix. Que série estás a ver? Falou-me da serie “Ginny e Georgia”.

Interessante, são jovens com mais ou menos a tua idade, com questões também da adolescência...ficou a pensar.

MOTIVAÇÃO PARA MUDAR - O que te vês a fazer daqui a um tempo? 5 anos por exemplo? (Brandes & Phillips, 1977)

Jogar à bola. No mesmo Clube? Sim, já tive propostas de outros clubes, mas sim.

Sentes-te bem ali. E mais? Gostaria de estar a partilhar casa com amigas.

Ah, sim? E quem? A, D, C, N, S, L. Ena tantas? É preciso uma casa com muitos quartos! Ficamos 2 a 2.

Ok, então jogar futebol, uma casa com 3 quartos e mais? Trabalhar na área do Desporto, apesar de ter escolhido esta área. Não havia vagas em Desporto, disseste-me. Mas onde há Desporto? No Laranjeiro e na minha escola também.

Quem sabe depois consegues entrar em Desporto neste tipo de curso ou outro? E até podes ter equivalências a disciplinas e não precisares de fazer tudo e podes estagiar depois num clube, quem sabe, ou no teu, só depende de ti, não é, informa-te e analisas... Pois (ficou a ouvir várias hipóteses)

E a tua namorada? Que devem ter começado em 2021? Disseste “estamos e não estamos” e não percebi. Explicou que ela começou a afastar-se e a ficar estranha e foi-se perdendo o sentimento e agora já não sinto nada de especial mas ela queria voltar. Agora percebi, ela está mas tu já não estás! É isso. Riu-se. Os nossos sentimentos mudam, evoluem consoante as circunstâncias. PSICOEDUCAÇÃO

E agora? Íamos falar mas ela não conseguiu vir.

É importante falarem e resolverem, exato, outra boa estratégia para não ficarem coisas pendentes e ser sincera de forma correta. Muito bem!

PRESCRIÇÃO DE TAREFAS- E os desenhos, sentiste necessidade? Tenho 2, posso mostrar? Claro e tirou da mochila 2 desenhos muito bonitos que elogiei e perguntei o contexto (um na aula de Sociologia e outro em Higiene e Segurança no Trabalho) e falámos sobre eles. Expliquei que dão a sensação que apesar das dificuldades, e de se sentir como que sem saída por vezes, ela tem recursos e competências dentro dela que estão a evoluir e a crescer. Faz-te sentido? Sim, faz.

Perguntou-me se devia tomar a medicação outra vez e expliquei-lhe que não pode tomar e depois parar, que é necessário fazer de forma correta e continuada e não se pode parar de forma abrupta senão pode ter uma recaída...*(fiquei na dúvida inicialmente como responder...)* mas depois o Pedopsiquiatra é que vai avaliar se há necessidade novamente.

Queres tirar uma carta para terminar (Jogo UN-HU)? Sim.

Carta – De que tens ciúmes? Pensou e pensou... Tenho apenas ciúmes de uma rapariga do futebol...em relação à A...Da proximidade? Sim. Significa que gostas da A mas é importante perceber que as pessoas não são nossas e que o convívio é algo natural. Sim, eu sei.

E tenta ver nas suas características o que te pode afligir mais. COMPARAR CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Será o fato de ela procurar ter mais amigas também? Parece algo parecido contigo não é? Sim. Mas eu já falei com ela e agora estou melhor em relação a isso. Despedimo-nos.

Não falei ainda do contrato não suicídio...

Começar a prescrição mais específica, reforçar resumo e a avaliação da sessão.

4ª Sessão do Programa de Prevenção do Suicídio – 20/01/2023

Perguntei como tinha corrido desde a última sessão. Comecei a chorar do nada...Do nada, então o que se passou? Não sei. Foi quando? Tenta lembrar esse dia, o que aconteceu antes, o que veio à cabeça?

Não me lembro de nada...Algo que pudesse ter-te aborrecido? Que ficasses triste? Com a tua mãe, a tua amiga? Não houve nada....a minha mãe estava a fazer o jantar. Tens-te sentido mais sozinha? Não.

E depois de chorar, como te sentiste? Fiquei com sono. Achas que aliviou um pouco, relaxaste? Não estava a aliviar, mas fiquei mole e com sono, queria dormir. Então chorar fez-te relaxar e assim parece que aliviou um pouco. Sim. Vamos supor que não conseguias relaxar? Estratégias que costumavas usar? Ouvir música, desenhar, ver séries... Mas não fizeste nada disso...E o que veio à cabeça na altura? Não me lembro de pensar nada. E sorriu.

COLOCAR NA SITUAÇÃO PARA TREINO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

E se viessem aqueles pensamentos de “não estou aqui a fazer nada” que chamamos de pensamentos intrusivos? Ficou a pensar nisso um tempo (*dar espaço antes de avançar mais*)

Achas que a vontade de chorar podia ter sido dos outros dias anteriores, da acumulação às vezes de tanta coisa e que só agora tenhas tido oportunidade para pôr para fora? Fica a pensar...

Chorar é uma reação do nosso corpo e existe essa capacidade porque também é necessário por vezes. Ficamos tristes para depois nos sentirmos melhor, pois o organismo prepara-se para isso, para reverter a situação (*para que não encare apenas como algo negativo*)

E falaste com alguém sobre isso na altura? As minhas amigas ligaram mas desliguei. Desligaste? Depois atendi mas disse que não era nada e ela disse-me “eu conheço-te, não és assim”. Pois, a tua amiga percebe se estás triste, que bom e depois falaram sobre isso? Começamos a jogar no telemóvel.

Para distrair então? Sim. Disse que tinha feito um desenho.

Afinal fizeste como combinámos quando estivesses triste! Sim. Trouxeste? Esqueci-me. Queres fazer um aqui agora? Quero. Coloquei o material e ela mostrou a foto desse desenho e foi copiando para o papel.

Falámos do desenho no final pois mostra 2 setas para cima e duas fases da noite em 2 áreas e 2 áreas vazias da sua vida. Expliquei que existe uma evolução no desenho, de uma fase mais triste e outra menos, mas que mostra um caminho com as suas dificuldades e acho que lhe fez sentido pois reagiu que sim. Posso ficar com este desenho? Sim.

Hoje tenho de ir ter com a minha mãe a Lisboa ao Hospital, tenho uma unha encravada.

Uma unha encravada? E dói-te? Sim. Desde quando, posso ver?

Desde Setembro. E mostra uma foto no telemóvel onde se vê sinais inflamatórios.

Fala também sobre ter tido uma queimadura na perna. Então? O que aconteceu? Foi com o spray num jogo, puseram muito próximo. Ok, uma queimadura de frio. E está melhor? Sim (*parece gostar de partilhar estas situações comigo, para ser cuidada também*). Faço educação para a saúde sobre os cuidados a ter e continuo. Estás preocupada em ir ao Hospital? Sim, não sei muito bem como ir lá ter, mas vejo com a minha mãe. E mais o que sentes? Medo.

Muito bem. O medo pode ser bom, ajuda-nos a estar atentas ao que se vai passar e a tomar decisões mais conscientes. E sentes-te preparada para o tratamento? Mais ou menos.

Explico os procedimentos possíveis, para desmistificar, embora perceba que já tenha passado por isso algumas vezes e que já fez algumas vezes antibiótico também.

APROFUNDAR MEMÓRIAS

Tens memórias do teu avô? Fica a pensar e diz que não.

E da tua avó? Lembro-me de sair com ela, de ir ao parque dos Bombeiros. E mais? Ela tinha um saco na barriga. E lembraste dela ficar doente? Não. Eras pequena e foste para a creche com 3 anos. Ficas triste quando te lembras? Lembro pouco (*parece tranquila em relação a esta questão, pois fiquei na dúvida em relação à 1ª consulta com a mãe pelo seu relato*)

A tua mãe fala sobre eles ou lembraste dela ficar triste nessa altura? Não me lembro e não costumamos falar sobre eles.

