



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

**Adolescência e Depressão: o olhar e o cuidar do
enfermeiro em Saúde Mental**

Ana Paula Brito de Jesus de Almeida

Lisboa

2017





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Adolescência e Depressão: o olhar e o cuidar do enfermeiro em Saúde Mental

Ana Paula Brito de Jesus de Almeida

Orientador: Professor Doutor Luís Nabais

Lisboa

2017

A decorative graphic element in the bottom right corner of the page, consisting of several curved, overlapping lines in shades of green, resembling a stylized smile or a wave.

*“Meu desespero ninguém vê
Sou diplomada em matéria de sofrer
Meu desespero ninguém vê
Sou diplomada em matéria de sofrer
Falsa alegria, sorriso de fingimento
Alguém tem culpa desse meu padecimento
Sofrimento e padecer
Todos lamentam, mas só eu sei responder.”*

Maria Bethânia,

Só Eu Sei

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho permitiu traçar o meu percurso no desenvolvimento do autoconhecimento e crescimento profissional. Deste modo, quero agradecer, sentidamente, a todos aqueles que, de uma ou outra forma, me apoiaram e contribuíram decisivamente para que este objectivo fosse atingido.

Ao Carlos e aos meus filhos, Carlos e Alexandre, pelo apoio e compreensão. Aos meus amigos Artur e Sandra pela incansável disponibilidade.

Aos meus colegas, que sempre me transmitiram palavras de conforto, ânimo e coragem.

Aos meus orientadores de estágio, pela energia, conhecimentos e orientação que transmitiram.

Ao meu professor orientador, pela orientação, apoio e palavras de sabedoria nos momentos críticos.

E um especial agradecimento a todos os clientes que estiveram envolvidos, principalmente aos adolescentes, por terem confiado e permitido a minha presença nos seus momentos de partilha de sentimentos e emoções, tão íntimos das suas vidas, que me possibilitaram a realização deste projecto.

RESUMO

A adolescência pode ser uma fase conturbada para o próprio adolescente. Por ser uma fase de mudanças físicas, emocionais, sociais e familiares, nem sempre compreendidas pelo adolescente, torna-se um período de grande suscetibilidade, em que a presença de um quadro depressivo pode ocorrer.

Por este motivo, sentimos o desafio e a necessidade de compreender a adolescência para saber intervir com os adolescentes, bem como de adquirir competências relacionais e comunicacionais que permitam o estabelecimento de uma relação terapêutica. Este trabalho tem como principais objectivos, conhecer a adolescência num percurso com alterações psicopatológicas, particularmente na depressão; adquirir competências comunicacionais com a pessoa em sofrimento mental; promover a expressão das emoções, favorecendo a reflexão das mesmas.

Foram desenvolvidas actividades de grupo em dois contextos da prática clínica: internamento e comunitário. Deste modo, desenvolvemos intervenções de âmbito psicoeducativo, que promovessem a autoreflexão e o autoconhecimento dos clientes, respeitando a pessoa com doença mental e facilitando o acesso a estratégias para melhorar a sua condição de doença. Junto dos adolescentes, a intervenção assentou na actividade física/desporto, tendo sido constatado que esta actividade é um facilitador da relação terapêutica, em que o enfermeiro é um aliado na sua forma de estar com os adolescentes, favorecendo desta forma o seu bem-estar.

Os resultados das intervenções mostram que as actividades desenvolvidas promovem a relação terapêutica e que a actividade física é um elemento importante para a recuperação e bem-estar do adolescente deprimido. Este trabalho reflete todo um percurso que permitiu adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, bem como o autoconhecimento e crescimento pessoal, no âmbito do relacionamento com pessoas vulneráveis.

Palavras-chave: enfermagem, adolescência, depressão, actividade física, desporto.

ABSTRACT

Adolescence can be a troubled phase for the teenager himself, because it is a phase of physical, emotional, social and family changes, not always understood by the adolescent. It becomes a period of great susceptibility, in which the presence of a depressive symptoms may occur.

For this reason, we feel the challenge and the need to understand adolescence, to know how to intervene with adolescents, as well as to acquire relational and communicational skills that allow the establishment of a therapeutic relationship. This work has as main objectives to know the adolescence in his course of psychopathological changes, particularly during depression; acquire communication skills with the person in mental suffering; promote the expression of emotions, favoring their reflection.

Group activities were developed in two contexts of clinical practice: Hospitalization and Community. In this way, we develop psychoeducational interventions that promote self-reflection and self-knowledge of patients/clients, respecting the person with mental illness and facilitating access to strategies to improve their illness condition. Together with the adolescents, the intervention was based on physical activity/sport, and it was found that this activity is a facilitator of the therapeutic relationship, in which the nurse is an ally favoring their wellbeing.

The results of the interventions show that the activities developed promote the therapeutic relationship, and that physical activity is an important element for the recovery and wellbeing of the depressed adolescent. This work reflects an entire course that allowed the acquisition and development of skills in mental health and psychiatry specialist nurse, as well as self-knowledge and personal growth, in the context of relationships with vulnerable people.

Key-words: *nursing, adolescence, depression, physical activity, sport.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO: ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL	18
1.1 A adolescência	18
1.2. A depressão na adolescência	23
1.3. Actividade física como facilitador da relação.....	27
2. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM PARA A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	30
2.1. Hildegard Peplau e a Relação Interpessoal	30
2.2. Afaf Meleis e os Processos de Transição	33
2.3. Betty Neuman e o Modelo de Sistemas	34
3. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	35
3.1. Contextos da prática clínica.....	35
3.2. Objectivos.....	37
3.3. Participantes.....	37
3.4. Apresentação e discussão das intervenções desenvolvidas	38
3.4.1. Intervenção Psicoeducativa – “A Adesão Terapêutica”	39
3.4.2 Reunião com o “Grupo Famílias”	43
3.4.3. Reunião Comunitária.....	44
3.4.4. A actividade física / desporto	45
3.5. Jornais de Aprendizagem e Estudo de Caso.....	48
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	51
4.1.Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

Apêndice 1 – Sessão de Psicoeducação “ A Adesão Terapêutica”

Apêndice 2 - Apresentação da sessão “A Adesão Terapêutica”

Apêndice 3 - Questionário de Avaliação da sessão “A Adesão Terapêutica”

Apêndice 4 - Avaliação da sessão “ A Adesão terapêutica”

Apêndice 5 - Folheto “ Cognição”

Apêndice 6 - Reunião Comunitária

Apêndice 7 - Planeamento da Intervenção da “Actividade Física/desporto na Promoção do Autocontrolo da Depressão”

Apêndice 8 - Questionário de avaliação da Intervenção da “Actividade física/desporto na Promoção do Autocontrolo da Depressão”