E em relação ao teu pai, há alguma memória? Não, nunca o vi. E o que sentes em relação a isso? Nunca se preocupou em vir ver, a minha mãe soube criar-me, não é preciso agora.

Agora já não seria preciso ajudar com dinheiro e outras coisas queres tu dizer. Mas sentes falta de alguém que fosse como um pai? Sim. E o que gostarias? De o conhecer.

Estás curiosa com a aparência ou gostavas de dizer algo? Gostava de ver e falar. Falar o quê? Como é que ele estava. E o que sentes? Raiva, tristeza, angústia? Não sei.

E mais? Perguntava o que tinha andado a fazer, o que tinha acontecido.

Parece que já tinhas pensado sobre isso. Não pareces sentir raiva, mais compreensão... porque achas que podia ter acontecido algo que justificasse o afastamento? Sim, e sei que tinha um filho mais velho.

De outro relacionamento e que pode ter acontecido tanta coisa...preferias saber então?

Sim, preferia ter a resposta do que não saber. Independentemente de ser qualquer coisa, como por exemplo, não estar preparado para aquela relação, para ter mais filhos, podia consumir algo ou álcool e não estar bem, tanta coisa... *(dei exemplos de problemáticas relacionadas com ele para que não sentisse de alguma forma culpa pela sua ausência, mas mostrou maturidade)*

Parece que o que sentes é mais angústia por não saberes? Sim. Quem sabe um dia não é? Diz que sim com a cabeça *(para incutir-lhe esperança)*

Dei uma tarefa para casa com uma tabela para começar a tomar melhor consciência de que o comportamento vem na sequência do pensamento e depois a emoção, para trazer na próxima sessão. Se surgir algum pensamento negativo deve registar e tentar associar o que sente e depois o que lhe apetece fazer ou faz, para irmos trabalhando.

Queres tirar uma carta? Sim e tirou “sinto-me agradecida por...”. Por poder ajudar as pessoas. Como por exemplo? As minhas amigas quando estão tristes, puxo por elas.

Sentem-se melhores então, depois de falar contigo? Sim. Isso é muito bom realmente! Despedimo-nos.

5ª Sessão do Programa de Prevenção do Suicídio (PPS) – 24/01/2023

Perguntei sobre os últimos dias. Tenho estado muito ocupada. Muito ocupada? Foi o jogo do Benfica.

Como correu? Correu bem e fui dormir a casa da minha amiga...

Como falámos sim, e como correu na tua amiga?

Foi fixe, jogámos jogos, monopólio...nem fiz desenhos. Queres fazer agora? Sim.

E dei-lhe uma folha branca e ela tirou um lápis de carvão, não quis lápis de outras cores como da última vez. Hesitante no início e vê no telemóvel. Assim é batota... estás a tirar uma ideia de outro trabalho que tenhas feito – brinqueei – pois queria ver um desenho feito na altura, o que fluía. Costumo ver algo que gosto e tento reproduzir. Então faz o que te apetecer.

E a tabela que te pedi, conseguiste fazer? Enquanto começava a desenhar...

Fiz mas não trouxe, deixei no outro caderno. Lembraste de algum pensamento que tenhas escrito lá, que tenha vindo à cabeça? Ficou a pensar mas disse que não se lembrava, dei tempo....

A tua mãe está a trabalhar? Sim. E o teu mano? Está na escola.

Olha, se por acaso, ficares muito triste outra vez, com quem vais ter ou telefonar a quem? – Introduzir plano de segurança e direcionar na próxima consulta para a UNIDADE e Enfermeiras de Referência

Telefone à D ou à A. E se por acaso elas disserem que não conseguem ajudar-te ou não sabem o que fazer? Ligo à minha prima M (+25 anos). Podes também ter uma frase para pedir apoio que podemos combinar com alguém, algo do género “Preciso de ir à Urgência” e combinar com essa pessoa que não é preciso dizer mais nada apenas acompanhar. Faz-te sentido? Sim.

Na última sessão falámos sobre sentires-te agradecida por ajudar os outros e mais?

Por ajudar o meu irmão, a minha mãe. Mas sentes-te agradecida então por eles existirem também.

IMPATO NOS OUTROS, do seu comportamento, preocupação, tristeza...

Quando estás triste como o teu irmão reage? Vem dar-me um abraço.

E a tua mãe? Pergunta o que se passa. E tu respondes? Não.

Porquê? Porque não sei também. Às vezes não percebes porque estás triste, é isso? Sim.

Por isso vamos falando aqui do que pensas e sentes para ser mais fácil depois identificar.

E depois a tua mãe? Tentas dar alguma resposta? Ela vai tentando.

Não desiste então, fica preocupada e tenta ajudar-te – para favorecer a relação entre ambas.

Começamos a falar de estratégias na última sessão, quando estás mais triste gostavas de reagir de forma diferente? Achas que está a resultar? Fica a pensar...

Então vamos recapitular – teus pontos fortes, a capacidade de ajudar os outros e quem sabe mais tarde será mais fácil de te compreenderes a ti própria, e mais? Fica espantada.

Impulsividade achas que é uma característica tua? Às vezes não penso muito...

O que achas que pode piorar isso ou até voltares a estar mais triste? FATORES DE RISCO

Passar muito tempo em casa. Sozinha? Mesmo quando estão em casa.

Quando estão em casa também te sentes sozinha? Sim, estão cada um a fazer as suas coisas.

E o que achas que é bom na tua vida, para evitar que fiques muito em baixo? FATORES PROTETORES

As minhas amigas. Boa e mais? Jogar futebol. Por falar em futebol e no sábado? Vou jogar ao Barreiro.

Vais para lá cedo e o teu mano? Fica na casa da vizinha. Uma vizinha? Que bom ter esse apoio não é?

Ele fica lá às vezes, brinca com a filha da vizinha também. E por falar disso, falaste à tua mãe sobre o gosto pela área do Desporto? Não, mas ela sabe, em Junho vai haver treinos de captação.

E tu gostavas de ir jogar no Benfica? Sim. Falámos de várias hipóteses sobre saídas profissionais e disse que apesar de gostar de Desporto vai terminar o 12º ano nesta área.

E vais ter estágio este ano? Sim em Maio. Com crianças de que idade? 4-5 anos

Pareces entusiasmada, quem sabe o que acontece depois deste estágio não é, até podes ficar a gostar ainda mais quem sabe...Gostavas de mudar alguma coisa em ti? Não – ANALISAR AUTO ESTIMA

Mostrou o desenho e começamos a falar sobre as várias figuras, escada, telemóvel, sol, baliza e bola, arco-íris, flores, e parecia uma lâmina e pergunto sobre um olho. É um símbolo do mau-olhado. Mau-olhado? Sim, onde vivo há muito. Como assim? Sempre que compro pulseiras do mau-olhado elas partem-se. E o que será que se considera mau-olhado? Cúme, vontade de ser como o outro? Achas que é isso? Sim, inveja. Mas porque teriam inveja? De agora estar feliz. Mas isso é uma coisa boa, as pessoas verem que estamos felizes e por vezes quererem ser mais felizes também como nós – tentar desconstruir esta crença de negatividade e medo

Gostava de fazer uma borboleta aqui no pescoço para dar sorte. Mas a borboleta não costuma estar associada a sorte, o que te faz lembrar? Paz. Sim? E mais? Solta. Liberdade será? Sim é isso. E desenha um trevo na folha. E o trevo é para dar sorte? Porque precisas de sorte? Para me sentir segura.