Apêndice 9 - Avaliação da Intervenção da “Actividade física/desporto na promoção do Autocontrolo da Depressão”

Apêndice 10 - Grelhas de Observação do Grupo

Apêndice 11 - Jornais de Aprendizagem

Apêndice 12 - Estudo de Caso

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UC – Unidade Curricular

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

NOC – Nursing Outcomes Classification

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

É através da realização deste trabalho que faço o início de um percurso que procura alcançar as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, em que a autorreflexão e autoconhecimento foram imprescindíveis para o crescimento profissional. Uma procura da contínua melhoria dos cuidados de enfermagem, de acordo com o conceito de enfermeiro especialista, descrito no REPE, Artigo 4.º, número 3, referindo-se ao Enfermeiro Especialista como o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, que lhe reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Neste sentido, este trabalho pretende dar visão a um percurso que teve como missão compreender as pessoas com doença mental, bem como adquirir competências para um desenvolvimento pessoal e profissional. Foram selecionados alguns locais de estágio, que pareceram importantes para a aquisição de mais-valias, por forma a permitir atingir os objetivos deste trabalho bem como o desenvolvimento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Encarada a metodologia do projecto como um percurso individual, enriquecido pelas experiências pessoais, este foi orientado por um objetivo principal - conhecer a pessoa com depressão. No adulto, manifesta-se por uma tristeza, adinamia, labilidade emocional e isolamento marcados e prolongados, em que o recurso à intervenção farmacológica é frequente para a estabilização. Contrariamente, no adolescente, a depressão pode manifestar-se por um comportamento por vezes agressivo, com condutas impulsivas, sem reconhecer limites, o que pode, muitas vezes, tornar difícil para os técnicos de saúde distinguir, com rigor, um percurso regular, ainda que conturbado, da presença de psicopatologia.

Como refere Coimbra de Matos (2002), compreender que todo o processo de evolução do adolescente é muitas vezes variável e por vezes não entendido. Um processo de revolta contra tudo e todos, nem sempre manifesto

de conflitos graves, de procura ou de rejeição de modelos na figura dos profissionais e na busca de uma identidade, até então não conseguida. Torna-se então importante equacionar esta problemática o mais precocemente possível, pelas consequências implicadas nos vários níveis, quer individuais, sociais, familiares e económicos. Para os adolescentes, a vida está num impasse, denunciado pelo sofrimento mental e por uma demonstração de incapacidade em saberem como contornar esse mesmo impasse. Por um lado, por não serem compreendidos pelos mesmos e por sentirem dificuldades em expressar o que sentem àqueles que os rodeiam; por outro lado, por não conseguirem confiar nos adultos, ao pensarem que estes não os entendem.

Deste modo, consideramos que este relatório tem como objetivos gerais: (1) relatar o trabalho desenvolvido durante o estágio, para a aquisição de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental Psiquiátrica; (2) apresentar os contributos teóricos que fundamentaram o trabalho; (3) descrever o projecto de intervenção e analisar as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Como objetivos específicos: (1) conhecer as manifestações da psicopatologia como a depressão na adolescência; (2) promover a expressão das emoções do adolescente com depressão, permitindo e direccionando uma reflexão das mesmas; (3) adquirir competências comunicacionais com adolescentes em situação depressiva; (4) estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente que vive o seu sofrimento; (5) saber lidar com a crise de um adolescente com quadro depressivo.

Desempenhando funções nos Cuidados de Saúde Primários e integrando uma unidade de saúde mais próxima do utente, pensamos ser essencial que o enfermeiro que atende o adolescente esteja disponível para compreender e poder ajudar, promovendo o sentimento de que o profissional que o atende está preparado e consciencializado para o aceitar e entender a sua linguagem. Como refere Coimbra de Matos (2002), a linguagem utilizada por estes clientes pode bem ser a “linguagem da loucura”, criada por si mesmo, em que apenas o próprio a entende, por ser de alguém que está incapaz ou não consegue usar outra linguagem pelas emoções e sentimentos vivenciados,

como a angústia, tristeza ou raiva. Este autor acrescenta que paralelamente a esta competência comunicacional, é o modo como se realiza a abordagem às perturbações emocionais do adolescente. O profissional deve estar consciente e preparado para reviver e confrontar-se com a sua própria adolescência e, conseqüentemente, promover a empatia, uma vez que o adolescente vê no profissional um instrumento de compreensão.

A este propósito, como enfermeira que lida com clientes de várias faixas etárias e circunstâncias clínicas, deparamo-nos, por vezes, com situações que implicam ter um conhecimento prévio sobre a doença, nomeadamente acerca do sofrimento mental que está latente mas que ainda não se manifestou na sua forma patológica. Também Fleming (2010) se refere a esta dificuldade notando que, muitas vezes, a depressão não é reconhecida pelos outros, sendo mesmo denegada pelo próprio.

Por outro lado, é premente a necessidade de cuidar do adolescente na vertente dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pois de acordo com as Recomendações para a Prática Clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários, publicado em 2009, a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência foi investigada em vários estudos, estimando-se que 10 a 20 por cento das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental. De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas, somente 1/5 recebe o tratamento apropriado. Como tal, é de facto evidente a importância para que os profissionais dos CSP tenham as competências necessárias para minorar esta situação. Por outro lado, e de acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental (2013). Portugal – Saúde Mental em Números, consta que cinco das dez principais causas de incapacidade, a longo prazo, e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas, onde está incluída a depressão unipolar (11,8%), entre outras. No mesmo relatório, as perturbações depressivas aparecem elencadas como a terceira causa de ‘carga global de doença’ (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas de suicídio e parasuicídio. Visto a depressão ser uma doença que tem

repercussões a longo prazo nos custos económicos do país, ao cuidarmos dos adolescentes com depressão, estamos a contribuir para a redução das mesmas.

Torna-se evidente que o papel dos técnicos de saúde na prevenção da doença mental implica empenho na formação académica, fundamentada em conhecimentos científicos e, conseqüentemente, uma mudança de atitude e comportamento do profissional de saúde que lida com a saúde mental dos seus clientes adolescentes. É importante ver a pessoa como única e não ver a doença mental como padrão; neste sentido, Pio Abreu (2002) refere que cada um tem a sua circunstância, que se manifesta desde o momento que nascemos, e é única para cada um de nós, dando-nos a individualidade em cada seio da rica e variada humanidade.

Para além da sua individualidade, é importante compreender que a adolescência pode ser um período caracterizado por condutas e experiências muitas vezes frustradas, mas que fazem parte de todo um processo de aprendizagem social, quer pelas dúvidas quer pelas oscilações quanto aos seus limites e actos. Ao lidar com as ambivalências dos adolescentes, os profissionais de saúde não devem rotular, contudo não devem deixar de valorizar os sintomas. É grave quando permitimos a instalação de quadros patológicos que evoluem não favorecendo o trabalho psíquico do adolescente, mas conduzindo-o ao afastamento progressivo da família e da escola (Bracconnier & Marcelli, 2000).

Perante os dados apresentados anteriormente, é essencial que a enfermagem tenha uma intervenção que permita chegar aos clientes adolescentes, que os ajude a encontrar o seu percurso desenvolvimental levando-os a construir o seu projecto de vida, a sua autonomia.

Pelo exposto, o enfermeiro especialista em saúde mental deve ter os instrumentos, as competências pessoais e profissionais para compreender e descodificar a linguagem do adolescente deprimido, facilitando assim a comunicação e articulação com outros profissionais, trabalhando em equipa

para minimizar consequências imediatas ou tardias para a saúde e vida destes adolescentes.

Importa também referir que, pela especificidade da relação que se estabelece entre enfermeiro e pessoa com doença mental, consideramos relevante autores como Hildegard Peplau (1992), com o Modelo de Relações Interpessoais, em que define a relação enfermeiro/cliente como um processo interpessoal, terapêutico e significativo. Esta relação compreende quatro fases que, embora interdependentes, se sobrepõem: (1) a orientação; (2) a identificação; (3) a exploração; (4) a resolução (Tomey & Alligood, 2002). Para Peplau, o enfermeiro é como um “instrumento” que garante as relações interpessoais positivas com os clientes (Neeb, 2000).

Também Afaf Meleis se revela significativo no meu percurso de aprendizagem relacional terapêutica. Para Meleis, o conceito de transição é um dos conceitos fundamentais na disciplina de enfermagem. A relação enfermeiro/cliente acontece quando na vida do indivíduo sofre transformações, que podem ser causadas por um conjunto de alterações na saúde ou por mudanças em consequência da doença (Meleis, 2010).

Relativamente ao modelo de Betty Neuman, o *Modelo de Sistemas*, em que é referido que todos os indivíduos são vistos como um todo, e todas as variáveis, em simultâneo, afectam o sistema do cliente - fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual -, a pessoa com perturbação mental encontra-se numa fase em que todas estas dimensões da sua vida estão comprometidas, permitindo, este modelo, compreendê-la como um todo.

Assim, durante o estágio clínico, foram realizadas intervenções de âmbito exploratório, prestando cuidados a pessoas com doença mental, estando despertos às perturbações afectivas e alterações de humor e, ao mesmo tempo, focados no estágio em questão e na população alvo. Como tal, foram intervenções que abordaram a adesão terapêutica e trabalho com famílias de pessoas com doença mental.

Outra actividade realizada foi a Reunião Comunitária. Esta surge como uma actividade em que os clientes manifestam o que pensam, o que sentem

enquanto internados no serviço, e como gostariam que alguns aspectos fossem melhorados.

Também foram realizadas intervenções em que foi possível estabelecer uma relação terapêutica com os adolescentes, colaborando como outros profissionais de saúde que os acompanhavam, tais como a terapeuta ocupacional, a técnica de serviço social, ou, ainda, a participação em sessões de musicoterapia e numa actividade física em grupo. Esta última actividade é, para o adolescente, promotora do bem-estar, do respeito pelo outro e da socialização com os seus pares. Todos estes aspectos são fundamentais no processo desenvolvimental psicológico e no autoconhecimento, podendo ser, ainda, um incentivo para a expressão das emoções. A actividade física representa um conjunto de propriedades como grupo. Também Stuart & Laraia (2001), referem: “ *Um grupo é uma reunião de pessoas que têm um relacionamento umas com as outras, sendo interdependentes e capazes de partilhar normas* “ (p. 695). Para estes autores, a abordagem da enfermagem em grupo proporciona ao enfermeiro uma intervenção potencialmente mais terapêutica que a intervenção individual.

Na abordagem ao adolescente, foi realizado um plano de intervenção tendo como principal objetivo o autoconhecimento para gerir as suas emoções e promover a socialização com os seus pares. Assim, foi elaborado um questionário sobre o Autocontrolo da Depressão, em que constam alguns indicadores de resultado da Nursing Outcomes Classification (NOC, 2010), tais como o Relato de Sono Adequado, o Relato de Melhoria de Humor e a Participação em Actividades Agradáveis; também foi elaborada uma Grelha de Observação do Grupo, baseado nos mesmos indicadores, ambas aplicadas para a actividade física/desporto. Para além da importância na gestão das emoções, salientamos a World Health Organization (WHO), que recomenda que a prática de actividade física tem benefícios nas várias funções do corpo, tais como cardiorrespiratória, cardiovascular, metabólica, óssea, bem como na redução da ansiedade e depressão.

Durante o estágio, foi realizado um estudo de caso. Este estudo de caso está enquadrado na temática deste projecto, permitindo um conhecimento mais

próximo da pessoa adolescente com perturbação afectiva. Tratou-se de uma jovem com depressão e várias tentativas de suicídio. Uma vivência traumatizada na sua infância com o suicídio do seu pai, e, conseqüentemente, a depressão da sua mãe. Era uma jovem que não tinha um suporte de amigos, rodeada apenas pela sua família, a sua mãe e irmão, com quem mantinha uma relação muito forte.

Primordiais para o enfermeiro especialista em saúde mental, a tomada de consciência de si mesmo e a elaboração de jornais de aprendizagem, ao longo do estágio, foram fundamentais para a reflexão e o autoconhecimento, tendo a supervisão, durante o estágio, um papel imprescindível para a aquisição desta competência.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes, ambas dedicadas ao Enquadramento Teórico, em que estão incluídos dois capítulos, sendo um deles subordinado aos temas Adolescência e Depressão e a Importância da Actividade Física na Adolescência, e outro sobre o Quadro Conceptual de Enfermagem. Na tentativa de realçar os aspectos mais importantes, visando um enquadramento teórico que sustente o trabalho, também apresenta o Desenvolvimento do Projecto de Aprendizagem, que inclui três capítulos: um capítulo subordinado às Actividades Desenvolvidas; outro relativo à Apresentação de Resultados; e um último capítulo que aborda as Competências Desenvolvidas. Seguem-se as Considerações Finais, seguidas de Referências Bibliográficas e, por último, os Apêndices.

1. ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO: ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

Neste Capítulo, irão ser abordadas as seguintes temáticas: a adolescência, a depressão na adolescência e a prática da actividade física na adolescência. Estes conceitos permitem compreender a depressão e a adolescência, bem como o seu processo de desenvolvimento.

1.1 A adolescência

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência constituiria um processo fundamentalmente biológico, durante o qual se aceleraria o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Este processo, compreendido entre as idades dos 10 e dos 19 anos, está dividido nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos); de adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos); e de juventude, o período entre os 15 e os 24 anos.