Porque precisas sentir-te segura? É querer a felicidade. Segurança versus felicidade - EXPLORAR MAIS

Queres tirar uma carta para terminar?” E tira: Quando te sentes injustiçada com uma situação, como reages?”_Injustiçada? Sim e dei um exemplo do futebol._Contou uma situação na escola com uma colega que estará a ser protegida nas notas sem se esforçar por alguma razão (talvez por défice cognitivo)

E sentiste-te injustiçada? Sim, porque trabalhei, esforcei-me e ela não, e teve melhor nota.

E depois? Fui com uma colega falar com o professor. Ok, muito bem, acharam que algo não estava bem e foste falar com o professor. Mas ele disse que depois falava, que não tinha tempo.

Mas tomaste uma atitude, tentaste resolver, mesmo que às vezes não se consiga logo mas manifestaste o que sentiste, falaste sobre isso, muito bem. REFORÇO POSITIVO

6ª Sessão do PPS – 27/01/2023

Bom dia C (ia perguntar o que tinha acontecido na 3ª feira mas começou a falar do dedo...)

Hoje tenho de ir outra vez para Lisboa. Para Lisboa? À consulta? Por causa do dedo do pé...

Então o que aconteceu na última consulta? Não fizeram nada e continua na mesma. Continua a doer? Falaram só de um betadine para ir pondo. E achas que está pior é isso?

Sim, e a minha mãe falou lá com pessoas que conhece e hoje vão tirar a unha. E como te sentes em relação a isso? Estou com medo. O medo é algo natural nestas situações, tens medo de sentir dor? Abana a cabeça que sim. Mas será com anestesia (Educação para a Saúde) e finalmente será resolvido certo? Sim. E já andas assim há algum tempo...Mas amanhã tenho jogo. Ah, e estás com receio de te doer claro. Podes falar sobre isso, para terem em atenção ao penso no final para te proteger melhor e vêes como ficas em relação à sensibilidade no local, pois ficará mais sensível inevitavelmente. As nossas unhas têm como função proteger as nossas extremidades das mãos e dos pés (Educação para a Saúde). E o jogo é com quem? Com o Seixal. É a final do Campeonato Distrital. Uau! Já chegaram aqui, que bom!

E como te sentes? Nervosa. Porque estás preocupada em ter um bom desempenho, é bom, mantém-te focada. E se chegaram aqui há probabilidade de continuarem certo? E a outra equipa?

É mais ou menos como nós. E o Mister está orgulhoso de vocês? Está, até chorou no último jogo – a sorrir. Ficaste contente! Sim. Olha, e já agora o que aconteceu na 3ª feira pois não vieste? Tinha trabalhos para fazer do final do semestre mas a minha mãe avisou. Avisou na falta de sexta, mas na terça não tive informação. Ela disse que não conseguiu ligar que o telefone não dava nada e mandou email. OK, mas se ocorrer alguma necessidade de faltar novamente tentem na véspera. Por exemplo na 6ª feira vim cá de propósito pois trabalho noutra local também, combinado? Sim.

Comecei a escrever as sessões no papel de marcações para ela visualizar e expliquei-lhe que se houver necessidade de mais faltas não conseguirei fazer-lhe todas as sessões, e que são importantes as 10 sessões para consolidar o trabalho que estamos a fazer e para nos reunirmos com a mãe no final e pareceu compreender – reforçar contrato terapêutico.

Não te vejo com a mochila, trouxeste a tabela que te pedi? Deixei na mochila. E lembraste-te de algo que escreveste sobre algum pensamento? Ficou a pensar... (não se lembra novamente, parece haver alguma resistência) REVER A SEMANA COM ELA E COLOCÁ-LA NAS SITUAÇÕES

Esta semana estiveste mais em casa, a fazer os trabalhos, saíste menos... que trabalhos estiveste a fazer? Foi um sobre o Frei Luís de Sousa e a apresentação.

Trabalho de grupo, individual? Agora são quase todos individuais. Mais um instrumento de avaliação para o professor. E correu bem, terminaste? Sim, terminei tudo.

BOA! Como correu o outro jogo no sábado que não era cá? Eu e a minha mãe discutimos. Então o que se passou? A minha tia não pôde ficar com o meu irmão e telefonei a perguntar ao Mister se o podia levar, mas a minha mãe começou a discutir comigo que assim não podia ir trabalhar e que eu não tinha o router carregado. Comecei a chorar. O que sentiste na altura?

Disse-lhe que estava farta e depois peguei nas minhas coisas, saí e fui para o jogo. Que estavas farta? Da discussão? Daquilo tudo. Fui para o quarto, sentei-me na cama a chorar e queria ir embora. Mas falaste do mister primeiro e tentaste explicar? Sim, mas disse que é sempre a mesma coisa com o router e tentei explicar que não tinha posto a carregar pois não estava a contar precisar, que ele fosse comigo.

E o que veio à cabeça na altura da discussão? Qual o pensamento que podias escrever?

Que estava farta, fico farta – Pensamento Muito bem.

E o que sentiste? Pensou... Um aperto no peito. A emoção que está presente?

Raiva – Emoção

OK. E o que deu vontade de fazer? Deu vontade de me cortar.

Ok, mas não o fizeste, esse seria o comportamento mas substituíste por chorar no teu quarto e sair para o jogo. É outra forma de lidar com a situação (estratégias), chorar, sair para fazer algo, distrair com outra coisa. E falam depois quando estiverem mais calmas. A tua mãe com a preocupação de ter de ficar com o teu irmão, de ter de avisar o trabalho para não ir trabalhar pode ter tido dificuldade em analisar outras hipóteses. Tu tentaste resolver de uma forma e ela assumiu outra e depois tiveram dificuldade em comunicar... *(não comunicam e quando comunicam é disfuncional)*

E até temos outro router que anda com a minha mãe. E o teu mano também se distrai com outras coisas sem ser só com internet? Sim. E eu tenho dados móveis também. Ora lá está, como às vezes o nervosismo e a dificuldade em comunicar pode levar a precipitação, impulsividade no comportamento e discussões que podiam ser evitadas – Psicoeducação

E falaram depois quando chegaram? Não.

Magoei-me no joelho no jogo e vinha a sangrar e perguntei-lhe o que fazia, e ela foi buscar material para pôr na ferida. Mais calmas na altura então, mas não falaram mais nada...E o que aconteceu mais na semana? Chateei-me com algumas da minha equipa. Como assim?

Estavam na brincadeira, não levam a sério... E depois? Fui falar com elas que tínhamos o jogo no sábado e que figura queriam fazer. O que pensaste então no momento?

Que só estavam na brincadeira, não estavam ali a fazer nada, estavam ali para brincar e depois choram quando perdemos - Pensamentos

O que sentiste? Raiva - Emoção

E que deu vontade de fazer?

Riu-se – deu vontade de...dar uns carolos (e fez o gesto) - Comportamento

Mas não deste, o que fizeste? Fui falar com elas, mais com uma que é guarda-redes, as outras vão atrás.

E depois? Acalmaram e o Mister disse para irem correr.

Muito bem, substituíste novamente um comportamento não adequado por outro adequado e que mostrou maturidade, que é dizer o que se sente de forma correta.

REFORÇAR ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

E depois o resto do jogo como correu?

Depois correu bem, agora estou na linha. Gostas? Sim. Também já estive noutras posições e também já fui guarda-redes mas gosto sim. Aquilo que estive a trabalhar contigo agora, seria através dos teus registos na tabela, com este tipo de raciocínio, fez-te sentido? Abanou a cabeça que sim.

E outra altura da tua vida em que tenhas tido vontade de fazer mal a ti própria? Com a T.

Quando se afastaram? E já tiveste aquela conversa com ela que tinhas marcado? Sim, falámos no dia 23 e decidimos ser amigas. E ela? Começou a chorar. E o que fizeste? Disse-lhe “estou sempre contigo na mesma como amiga”. E como te sentes agora? Ela chora nas chamadas e encontrei-a na 3ª feira na rua e começou a chorar. Mas como te sentiste? Aliviada.

Puseste um ponto final, pois estava pendente de falarem e para não criar mais esperanças. Sim.

E quando ela chora ao falar contigo? Fico triste.

Também ainda passou pouco tempo desde a conversa e é natural que demore mais tempo se ela gostava de ti, chamamos a isso fazer o luto de uma relação e pode demorar alguns meses dependendo, mas gradualmente vai atenuando e mais tarde poderás depois falar com ela sem ela chorar (Psicoeducação). E aconteceu mais alguma coisa deste género?

Um amigo meu matou-se. O que sentiste quando soubeste? Uma dor muito grande.

Sem dúvida! E era teu amigo de onde? Foi através da namorada dele e ficámos amigos.

E o que pensaste na altura quando soubeste? Que podia ter morrido também. Por causa dos comprimidos? Sim. E que devia ter falado com ele. Da tua experiência? Sim.

E agora que te apercebeste do que a família e amigos dele estarão a sentir, o que achas que a tua família e amigos sentiriam se tivesses morrido? O mesmo? – Repercussão no Outro - Sim.

E querias que eles sentissem isso? Não. E pensas em fazer algo do género agora? Não

Achas que vais voltar a tentar fazer o mesmo? Não – “Contrato não suicídio”

Vamos fazer uma homenagem à entrada do Colégio dele.

Que gesto bonito, sem dúvida. Sentes-te melhor por participar na homenagem? Sim.

Pensa numa palavra para esta sessão? De como te sentes? Mais liberta.

Foi fazendo um desenho muito semelhante ao da última sessão (que perguntei no início se queria), mas com menos elementos como o cubo, o mau-olhado, crucifixo, coração ferido e menos uma lâmina. Acrescentou neste 2 pessoas na baliza, já não está vazia, um arco-íris maior, uma borboleta e o nome do amigo que faleceu com umas cruzes (falo dos desenhos noutra sessão, vou vendo a evolução).

Queres tirar uma carta? (não estão todas as cartas no baralho, retirei algumas de acordo com os objetivos das sessões). Saiu “Imagina que tens poderes mágicos. Que mudarias de imediato em ti?”

Algumas coisas que mudaria para trás, com a T, a minha Mãe, Amigas. Como assim? Palavras? Discussões? Sim. Mas acho que a carta refere-se a algo mais teu.

Mudava os meus pensamentos - Fiz um ar de curiosidade. Ando a pensar demais. Como por exemplo?

Coisas que não fazem sentido. O que estou para aqui a fazer, não sou suficiente para os outros.

PERMITIR A VERBALIZAÇÃO DE MEDOS, PREOCUPAÇÕES, INDECISÕES E NECESSIDADES

Como assim, não és suficiente para os outros? Devia estar mais presente com as minhas amigas.

Achas que precisam de ti de outra forma, mais ainda? Mas estás presente e tens dado apoio...

Sim. Quando fomos ver o pôr-do-sol, fiquei a pensar. E acharam-te distante? Foi isso? Num ambiente descontraído... às vezes o pensamento pode vaguear, fluir, podia ser algo bom para todas... relaxar... podemos fazer numa sessão algo do género se quiseres.

Gostava sim. Despedimo-nos.

Começar a fazer um Kit de esperança - Decorar uma caixa (dei o nome Kit de primeiros socorros emocionais) para guardar coisas especiais para motivação quando precisar (técnica treinada no 1º Estágio)

Cartões com frases para completar e guardar na caixa:

No futuro eu...

Eu sou (3 características positivas):

Quando não estou bem que estratégias utilizo:

A quem posso pedir ajuda quando não me sinto bem:

Acrescentar um objeto especial dos seus na caixa que lhe seja especial ou fazer um

Razões para viver; Recursos – apoio familiar, de amigos e escolar

7ª Sessão do PPS – 07/02/2023

Como correu o jogo no sábado? Baixou a cabeça - Fomos roubados. Então o que se passou?

Explicou os lances e a falta e a ausência de penalidade... Foi o que achaste? Foi confirmado no vídeo.

OK, então fazemos o exercício que te tenho pedido e não trouxeste (*resistência? escrevi novamente noutra papel a tarefa*)

TREINO COGNITIVO - Pensamento – fomos roubados!

Qual a Emoção? – raiva, frustração – muito bem! (*reforço positivo*)

E Comportamento – que deu vontade de as matar todas – com receio de dizer...

O que fizeram para tanta raiva? Tinhas falado sobre o árbitro.

Puxaram a roupa que dá falta e falou de outras atitudes em campo.

Mau fair play então? Sim.

Mas o comportamento que escolheste não foi esse... (*focá-la novamente*)

Comecei a puxar a braçadeira com muita força.

OK, e funcionou como anti-stress? – *para refletir sobre as suas escolhas*

Contou-me um filme da Netflix (Ginny e Georgia) com uma psicóloga que acompanha uma jovem com um problema semelhante com comportamento suicidário que utiliza um elástico no punho para puxar.

Pode usar-se algo assim, ou como anti-stress que não precisa de magoar, há várias técnicas, com bola, spinner, por exemplo – *informação acerca de outros comportamentos adotados*.

Eu prefiro também pastilha elástica. Mas também não convém diariamente pela produção de saliva e suco gástrico que pode originar problemas dentários ou úlceras no estômago – *Educação para a Saúde*

Vou ao Chinês comprar algo do género, é preferível, quase que rebentei com a braçadeira – diz a sorrir – eu gosto de puxar. Boa ideia, para quando estás mais stressada vê o que encontras que possas usar...

Em relação ao Kit de Esperança o que gostarias de colocar lá dentro (depois de explicar o objetivo da caixa de sapatos)

Fotos de pessoas que me fazem bem. Por exemplo? Mãe, Irmão, Prima, A, B, L,

1 peluche. Que foi dado por? T

Bola de futebol (sorri a imaginar a bola lá dentro) tenho mais pequenas

Desenhos meus

Fones

Quadro com colegas de equipa

Muito bem! Foste rápida a escolher o que colocar – *Reforço positivo*

Consegues enumerar as **razões** que te vêm à cabeça para avançares, **para viver?**

O futebol, as minhas amigas e a minha família

Agora vou dizer-te algumas frases que gostaria que completasses, pode ser?

No futuro eu... quero ser jogadora de futebol

Eu sou (3 características positivas) – *Para promoção da auto-estima, auto-imagem*

Ótima amiga, ótima filha e ótima capitã

És sempre capitã? Sim, mas no jogo também foi outra colega mas não correu bem e temos de falar

Como assim? Não admitimos faltas de respeito. Faltaram ao respeito? Sim, à outra capitã. Porque te respeitam mais? Não sei se é por isso, mas vamos ter uma conversa. O Mister escolhe 12 ou 14 jogadoras mas algumas não jogam, ficam no banco e ficam frustradas. Uma delas não joga há 4 jogos e elas não faltam a nenhum treino. E estão desmotivadas? Vais ter um papel de porta-voz na conversa?

Elas vão falar também e podem querer sair. Sair? Eu também quero sair desta equipa e ir fazer os treinos de captação. Em Junho, disseste, exato.

Quando não estou bem que estratégias utilizo agora?

Ouvir Música, Desenhar (não tem desenhado), Netflix e Sair

Disseste Sair sem pensar agora, reparaste? – *ajudar na tomada de consciência*

A quem podes pedir ajuda quando não estás bem? 3 Amigas, Prima, ...