Após entrada na puberdade, ocorrem mudanças na rapariga e no rapaz em três aspectos fundamentais: (1) a relação com o corpo - e aqui importa referir o corpo sexuado, a sexualidade, que possibilita a rapariga ser mãe e ao rapaz ser pai; (2) a relação com os pais, com modificações no jogo emocional entre dependência e autonomia, em que esta última é conseguida através da oposição; (3) e a relação com os pares, a importância do grupo como expressão da sua identidade social, definindo deste modo a organização psíquica individual, ou pela importância do grupo se tornar essencial para o desenvolvimento das relações afectivas e, posteriormente para as relações afetivo-sexuais. O período de crescimento na adolescência é marcado pela existência de uma emergência impulsiva, pela conflitualidade intrapsíquica, mas também de uma enorme riqueza e potencial (Fonseca, 2012).

A adolescência é considerada uma fase de conflitos intrapsíquicos, por isso, é exigível que no perfil dos profissionais que lidam com adolescentes exista a formação adequada para a sua compreensão. Coimbra de Matos

(2002), refere que é essencial que estas estruturas se possam sustentar com pessoal devidamente treinado, especializado e familiarizado com os problemas da juventude, e acrescenta: “(...) o volume crescente de jovens em crise de identificação (núcleo do sofrimento psíquico do adolescente), que procuram direta ou indiretamente solução para o conflito que os mina e destrói , impõe a necessidade de organização de estruturas psicossocioterapêuticas que possam responder adequadamente à solicitação que implícita ou explicitamente esses mesmos jovens dirigem à sociedade em que se inserem (...)” (p. 37). Assim, é emergente que os profissionais de saúde estejam receptivos à mudança de atitude e comportamento no seio do seu local de trabalho quando estão perante o cliente adolescente. Esta competência, pessoal e profissional é um percurso de aprendizagem contínuo, podendo ser facilitadora quando existem conhecimentos prévios sobre o que é a adolescência.

O processo da adolescência implica o acontecimento de perdas com as quais o adolescente tem de se confrontar, estas podem ser comparadas com o processo de luto. Assim são, a perda da inquietude do corpo - o corpo de uma criança não sofre tensões e necessidades imperiosas, pois a maioria das necessidades experimentadas pela criança são preenchidas pela presença da mãe ou pela satisfação fisiológica como a sede ou o dormir. O início da puberdade implica uma grande tensão no interior do corpo, podendo o adolescente mostrar-se, muitas vezes, irritado; opostamente pode negar esta irritação, podendo controlá-la através do retraimento ou da inércia passiva. A perda da estabilidade da imagem do corpo - o adolescente sofre em pouco tempo uma mudança profunda da imagem do seu corpo, transtornando em absoluto o conhecimento que dele tinha. A perda da bissexualidade potencial - enquanto a criança experimenta comportamentos do outro sexo, sem pôr em causa a sua identidade. Na adolescência ou se é homem ou mulher, obrigando a uma renúncia, pelo menos parcial. A separação do vínculo edipiano, é considerado como um trabalho psíquico realizado pelo adolescente, em que se dá a separação e distanciação do seu vínculo com os objetos edipianos (Marcelli, 2000).

Para Braconnier & Marcelli (2000), o adolescente deve descobrir aquilo que gosta e o que deseja, resultante da herança do passado, consciente e inconsciente, dependente da identidade que o adolescente se atribui e se reconhece, assim como das relações estabelecidas com os seus pais e pares. A adolescência é uma fase de escolhas, o escolher pode significar conquistar, mas também renunciar. Pelo que, para estes autores, a necessidade de mudanças e de escolhas pode explicar a vulnerabilidade psíquica do adolescente, assim, *“os comportamentos ruidosos, as queixas e as manifestações sintomáticas que os adolescentes apresentam, são testemunho, destes constrangimentos e deste trabalho psíquico.”* (p. 23).

É um período de mudanças, primeiramente física, esta acontece de forma acelerada; também é psicológica, em que o adolescente sente a necessidade emergente de mudar os seus ideais, os seus desejos, os modelos de identificação e interesses que foi adquirindo durante a sua infância; é também uma mudança familiar e social, em que o adolescente sente a necessidade de se afastar dos pais, pois estes já não conseguem fornecer os modelos, as satisfações e prazeres que, até então, eram capazes de lhes proporcionar. (Braconnier & Marcelli, 2000).

Estes autores incluem nesta etapa da vida, a existência de três ‘ameaças’: a ameaça ansiosa, relacionada com a puberdade, a transformação do corpo com a flutuação de identidade; a ameaça aditiva, que resulta da impossível renúncia que a escolha possa implicar, principalmente afectivas e identitárias; e a ameaça depressiva, resultante do trabalho essencial de perda e de luto (adeus à infância) que a adolescência implica, conjugada com a separação gradual dos pais, mas ainda mais relevante à perda das imagens parentais que o adolescente tem para si. Referem também ser um período em que as manifestações emocionais são mais ou menos explosivas, impulsivas, mas numa existência transitória. A esta fase, a que designam por “abatimento”, ocorrem manifestações de ser incompreendido, de ser infeliz, lentificação, ou mesmo o sentimento de ser incapaz. Para estes autores, os adolescentes passam por uma fase em que o crescimento do corpo pode ser uma preocupação, podendo mesmo causar insatisfação, as ideias ou projectos

parecem ser inacessíveis, os sentimentos não correspondidos, a perda da proteção dos pais. A este conjunto de aspectos, acrescentam-se o sentimento de culpabilidade, por algumas vezes serem agressivos injustamente com o seu pai ou mãe, e, por vezes, surge o pensamento de morte. Podemos aferir que todos estes elementos afectos ao humor e sentimentos, característicos do processo da adolescência, são assim um terreno privilegiado para a depressão. O “abatimento” existe na adolescência; no entanto, não deve considerada como uma doença ou perturbação. Estes adolescentes invadidos pelo abatimento, apesar do desânimo, mantêm as suas actividades, não ficando imobilizados. Estes autores ainda referem a existência de três grupos de adolescentes - os que não se sentem deprimidos, os que têm momentos de “abatimento” passageiros, e aqueles que estão realmente deprimidos. Segundo Fonseca (2012), a adolescência é uma etapa do desenvolvimento que tem características próprias e tarefas bem definidas. Nela ocorrem transformações fundamentais de ordem biológica (comandadas pela puberdade, que vão influenciar o rápido crescimento e as várias mudanças ao nível do corpo); cognitiva (capacidade em realizar raciocínios cada vez mais complexos); psicológica (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade) e social (transição para o desempenho de novos papéis). Esta autora, considera a autonomia e a construção da identidade as grandes tarefas da adolescência.