Reforcei os recursos disponíveis da Unidade e Contatos se precisar – 2 Enfermeiras (e da Escola Profissional – Psicóloga Educacional para qualquer eventualidade)

E? Com a minha mãe não consigo falar.

Ainda não consegues. E tentaste? (*Incluir a família nas hipóteses e o envolvimento com ela*) Desde a discussão qual tem sido a conversa? Nenhuma. Por exemplo quando chegaste do jogo no sábado? Descreveu o teu dia e que chegou tarde. E depois, quando chegaste o que falaste?

Cumprimento sempre a minha mãe, o meu irmão. Boa! E a tua mãe perguntou sobre o teu dia? Ela costuma falar do dia dela? Não, estava a dar banho ao meu irmão.

E se ela perguntasse? – *Treino cognitivo* - Já perguntou mais do que agora.

Mas vamos imaginar, ela perguntava por exemplo, como correu o jogo? – *Treino*

Dizia - correu mal. E se ela perguntasse - mal como? Perdemos 2-0.

Sim, estás a deixar a conversa fluir agora, vais respondendo e do outro lado podem haver mais tentativas se disseres algo mais, é uma interação e por alguma razão a tua mãe tem tentado menos... – *Psicoeducação*

O que gostarias de fazer com a tua mãe? – *Promover envolvimento familiar*

Pensou, pensou... O que ela gosta de fazer nos tempos livres?

Ela vai ter com amigos... não costumamos fazer nada agora.

Mas algo que gostassem de fazer as duas, o que faziam antes do teu irmão nascer por ex.?

Sair. Ok, sair para? Fazíamos compras, roupa, mas agora não gosto de fazer compras com ela, prefiro que dê o dinheiro. Têm gostos diferentes é isso? Sim. Costumamos arrumar a casa. As duas? Sim e eu ouço música, tem de ser. Compreendo, mas não estão a interagir... Jogo de puzzle.

Boa, daqueles com muitas peças, de paisagens? Sim. E que possam estar as duas a fazer? Uma de um lado e outra do outro? Sim. E quando poderiam fazer um, para propores à tua mãe?

Durante a semana? Não dá. Ao sábado ao final do dia? Chego cansada e até me deito primeiro que eles.

Mas o jogo este sábado é por aqui certo? Sim. Talvez dê no sábado ao fim da tarde, no domingo? Às vezes ao domingo saio com as minhas amigas – *resistência?*

Vê o que conseguem... fica a pensar enquanto vai acabando o desenho.

E falámos sobre o desenho onde colocou uma ampulheta e escreveu “Dá tempo ao tempo”, um coração sem pensos ou ferimentos desta vez, um sol, uma cara triste e outra alegre, sem nada para se ferir agora, mas outra vez o mau-olhado... (falar sobre a crença do mau olhado novamente quando conseguir). Queres tirar uma carta? “Qual a maior mentira que já disseste aos teus pais?” Que estava bem quando não estava. Despedimo-nos.

8ª Sessão do PPS – 10/02/2023

Trazia uma manta para a tapar e fazer o relaxamento progressivo mas não consegui gabinete disponível com condições de espaço e marquês – *quem sabe na próxima sessão.*

Mostrei-lhe a **caixa** onde tinha colocado os cartões com as respostas às suas perguntas e os contatos da Unidade e novamente dos **recursos** que tem à disposição – *encorajar a pedir ajuda, plano de segurança e reforçar formas de contato futuro.* Falei sobre a consulta marcada de Pedopsiquiatria - continuidade de cuidados - e da consulta com a mãe e do que podia ser falado e concordou – *clarificar expectativas*

Como correram estes dias? Como está o teu dedo do pé? Melhor (sorriu), cortaram só uma parte da unha. Boa! E custou muito na altura? Sentiste dor? Só da anestesia, é que custou muito.

Não foi agradável essa parte, mas depois sentiste-te melhor? Sim.

O que **pensaste** na altura quando foste para lá? Estava com medo.

O medo é a emoção que vem com o pensamento de, por exemplo, eu não sei o que vão fazer, o que vai acontecer....e o comportamento é o que pode vir a seguir, vou ajudar no tratamento para resolver isto hoje, por exemplo.

Outro pensamento? Tão rápido.

Emoções? Fiquei contente, aliviada.

Muito bem! Comportamento? Vou mudar o penso 2ª feira.

E as notas? Era o que estavas à espera? Sim.

Qual a melhor nota? Inglês 15. Tive também 14 a Sociologia, EF 13,...

Tinha pedido no início da sessão para pintar, desenhar ou escrever no **desenho da figura humana** (*Naglieri, McNeish & Bardos, 1991*) as suas emoções ou o que estava a sentir no seu corpo e terminou.

Falámos sobre o desenho atual com alegria (na boca) e paz (no tórax) e perguntei: se tivesses feito no início do acompanhamento o que achas que terias colocado?

Teria posto aqui no peito frustração e cansaço e no rosto desanimada.

Diferente, não é? Para melhor então – *Progresso inter-sessões*

Reforcei positivamente a evolução e progresso que tem feito, na forma de pensar e nos exemplos do seu comportamento com autocontrolo – *Reforço positivo*

Falámos sobre os desenhos anteriores que fez em consulta e diferenças e falámos do mau-olhado, da sensação que tem por vezes de inveja, do ciúme natural em determinadas circunstâncias, de não ser necessariamente algo menos bom, do conceito de sorte e azar para desmitificar esta importância e levar à sua autorresponsabilização - *Psicoeducação*

Diz que se sente mais leve, mais alegre. Mas na tua cabeça estão ainda alguns pensamentos...

Sim, por vezes vêm. E a tua mãe? Tiveram oportunidade de falar nestes dias? Não, ela tem chegado a casa mais cansada, ontem até se deitou mais cedo. A tua mãe costuma ter férias contigo? O que costumam fazer nas férias? Costumam ir à praia? Não gosto de ir à praia com eles.

Então? É uma seca. Achas aborrecido? É o que pensas nessas situações, e o que sentes? Frustração.

E o comportamento que escolhes é, não ir à praia com eles. Repara que o que pensas, condiciona o teu pensamento e a tua ação. Faz sentido? Sim. Se conseguirmos ir alterando alguns pensamentos podemos mudar o nosso comportamento - *Psicoeducação*

Falaste de ir ao chinês para veres algo que possas usar anti-stress para puxar, sempre foste? Podíamos colocar na caixa... Ainda não consegui.

Esta semana chorei. Choraste? O Mister disse que se vai embora. Só estou ali por causa dele, ele é que me chamou para o clube... Vai-se embora, não treina mais a equipa ou vai sair do clube? Falaram mais sobre isso? Sim, vai sair mesmo do clube. Explicou que tem mais trabalho com as Seniores. Que fica até ao final da época Abril. Talvez vá para o S para os Sub-19. E o que pensaste? Que queria ficar com ele. E o que sentiste? Tristeza, raiva, porque acho que dei o meu melhor.

Mas a opção dele não tem a ver contigo – *atenuar ou libertar algum sentimento de culpa*

Eu sei. E quero fazer os treinos de captação para esse clube.

Curioso não é? Quem sabe ainda se encontram novamente - *Motivar para o seu projeto, dar esperança*

No sábado chegaste a jogar depois do tratamento do dedo? Joguei pouco, estive mais no banco.

E como correu? Fez uma expressão facial de que não correu bem. E o que pensaste? Se estivesse lá dentro podia ter ajudado. OK, e o que sentiste durante o jogo ao ver o desenrolar? Ansiedade, frustração. E aí o que podias fazer? Nada.

Aí foi preciso paciência e alguma calma, umas vezes corre melhor outras pior independentemente da tua ajuda, certo? Falamos novamente do projeto futuro de ser jogadora profissional.