Coimbra de Matos (2002), refere que o desenvolvimento da autonomia permite ao indivíduo aprender melhor a utilizar os seus próprios recursos, de forma a auto abastecer-se, autocuidar-se, eliminando o desconforto, procurando de forma ativa o prazer. Refere ainda a adolescência como “(...) *passagem de uma conduta passiva, em que espera a gratificação e por isso adere ao objeto, para um comportamento ativo em que explora o ambiente e busca satisfazer-se, treinando habilidades de cujo exercício retira um prazer suplementar (...)*” (p. 37). Podemos, assim, perceber a importância de desenvolver a autonomia no adolescente que se encontra fragilizado, vulnerável e em sofrimento mental, quando mergulhado num quadro depressivo, em que a autonomia é parte integrante do processo de desenvolvimento saudável do adolescente. Para este autor, neste processo

tem particular importância a família, em que os pais do adolescente têm uma função, de um modo geral, relacionada com o sexo do progenitor - têm diferentes papéis educativos nas diferentes fases do desenvolvimento dos filhos. No entanto, na nossa cultura é reconhecida a importância do papel da mãe na primeira infância e a “tutela” do pai na adolescência; ou seja, de suporte à dependência infantil e de estímulo à independência do jovem. Atualmente este conceito pode estar comprometido no que concerne aos papéis parentais, pela existência de famílias monoparentais ou casais divorciados.

Para Salgueiro (1994), uma experiência marcada de situações prolongadas de conflitos familiares, de aproximações e abandonos, de insegurança, de sofrimentos vivenciados pela criança podem diminuir o potencial de modos de funcionamento, os quais podem vir, mais tarde, a estruturar-se em doenças mentais.

O adolescente vive uma fase de afirmação da sua pessoa, procurando identificar-se com aqueles com os quais se sente bem, integrando-se em grupos. De acordo com Matos (2008), a fase da adolescência está associada a um certo afastamento da segurança do meio familiar e a uma progressiva aproximação do grupo de pares. Os pares formam assim um importante fórum para os adolescentes, no âmbito do relacionamento social, sendo o grupo de pares um aspecto chave no desenvolvimento da independência na adolescência. A participação do adolescente em grupo de pares, bem como o suporte familiar, são facilitadores para o aumento da segurança.

Estar integrado num grupo permite a interação que promove a troca de ideias, possibilitando ao adolescente identificações acerca das mudanças e experiências (Santos, 2013).

Todavia, o adolescente é um todo que foi aprendendo ao longo da sua infância, pelo que o comportamento do adolescente está intimamente relacionado com a promoção da saúde, em que estes são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida. O estilo de vida, os hábitos, a higiene, nutrição, actividade física, competências sociais e estratégias de comunicação são aspectos fulcrais da educação da criança e do

adolescente. De acordo com a World Health Organization (WHO, 2000), citado em Matos (2008), quando existem falhas em alguns destes aspectos, existem fortes possibilidades de surgimento de perturbações ao nível da saúde.

Como tal, é importante ter conhecimento sobre o que é a adolescência numa perspectiva multifactorial, ser capaz de compreender que a adolescência é vivida de diferentes maneiras e que está dependente de factores sociais, culturais, familiares e económicos, que pode ser moldada pelos grupos de pares que integra. É vital ter o conhecimento de que na adolescência pode ocorrer uma fase transitória de depressividade, uma posição depressiva relacionada com o trabalho psíquico dificultado do adolescente.

1.2. A depressão na adolescência

Quando o adolescente, contrariamente, vive um quadro de sintomas que tardam em desaparecer, se mantêm durante dias e/ou semanas, que causam alterações de comportamento com repercussões negativas no desenvolvimento e bem estar social, familiar e escolar, pode estar perante uma sintomatologia de depressão. É muitas vezes na mudança do comportamento do adolescente que pode estar o indício de uma saúde mental instável, que necessita ser descortinada, compreendida e cuidada por um olhar atento e empático dos profissionais de saúde que lidam com adolescentes.

Também reconhecemos que a tristeza, designada aos afectos, as emoções, e as sensações de natureza triste que sente, uma grande maioria dos adolescentes, num certo momento, é chamado, pelos próprios, de “fossa”. O aborrecimento é a sensação mais frequente e duradoura no adolescente, definido pelo desinteresse, pela sensação de tempo que não passa, que não vale a pena esperar por algo. O adolescente sente-se aborrecido só ou em grupo. A morosidade é um estado instável, possível de mudança, e que mantêm o adolescente num estado de desinvestimento, mas, ao mesmo tempo, apto a investir em alguma coisa, mantendo-se num estado de expectativa (Marcelli 2000).

Já a autora Fleming (2010), refere-se à adolescência como uma fase em que é difícil decifrar e compreender um comportamento que está relacionado com todo um processo de desenvolvimento, em que ocorrem grandes mudanças físicas e psíquicas, e, por outro lado, como um comportamento que deve ser alvo de atenção por estar em vias de se estruturar. Para esta autora, a depressão “é uma perturbação afectiva que ressalta entre os problemas psicológicos da adolescência, porque o risco de suicídio é grande, pelo impacto negativo nos mecanismos de adaptação e ajustamento social do adolescente e pelos efeitos a longo termo que produz no funcionamento psicológico adulto” (p. 199). Reforçando assim a importância do conhecimento desta temática pelos profissionais de saúde.

Para Braconnier & Marcelli (2000), o adolescente realmente deprimido nem sempre se manifesta como tal. Perante um quadro de condutas agressivas, provocadoras, ou queixas somáticas sem motivo aparente, crises de choro e desinteresse, de abatimento durante um período superior a quinze dias deve ser considerada uma “depressão”.

Afonso (2015), quando aborda o tema suicídio na depressão, refere que “a experiência da dor psíquica causada pela depressão, acompanhada pelo sentimento de que ela é infindável, conduz por vezes ao desespero e ao desejo de morrer”, relacionando este sentimento aos adolescentes. Os adolescentes fazem com frequência tentativas de suicídio, numa atitude de impulsividade marcada, sem se aperceberem do quão fácil é poderem consumir este acto. Acrescenta ainda que, muitas vezes, a depressão é ignorada ou então não é identificada pelos familiares, pelo próprio, ou mesmo denegada. Importa também saber identificar a depressão mascarada, que nos adolescentes assume a forma de hiperactividade ou evitamento sistemático de inactividade, a constante procura do novo, de emoções, ou, então, a incapacidade de estar só.