Falámos de trazer algo para a caixa, de tentar sozinha a sequência com 2 pensamentos mais “invasivos”, de tentar um puzzle com a mãe no domingo.

Tirou a **carta** “Qual a pessoa em que mais confias? Porquê?” Nas minhas 2 amigas. Porque? Posso falar de tudo com elas. Também confias noutras pessoas mas não sabes ainda como falar com elas...abanou a cabeça que sim – *promover envolvimento familiar*

9ª Sessão do PPS – 14/02/2023

Cumprimentei a Catarina e logo em seguida disse que tinha muita coisa a contar-me.

A sua expressão foi ficando mais triste gradualmente até começar a chorar, enquanto contava os acontecimentos de ontem num grande sofrimento.

A minha mãe perguntou-se se podia fazer o jantar para ir sair e eu disse-lhe que tinha treino, mas quando vi que tinha ficado chateada disse que fazia. Respondeu – para fazeres burrice não vale a pena e foi comprar qualquer coisa. Comecei a fazer o jantar e disse – não ponhas óleo a mais como fizeste a última vez – queres que faça algo? E foi cortando alho...Disse-me, nunca podes faltar ao treino, as outras podem e respondi-lhe “mas tu dizes que não sou como as outras, não falto à escola nem aos treinos...”

A mãe diz - Sais para estares com as tuas amigas e eu não posso sair.... Discutimos e a minha mãe diz, vou internar-te, estás maluca e respondo, tu é que estás, não sou maluca. Diz - Desde que nasceste tens sido um problema na minha vida e bate-me. Comecei a chorar e disse-lhe que ia contar-me e a mãe responde então conta, e podes ir embora, és uma porca e não fazes nada em casa. Não faço nada? Faço os deveres, os jantares todos os dias, e sou mais mãe do que tu, eu é que trato do mano.

Comecei a soluçar a chorar, com um ataque de ansiedade, ela a bater-me. A minha mãe telefonou ao meu tio e eu estava no chão a chorar no meu quarto e agarrou-me o braço e disse-lhe para me largar.

Esprei a minha mãe chegar pois tinha ido ao café, para ficar com o meu irmão e saí. Fui depois a casa ontem à noite para ir buscar umas coisas e ela não me deixou entrar.

Tirou-me o telemóvel, as chaves de casa e o passe, mas depois devolveu-me o passe.

Dormiste onde?

Na casa da minha vizinha (tem 17 anos e vive com a mãe que foi tranquila em relação a ela dormir lá – cabo-verdianas).

Falei com a minha vizinha e ela disse para eu ver o numero para ligar para cá (mas não tinha o número, ficou lá em casa) e como não sabia o nome daqui não consegui pesquisar na net (dei-lhe o papel com o número outra vez para andar com ele com o nome e contactos).

Não fui à escola hoje. Desconfiei, nem te vi com a mochila como habitualmente.

Expliquei que as coisas que se dizem numa discussão que são um crescendo e que por vezes se dizem coisas que não se sentem, como a expressão “desde que nasceste que tens sido um problema na minha vida” pois se a mãe optou por tê-la sozinha, sem companheiro e sem apoio, é porque a queria ter realmente. *Para tentar aliviar o seu sofrimento.*

Vou tentar ir hoje a casa novamente e falar com ela – disse-me - *mostra coragem e maturidade*

Expliquei que não têm comunicado, nem de forma eficaz, se tivessem planeado esta situação a discussão nem tinha começado. E que é claro que a violência não é solução para nenhum problema e que acontece quando as pessoas também não estão bem e precisam de apoio e ajuda e que isso se vai avaliar.

Fiz intervenção na crise reforçando a sua maturidade e esperança e ensinei Relaxamento Muscular Progressivo +25 minutos (consegui um gabinete com marquesa e trouxe uma manta e uma almofada)– coloquei música, disse para fechar os olhos e iniciar respirações profundas, contração e descontração de grupos musculares (5 a 10 segundos conforme a dificuldade) e levei-a para um lugar seguro (escolheu ir para um jogo de futebol). Estava com dificuldade em respirar, contraída com vontade de chorar. Disse-lhe que podia chorar novamente – para reduzir a tensão.

No fim falámos da sua evolução, pois se tivesse acontecido algo do género há umas semanas atrás possivelmente a emoção/reacção e os comportamentos adotados em seguida teriam sido diferentes – *progresso inter-sessões*

Falámos rapidamente da CAIXA, para colocar as coisas que a fazem feliz, sentir-se bem e lhe dão força, da marcação de consulta com a mãe e do que poderia ser falado.

Precisei de ir adaptando rapidamente ao longo da consulta o que era necessário neste momento e fazia sentido para a jovem. Falei da minha *despedida* mas que teria a Enf. C e agora também a Assistente Social (ficou marcado vir ter com ela no dia seguinte) e depois a consulta com o Pedopsiquiatra, mas que ainda estaríamos juntas na próxima semana – *para reforçar sentimento de segurança*

Falámos sobre a reunião que iria ter com a Assistente Social e objetivo (inclusive abordei por alto as funções da CPCJ). Perguntou o que ia acontecer e expliquei que tanto a Unidade (como eventualmente se necessário a CPCJ) são instituições que apenas tentam ajudar ambas (a mãe e ela) com Técnicos do mesmo género do que aqui na unidade e assegurar que estão em segurança e que estas situações não voltem a ocorrer. Pareceu mais tranquila no final.

Queres tirar uma carta? Disse que sim. “O que fazes ou podes fazer para te recompensar, quando alcanças uma meta ou um objetivo? Fico orgulhosa de mim.

Sim, faz sentido e partilhas com alguém? Com as minhas amigas. Despedimo-nos.

Tinha comunicado com a Enf. Orientadora no início da sessão quando soube do sucedido e a Enf. comunicou com a Assistente Social que também já tinha saído da unidade. Ficou combinado e falei com a C para vir no dia seguinte ter com a Assistente Social sem falta às 14H, apesar de eu não conseguir estar presente. A C compareceu no dia seguinte, no entanto, a Assistente Social referiu que não tinha conteúdos para sinalizar à CPCJ, pois desvalorizou o que aconteceu pondo a responsabilidade nela e inclusivamente disse que foi ela que bateu na mãe primeiro... (talvez por receio das repercussões para a mãe). A Assistente Social passou a informação a uma colega que trabalha na Escola da jovem para articular e sugeriu reunião com a mãe e filha para tentarmos perceber, algo que já estava planeado para dia 22.

CONSULTA DE DEVOLUÇÃO COM A MÃE – DIA 22

Comecei por perguntar como estavam a correr as coisas.

Averigui o que aconteceu na 2ª feira (a situação de violência) de forma indireta para ver o que a mãe ia falando, começando por falar na importância de comunicarem, de terem tempo para as duas. Falei de possíveis razões para os conflitos e mal-entendidos, do valor que a jovem dá ao futebol e da sua necessidade desse tempo para si como organizador, para ver o que fluía.

A mãe relata a situação do que aconteceu na 2ª feira passada de outra forma, em que a jovem inicia o conflito pela forma como falou e a jovem parece concordar com o que foi dito, mas não abordam a questão da violência.

Falo sobre a natureza do comportamento suicidário que adotou – Psicoeducação – de como as discussões são muito difíceis e desorganizadoras e da importância da relação com a figura de vinculação materna, e que não tem mais nenhuma.

Para a mãe - O que sentiu neste tempo, em relação a expectativas anteriores? Dúvidas? Não avançou na conversa e aproveitei para introduzir que se precisar de algum apoio em relação a questões antigas do que falou na 1ª vez que podemos encaminhar para psicologia de adulto...