Segundo Fleming (2010), *“Na depressão patológica a vida mental paralisa, estagna, perde dinamismo e desvitaliza-se...onde deveria existir turbulência emocional forte, necessária e sinónimo de normalidade vemos um deserto vazio de emoções e de afectos (...). O tempo parece estar parado e as*

emoções, o que dá o quente ou o frio da vida, parecem ter debandado...ou então fixa-se em pensamentos que são sempre os mesmos, pensamentos que não abrem para nada a não ser para os mesmos pensamentos.” (p. 207). Podemos perceber que a apatia mental é, por vezes, algo que parece estar no pensamento dos adolescentes e refletir-se no seu comportamento com o isolamento.

Fleming (2010) refere ainda que a literatura enfatiza factores de risco *major* para a depressão, tais como a morte de um ente querido e o facto de crescer com um ou ambos os pais deprimidos e considera como factores de prevenção da depressão ter boas relações com os pais e com os pares da mesma idade.

Se é decisivo compreender a depressão na sua base psicológica e mental, à parte do desenvolvimento físico e mental do adolescente, é igualmente importante ter o conhecimento dos critérios biomédicos que possibilitam o diagnóstico da depressão, podendo esta ter diferentes sintomatologias.

Fleming (2010) acrescenta que o quadro sintomático não é muito diferente da depressão no adulto, e, de acordo com A.P.A. (American Psychiatry Association), o diagnóstico de Depressão *Major* deve ser feito na presença das seguintes condições: o adolescente deve ter experienciado cinco ou mais dos seguintes sintomas, pelo menos durante duas semanas: o humor depressivo ou irritação na maior parte do dia; menor interesse por actividades que dão prazer; alterações do peso; perturbações do sono; retardamento ou agitação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimento de que não se tem valor ou culpa excessiva; capacidade de se concentrar e de tomar decisões reduzidas e ideação suicida; tentativas ou planos suicida.

Autores como Amaral Dias & Vicente (1984) referem, “(...) a adolescência é o período da vida no qual o aparelho psíquico opera as mudanças mais importantes que arrastam em si profundos sentimentos de perda, geradores de afectos depressivos. Portanto, não existe adolescência sem depressão, sendo as formas anormais desta, no fundo, decorrentes de um

déficit da capacidade de tolerância do EU ao luto” (p. 57). Os autores consideram os estados depressivos, acompanhados por sentimentos de desencorajamento, tristeza, insucesso escolar, queixas hipocondríacas, ou de astenia, assim como a morosidade e o aborrecimento, parte do desenvolvimento normal do adolescente. Por outro lado, os sentimentos de perda existem e podem agravar.

Outro conceito a mencionar sobre a Depressão, segundo a OMS, citado em Sequeira (2010), publicado no Relatório Mundial de Saúde - Do Diagnóstico à intervenção em saúde mental: II Congresso Internacional da SPESM, define: “ A depressão caracteriza-se por tristeza, perda de interesse nas actividades e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e auto estima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes, também, diversos sintomas somáticos. (...) ”(p. 437). Para a OMS, o diagnóstico só se estabelece após a instalação dos sintomas e se estes perdurarem por, pelo menos, duas semanas, sendo a depressão mais comum no sexo feminino do que no masculino.

Stuart & Laraia (2001) refere ser essencial que o enfermeiro consiga expressar esperança aos clientes com depressão, de forma calma e simples, promovendo a ideia de que a recuperação é um processo lento. O enfermeiro deve admitir que o cliente pode estar incapaz de sentir-se confortado com essa garantia.

Para o cliente com depressão, apenas o seu estado atual é real; a felicidade vivida no passado ou qualquer perspectiva de a viver no futuro são, apenas, ilusões. A transmissão de tranquilidade pelo enfermeiro é um modo de reconhecer a dor e o sofrimento do cliente, demonstrando receptividade nos sentimentos do cliente e reconhecendo que estes são genuínos. Esta intervenção do enfermeiro é a estrutura segura, que conduz o pensamento do cliente para além do presente, com esperança quanto ao amanhã, ajudando-o a perceber que os seus sentimentos de desânimo, vazio e de inutilidade são defesas que dificultam enfrentar e ultrapassar os problemas.

É importante que os profissionais de saúde promovam atitudes e comportamentos saudáveis quando estão perante uma população jovem e com clientes em que saúde mental pode estar seriamente comprometida. Os estilos de vida saudáveis são sempre de salutar quando cuidamos destes jovens, tal como a actividade física, como iremos demonstrar de seguida.

1.3. Actividade física como facilitador na relação

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, sem data) a actividade física e o desporto saudáveis são importantes e essenciais à saúde e ao bem-estar. Deste modo, a actividade física e o desporto são pilares para um estilo de vida saudável, lado a lado com uma alimentação equilibrada. Para a DGS, estes dois factores, entre outras vantagens, podem contribuir para uma redução do risco de doenças cardiovasculares, alguns cancros e diabetes tipo 2. Inclui e considera, ainda, que promove o bem estar psicológico, reduz o stresse, a ansiedade e a depressão. Para os adolescentes, a DGS alerta para a necessidade de 20 minutos adicionais de actividade física vigorosa, três vezes por semana, para melhorar e manter a saúde; acrescentando ainda que alguns estudos indicam os jogos de equipa como forma de promover a integração social e facilitador de desenvolvimento das capacidades sociais dos adolescentes.

A World Health Organization, define a actividade física como sendo “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo actividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em actividades de lazer” (WHO, 2016). Assim, podemos assumir que a actividade física evidencia uma vertente biológica e outra de âmbito mais sócio cultural.

Alguns autores, como Sallis & Owen, citado por Veloso (2005), consideram que a prática de actividade física pode melhorar a saúde psicológica dos jovens por intermédio da influência em variáveis como, entre

outras, o humor, a auto estima, podendo contribuir para a prevenção ou tratamento de problemáticas como a depressão e o suicídio nos adolescentes.

Matos (2005), considera a adolescência um período que engloba todo um processo de modificações biológicas, sociais, cognitivas e, também, contextos como a família, a escola, o grupo de pares, a comunidade, procurando deste modo oportunidades para o seu desenvolvimento. Esta autora refere, assim, a importância da actividade física como um contexto favorável à promoção e desenvolvimento de habilidades sociais e de comportamentos interpessoais adequados, aliados a um conjunto de sentimento de pertença a um grupo de referência, fundamental para a saúde psicológica e emocional dos adolescentes.

Machado (2015), na vertente biológica, refere também que a actividade física aumenta as monoaminas e endorfinas, através da maior actividade dos neurotransmissores, ativação moderada do sistema límbico e redução dos níveis de cortisol plasmático, promovendo a sensação de bem estar.

Podemos ver a prática da actividade física de uma perspectiva terapêutica, num grupo de adolescentes que apresenta dificuldades na relação com o outro, relacionando com uma intervenção de âmbito psicomotricista, cuja intervenção é indicada para as pessoas poderem evoluir melhor através do agir, da experimentação e do investimento corporal. Igualmente em situações em que é necessário reencontrar a possibilidade de comunicar e de organizar o pensamento, privilegiando, entre outras, a experiência ligada à interiorização da vivência relacional (Vidigal, 2005).

Segundo os autores Carter, Morris, Repper & Callaghan (2016), o exercício nos adolescentes com depressão tem aspectos que merecem ser valorizados, tais como: ser uma experiência válida e positiva, partilhada por pares que estão em situação semelhante, promovendo o respeito e compreensão pelo outro; a melhoria de sensação de bem-estar e aumento de auto estima; o estar distraído sem se focarem nos seus problemas; ter uma rotina e sentirem-se mais saudáveis. Estes autores também referem as mudanças sentidas pelos adolescentes, nomeadamente a melhoria do sono; o

aumento de energia depois das sessões de exercício; a motivação; a melhoria do humor; auto eficácia; a mudança de atitude perante o exercício, em que o inatingível se torna agradável e alcançado; a mudança no comportamento social, tornando-se mais sociáveis e simpáticos na comunidade escolar, amigos e família. Consideram que o enfermeiro de saúde mental está numa posição privilegiada para cuidar de adolescentes com depressão, sendo uma das intervenções a prática de exercício.

Pelo exposto, consideramos que, numa perspectiva de se avançar na intervenção de enfermagem em grupo, a actividade física/desporto possibilita, pela sua interdependência, uma variedade de relacionamentos entre os adolescentes, enquanto interagem uns com os outros, lidando com as suas preferências, semelhanças, antipatias, timidez e, por vezes, agressividade. O emergir de emoções ocorre num contexto de dinâmica do processo grupal, no qual, com uma liderança cuidadosa, os membros do grupo dão e é-lhes devolvido o significado e o efeito das várias interações ocorridas no momento. Neste âmbito, torna-se uma ferramenta ou habilidade para o enfermeiro, seja em que contexto da sua prática ou área de especialização for utilizada (Stuart & Laraia, 2001). Podemos então, considerar que a participação do enfermeiro na actividade física/desporto permite estabelecer com os adolescentes uma relação de confiança e cumplicidade. Estabelece uma relação onde o respeito pelo outro é uma das premissas desta actividade. É deste modo que o enfermeiro consegue ganhar espaço, para que a sua relação se torne terapêutica, promovendo o bem estar, incentivando a melhoria do humor, tornando a participação agradável, criando a harmonia no seu pensamento, para que o adolescente consiga expressar as sua emoções de forma gradual. A relação enfermeiro cliente torna-se mais enriquecida e fortalecida quando, nessa relação interpessoal, o cliente aprende e constrói o seu processo de maturidade numa fase de transição e mudanças profundas, que causam consequências no bem estar e saúde dos clientes. Neste sentido, a intervenção de enfermagem tem como fio condutor autoras de teorias que, dentro desta área, apresentam contributos significativos para a intervenção de enfermagem, no olhar e cuidar do adolescente com sintomatologia depressiva, e que seguidamente referimos.

2. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM PARA A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Neste capítulo estão as referências dos modelos teóricos de enfermagem que contribuíram para a fundamentação da intervenção de enfermagem.

2.1. Hildegard Peplau e a Relação Interpessoal

Peplau salienta a enfermagem como um processo interpessoal, através do qual o enfermeiro e o cliente podem alcançar um crescimento e desenvolvimento pessoais. Como tal, considera como elementos fundamentais, para a prática de enfermagem, o cliente, o enfermeiro, e os acontecimentos que ocorrem durante uma situação de cuidados. Define, por isso, a enfermagem como uma relação entre a pessoa que está doente, ou necessitada de cuidados de saúde, e um enfermeiro com formação especializada, com competências para saber reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Peplau, 1992).

Tomey & Alligood (2002), citando Peplau (1992), identifica dois pressupostos explícitos, que fundamentam a enfermagem psicodinâmica, sendo estes:

- O tipo de pessoa em que a enfermeira se torna, faz uma diferença substancial naquilo que cada doente irá aprender enquanto recebe os cuidados de enfermagem;

- alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem e do ensino de enfermagem. A enfermagem utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais (Peplau, 1992).

O grande contributo, fundamental, desta autora consiste em algo tão simples e, ao mesmo tempo, tão complexo como “profissionalizar” o que a enfermagem, de certa forma, já realiza quando interage, embora, na maioria das vezes, de forma intuitiva, com as pessoas que cuida e proporciona apoio.

Peplau, desta forma, analisa e pormenoriza estas interacções, hierarquizando as fases pelas quais se vai desenvolvendo a relação terapêutica - a fase de orientação, de identificação, de exploração e de resolução (Peplau, 1992), constituindo o Modelo das Relações Interpessoais.

Esta autora descreve da seguinte forma as fases da relação terapêutica: A fase de Orientação, em que o cliente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. Seguidamente, o enfermeiro identifica as necessidades do cliente, o qual, durante a interação, fornece pistas sobre o modo como está a vivenciar esta experiência, oferecendo ao enfermeiro a oportunidade de reconhecer as suas dificuldades na compreensão do seu problema. Posteriormente, o enfermeiro orienta o cliente segundo o seu problema e as implicações consequentes. É fundamental que o enfermeiro disponibilize tempo para o cliente e, do mesmo modo, esteja atento às necessidades deste, ainda que possam parecer pouco relevantes. Importante dado que a interacção com o adolescente requer técnicas de comunicação.

Na fase de Identificação, o cliente começa numa atitude selectiva em relação às pessoas que lhe vão oferecendo ajuda. Nesta fase, o enfermeiro, nas suas acções, pode conduzir o cliente a identificá-lo como uma figura familiar ou alguém importante nas suas lembranças, pois os adolescentes têm particularidades. O cliente pode agir de três formas: desenvolve um comportamento de carácter participativo e interdependente com o enfermeiro; procura isolar-se, adoptando uma atitude de independência em relação ao enfermeiro; ou, por outro lado, assume uma postura de desamparo e dependência em relação ao enfermeiro. Nesta fase, é essencial que o enfermeiro direcione os seus cuidados para uma aprendizagem construtiva, que ocorre quando o cliente se centra nos aspectos essenciais da situação e, mediante os seus próprios esforços, consegue desenvolver respostas independentes do enfermeiro.

A terceira fase, de Exploração, equivale ao máximo da relação para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O cliente usufrui dos cuidados que lhe são prestados e, no momento da recuperação, podem ocorrer conflitos entre o seu estado de dependência e interdependência. A actuação do

enfermeiro deve acompanhar e responder às necessidades do cliente, por forma a serem estabelecidas novas metas. Este cuidado de enfermagem é realizado no intuito de diminuir a identificação do cliente com a pessoa que lhe prestou ajuda. Perante o cliente adolescente, é importante respeitar as suas ambivalências.