Fiz um pequeno resumo das sessões – que falámos das razões para viver, projetos de futuro, a quem pode recorrer para ajuda.

Revemos o Plano de segurança em relação a medicação e formas de contacto futuro

Encorajei a procurar ajuda para conversar se surgir impulso de auto-agressão ou telefonar

Recursos disponíveis - Falei da continuidade de cuidados, da marcação da consulta de Pedopsiquiatria

Houve evolução positiva - Mostra maturidade, maior capacidade de pensar sobre as coisas, de diminuir a impulsividade, de treino de estratégias e substituir por outros comportamentos, pensa no futuro e seus objetivos

Promover Envolvimento Familiar - momentos só das 2 ou jogo - Tarefas para melhorar a comunicação entre ambas – impacto da mobilização familiar

A mãe falou que tinha já pedido férias para Agosto para estarem as duas.

Para desbloquear um pouco a tensão e a relação proponho uma dinâmica (Manes, 2007):

Mãe para a Jovem - Gostaria que tu me disseses que...e ficou a pensar...pensar...

Esperámos, esperámos...incentivando.... e disse coisas supérfluas a rir...

Não gostaria que tu me disseses que...não consegui dizer...

Jovem para a Mãe - Gostaria que tu me disseses que...que gostas de mim

Não gostaria que tu me disseses que...o que disseste no dia da discussão...

A jovem teve muita dificuldade no exercício em olhar para a mãe e falar diretamente com ela, e a mãe também não conseguiu dizer o que não queria que a filha lhe dissesse, mas julgo que serviu de alguma forma para refletirem sobre tudo o que tinha sido falado em relação ao que esperam uma da outra e perceber melhor as áreas de conflito, como a mãe querer ter tempo para ela longe das obrigações.

Falámos da consulta de Follow-up daqui a 2 semanas com Enfermeira por telefone, da consulta da mãe marcada para o dia de folga com Assistente Social e ela confirmou que vinha.

Não foi entregue o questionário de satisfação pois a intervenção continua.

Sessão após com a jovem - 10ª Sessão do PPS – 22/02/2023

Perguntei o que tinha sentido com o que mãe falou e o que foi dito, do exercício.

Pareceu tranquila e disse que estava muito feliz pois tinha feito um treino na véspera (desviou o tema) e tinha sido muito elogiada pelo Mister que lhe disse que tinha sido o seu melhor treino da época, e que ela até tinha brincado “e os outros?” E o que sentiste? Senti motivação para continuar.

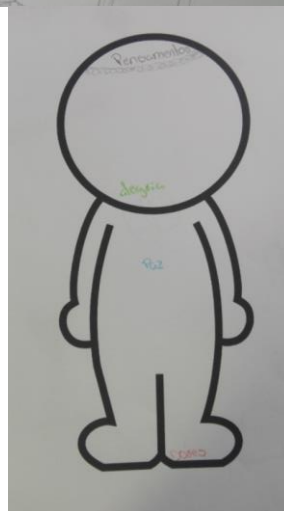
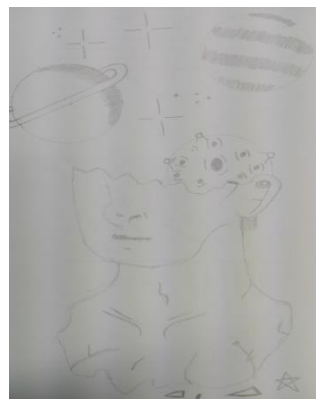
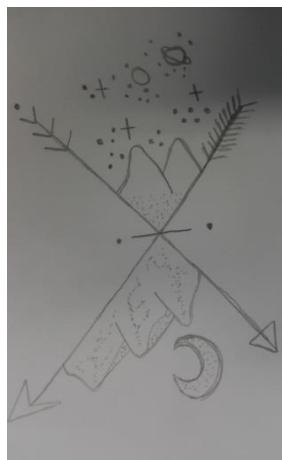
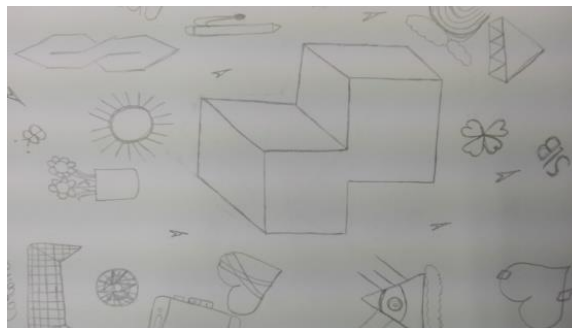
E depois da nossa sessão na semana passada que disseste que ias falar com a tua mãe naquele dia? Ela deixou-me entrar em casa. E ficou resolvido assim? O que falaram? Pouco...

Não dormiste então mais nenhuma noite na tua vizinha? Não.

Reforcei a importância de comunicar com a mãe e irem falando sobre o seu dia.

Falei-lhe novamente da despedida mas que continuava com o apoio da Unidade.

Estivemos a completar a caixa – Kit de Esperança com as coisas que tinha trazido – já tinha as frases que tinha completado e os contatos da unidade, os desenhos já tinha posto mas acrescentou ainda mais, colocou o peluche, os fones, uma pequena bola e muitas fotos da família e com as amigas, inclusive uma foto em bebé com os avós. Mostrou-me as fotos todas com satisfação e orgulho descrevendo uma a uma. No final ofereceu-me 2 desenhos e escreveu um texto em como estava melhor com a minha ajuda.



REFERÊNCIAS

- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental (PESM)*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Brandes & Phillips (1977). *Manual de Jogos Educativos - 140 jogos para professores e animadores de grupos*.
- Guerra, P. & Rosado, R. (2019). *UN-HU - Jogo de Competências*. Baralho Eu. Ideias do NADA. <https://www.facebook.com/jogo.unhu/>
- Manes, S. (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos – Um Manual para Psicólogos, Professores, Animadores Socioculturais*. Paulus Editora.
- Naglieri, J. A., McNeish, T. J., & Bardos, A. N. (1991). *Draw a person: screening procedure for emotional disturbance*. Pro-ed. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=403425&pid=S1677-0471202000010000700013&lng=pt
- Sequeira, C. et al. (2021). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Simões, R. M. P. (2020). *Comportamentos Suicidários em Adolescentes: Contributos para a Intervenção em Enfermagem na Transição para a Comunidade*. [Doctoral dissertation]. Universidade do Porto (Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar). <https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Simoes>
- Simões, R. M. P., Santos, J. C. & Martinho, J. (2020). Programa Psicoterapêutico de Prevenção do Suicídio em Adolescentes: Estudo de Delphi. *Journal Health NPEPS*, 5(2). p. 75-88. <https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Simoes>

Apêndice 16: Resumo sobre a Apresentação à Equipa da Aplicação do PPS

Atualmente a exercer funções numa Unidade de Saúde Familiar sem projetos na área da saúde mental e o que pretendo é implementar a consulta de enfermagem de saúde mental na adolescência, e a *posteriori* articular com a Escola Básica 2,3 (do 5º ao 9º ano de escolaridade) e Secundária (do 10º ao 12º ano de escolaridade) algumas atividades com o objetivo de sinalizar ou estarmos atentos a situações de risco ao nível de comportamentos suicidários. Além disso, pretendo implementar o Programa de Prevenção do Suicídio (PPS) em Adolescentes de acordo com a resposta da Psicologia do ACES.

Início do Processo Terapêutico no Programa de Prevenção do Suicídio

1º momento - Entrevista com a família

Analisar o motivo - priorização do acompanhamento pelo risco associado e as expectativas. Investigar com quem vive, Gravidez se planeada e desejada, Vinculação, Alimentação, Exercício Físico, História do Sono, Percurso de Socialização, Grupos de Pertença, Desempenho Escolar, Consumos nocivos, Medicação, Medidas de Segurança (Acesso a meios letais, gestão medicação), Ant. familiares de depressão ou TS. *Acrónimo HEEADSSS: H – home; E – education e employment; E – eating; A – activities; D – drugs; S – sexuality; S – Suicide; S – Safety.*

Explicação do Consentimento Informado e da quebra do sigilo profissional que apenas pode ocorrer em situações específicas como presença de qualquer tipo de violência ou perigo para si ou para os outros; gravidez; aborto.

2º momento - Entrevista só com o adolescente - Início da construção da relação terapêutica e avaliação inicial com recolha de mais dados. Explicar o programa e o funcionamento das sessões, aprofundar necessidades, objetivos, expectativas. Informar da necessidade de colaboração ativa. Avaliar condições de segurança.

APRESENTAÇÃO DO CASO ACOMPANHADO - INFORMAÇÃO ENVIADA NA REFERENCIAÇÃO

Jovem de 16 anos com episódio de IMV há cerca de 15 dias com lavagem e carvão ativado e observação pela Psiquiatria a 12 de dezembro (encaminhamento a 21/12)

Mãe de 38 anos – Empregada da limpeza num Hospital, 9º ano de escolaridade; Irmão de 6 anos; Sem relação com o pai desde os 2M; Está no 11º ano – Curso de Auxiliar de Ação Educativa; Pratica futebol 3x por semana há mais de 1 ano

*Medicação **Sertralina** 50 mg 1+0+0 e **Diazepam** em SOS há cerca de 10 meses*

“Dificuldades na gestão da frustração com ameaças de suicídio com tesoura e disse que se matava (sic, lâmina para corte num braço Fev.2022; Sem alterações do sono ou apetite; Ausência de dificuldades relacionais no contexto de namoro”

7 de dezembro já tinha ido à urgência – crise de ansiedade e parestesias dos membros

Pensamentos autodepreciativos, diminuição de autoestima, Ideação suicida

Quadro ansioso e depressivo, Choro, ideias de morte

Bom aproveitamento escolar; Insónia ocasional

Terminou com namorada há 1 semana; Começou a faltar com alguma frequência; CAL na face anterior do antebraço esquerdo - Observação pela Psiquiatria de 13/12

Resumo da 1ª Consulta com a família e adolescente – 12/01/2023

Vem a mãe e o irmão; Digo que primeiro estamos todos juntos mas depois gostaria de estar só com a C

Com quem vive – mãe e irmão de 6 anos

Pai – não há contato desde os 2 meses da C. Questiono se chegaram a viver juntos na gravidez, se já pressupunha antes o afastamento para perceber o tipo de relação e diz apenas que nunca mais o viu... exceto no Tribunal quando a C tinha 4 anos e que não houve ajuda da parte dele.

Gravidez não foi planejada - diz que aconteceu mas que depois correu bem, sorri ao lembrar-se, e que foi parto por cesariana pois estava mal posicionada

Creche – diz que começou com 3 anos e que a integração foi boa

Vinculação – refere que a C era uma menina carinhosa e desenrascada, quando questionei como era em bebê... e começou a dizer que quando começou a trabalhar aos 3 meses ela ficou com os avós maternos, mas que o avô faleceu quando ela tinha 2 anos e depois houve um período complicado com a avó com cancro em fase terminal tendo falecido quando a C tinha 4 anos e esta baixa a cabeça.

Alimentação – não parece haver alterações na alimentação

Exercício Físico – pratica Futebol 3x por semana e tem jogos ao sábado

Dificuldades em dormir - Tem tido dificuldade em adormecer e acorda por vezes à noite, há alguns meses, mas não consegue explicar porquê. Pergunto horários para saber as horas de sono e diz que adormece pela 1H-2H e acorda às 7H para ir para a Escola. Questiono se não lhe faz diferença depois estar nas aulas, se consegue estar atenta. Responde que sim.

Socialização – perguntei o nome de amigas ou amigos mais próximos e disse-me que tem uma na turma e outra no Futebol e disse os nomes quando perguntei.

Desempenho Escolar – Questionei sobre a escola e as notas. A mãe respondeu que tem corrido bem, que é boa aluna, Está no 11º ano do Curso de Auxiliar Educativa, e disse que no geral gosta de todas as disciplinas, que tinha tido mais dificuldade a física no ano passado mas este ano com outra professora já não.

Consumos nocivos – Perguntei sobre tabaco e respondeu que não fuma.

Medicação - não tem tomado e a mãe referiu que ela é que tem gerido e olhou para ela. Falei sobre a importância da mãe tomar conta da medicação, dos efeitos pretendidos, questionei sobre receios que podem ter e da dependência química,... e pedimos para guardar noutro sitio onde a C não saiba, inclusive questionei sobre o que o Psiquiatra disse na Urgência quando falaram sobre isso, mas a mãe não pareceu dar importância – ver como evolui em relação à segurança (Acesso a meios letais, gestão da medicação). Enf. C deu ênfase novamente que a mãe é que deve ser responsável pela medicação dela.

Acompanhamento – teve uma consulta de Psicologia mas a Psicóloga faleceu e não teve mais consultas depois, apesar do pedido da mãe no CS

Antecedentes familiares de depressão ou tentativa de suicídio? outros familiares não, mas a mãe conta que aos 14 anos fez uma tentativa de suicídio com comprimidos, que foi uma altura muito complicada, com pai alcoólico e agressivo, mas não parece querer falar mais sobre isso...

Quais são as suas maiores preocupações em relação à C? A mãe responde que é o tempo que ela está sozinha com o irmão, pois sai às 19H, trabalha ao sábado também...

**PPS - A planificação das sessões do PPS é dinâmica, depende da avaliação do caso, sendo apenas uma orientação.
Dar exemplos da intervenção em cada sessão até à 10ª**

EXEMPLO DE UMA SESSÃO - 7ª Sessão do PPS – 07/02/2023 – LEITURA DA SESSÃO

MOstrar A CAIXA E O OBJETIVO – desenhos, respostas às frases, contactos

Estava a evoluir favoravelmente até à 9ª sessão com maior reflexão, melhor insight, o discurso a fluir melhor e com estratégias mais adequadas, mas na última sessão veio a chorar e relatou uma discussão com a mãe com agressão e esta telefonou ao tio que também a agarrou no braço e a mãe não a deixou entrar em casa, tirou chaves e telemóvel, tendo dormido na casa de uma vizinha, mas após o encaminhamento o relato foi alterado com a assistente social.

Hoje será a consulta com a mãe (10ª) com a mãe, tentar perceber o que se passou, áreas de conflito, promover envolvimento familiar, trabalhar a relação. Rever plano de segurança. E decidir próximos passos.

RETORNO DOS PROFISSIONAIS

A apresentação em serviço foi efetuada à equipa multidisciplinar e os pedopsiquiatras (inclusive o que vai ficar com o caso), as 3 psicólogas e a assistente social deram o seu contributo em relação ao acompanhamento da jovem e houve uma “discussão” rica em relação ao seguimento e em relação à CPCJ e reunião com a mãe, tendo em conta a preocupação também com o outro filho menor de 6 anos, e elogiaram o trabalho efetuado.

Anexo 3: Declaração Comprovativa

Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que a Sr^a Enfermeira Sónia Raquel Nunes Baptista, colaborou com o serviço, elaborando e apresentando, no âmbito da formação em serviço, a seguinte sessão:

- A 22 de Fevereiro de 2023, sessão de 2 horas, o trabalho “ Consulta de Enfermagem – Prevenção dos Comportamentos Suicidários na Adolescência”.

03 de Março de 2023