A última fase, de Resolução, surge quando o cliente abandona os laços adquiridos. Esta autora acrescenta que, durante este processo, em que ocorrem as quatro fases, o enfermeiro assume vários papéis, no sentido de ajudar o cliente, direcionados ao desenvolvimento das suas necessidades, até que o cliente se sinta capaz de assumir uma relação independente do enfermeiro (Peplau, 1992). Para o adolescente, a despedida pode ser um momento muito difícil, é, por isso, importante que este momento seja preparado com alguma antecedência - é o final de um percurso e o reinício de outro.

Peplau vê a enfermagem como uma forma de interagir com o cliente, e, através desta relação, faz da doença uma oportunidade para o crescimento e desenvolvimento de ambos. Nesta perspectiva, o enfermeiro é como um instrumento, que garante as relações interpessoais positivas com os clientes (Neeb, 2000).

Consideramos que a relação do enfermeiro com o adolescente com depressão deve basear-se numa relação de pessoa para pessoa, sendo necessário, para este relacionamento interpessoal, que o enfermeiro esteja atento às suas próprias necessidades e consiga, dessa forma, desenvolver um processo de autoconhecimento. Na eventual ausência desse autoconhecimento, torna-se difícil interagir com o outro, ou seja, tornar-se um instrumento para conhecer e melhorar o relacionamento como o adolescente.

2.2. Afaf Meleis e os Processos de Transição

Para Afaf Meleis, a *Transição* é um dos conceitos fundamentais na disciplina de enfermagem. A relação enfermeiro/cliente acontece quando a vida do indivíduo sofre alterações, em que ocorrem frequentemente períodos de transição de instabilidade que podem ser precipitados por alterações na saúde ou por mudanças causadas pela doença. Estas mudanças podem produzir alterações profundas e significativas na vida das pessoas, respectivamente, tendo implicações importantes para o bem-estar e saúde (Meleis, 2010).

São os enfermeiros os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias, estas últimas a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e às suas exigências, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e, assim, favorecendo o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição, ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas (Meleis, 2010). Para esta autora, a transição é um fenómeno individual, em que a pessoa, para estar em transição, deve estar consciente das alterações que estão a acontecer. Por vezes, torna-se necessário remover obstáculos que impossibilitem a transição. A este período de transição podem ocorrer determinados padrões de resposta, tais como a desorientação, mudanças no autoconceito, angústia, ansiedade e depressão (Meleis, 2010). Desta forma, segundo Meleis, os processos de transição são a base estruturante dos cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM).

2.3. Betty Neuman e o Modelo de Sistemas

O modelo de Betty Neuman considera que todos os clientes são vistos como um todo, em que todas as partes estão em interação dinâmica, e que todas as variáveis, em simultâneo, afectam o sistema do cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Neuman acredita que a enfermagem respeita a totalidade da pessoa. Considera a enfermagem como a “profissão” única, por esta se relacionar com todas as variáveis que afectam a resposta da pessoa ao stresse. O cliente tem uma relação recíproca com o ambiente, por interagir com esse ambiente, adaptando-se ou adaptando-o a si (Tomey & Alligood, 2002). O adolescente tem a capacidade de se adaptar a actividades como a actividade física, mesmo que, durante o seu plano terapêutico, esta não seja uma das preferidas.

No seu Modelo de Sistemas, Neuman apresenta o conceito pessoa como cliente/sistema de cliente que pode ser indivíduo, família, grupo, *comunidade* ou *questão social*. O sistema de cliente está em constante mudança ou deslocação, é como um sistema aberto em interacção recíproca com o ambiente. Um dos principais conceitos do modelo de Neuman é a reconstituição, sendo este um estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo. Estão incluídos factores, stressores interpessoais, intrapessoais, extrapessoais e ambientais, interligados com as variáveis do sistema do cliente (fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual (Tomey & Alligood, 2002). É muitas vezes durante as actividades físicas que o adolescente pode experienciar o emergir de emoções e sentimentos expressados na sua forma verbal e não verbal, tais como o medo de falhar, o medo de ser apontado pelos outros, o ser aceite pelo seu par, a frustração de perder, ou sentir alegria, relaxamento e bem estar, partilhando com o grupo e o enfermeiro.

É com este enquadramento teórico que procuramos compreender a intervenção do enfermeiro perante a pessoa com doença mental, com um cliente adolescente que vive em sofrimento mental, possibilitando desta forma enriquecer e dignificar este trabalho, como veremos de seguida.

3. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo descrevemos as características dos contextos no percurso realizado na prática clínica, os critérios de inclusão dos participantes e as actividades desenvolvidas. Os dois contextos, Internamento e Comunitário, referem-se a instituições públicas localizadas na área de Lisboa. No processo de sofrimento mental, a presença de prestação de cuidados a pessoas com depressão, foi um critério fundamental para a escolha dos locais de estágio.

3.1. Os contextos da prática clínica

Os contextos seleccionados da prática clínica tiveram como critério características que permitissem contribuir para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em saúde mental. Assim passamos a descrever cada um deles.

No que diz respeito ao Internamento, trata-se de uma instituição da região de Lisboa, que surge com a responsabilidade de assegurar a prestação de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental a todos os cidadãos adultos, no âmbito da competência e capacidade das unidades que o integram, cumprindo as orientações de política de saúde mental a nível nacional e regional. O serviço de internamento de pessoas em situação de crise, encontra-se organizado em clínicas assistenciais, com programas específicos orientados por patologia. A escolha para o início do processo de aprendizagem no desenvolvimento de competências de especialista, recaiu sobre uma clínica de internamento que está ligada a pessoas com doença mental grave, particularmente quadros depressivos de várias tipologias. Foi possível constatar que, na sua maioria, o motivo que leva ao internamento ou reinternamento da pessoa com doença mental é o abandono da terapêutica, por motivos vários, tais como o desconhecimento da importância da terapêutica e dos respectivos efeitos secundários, esquecimentos, isolamento social, falta de apoio familiar, entre outros. Também incluímos a importância da família na vida da pessoa com doença mental, dado que a maioria destes clientes vivem em famílias desestruturadas, em que o suporte emocional é frágil e em que a

doença mental teve o seu início numa fase precoce das suas vidas, como por exemplo na adolescência.

Relativamente ao contexto Comunitário, foi seleccionada uma unidade de saúde com funcionamento em regime ambulatorio, constituída por uma equipa multidisciplinar incluindo médicos (psiquiatras e pedopsiquiatras), psicólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional e técnica de serviço social. Esta equipa tem como tipos de intervenção grupos terapêuticos, grupos de pais, terapias expressivas e intervenções familiares. Nesta unidade realiza-se o acompanhamento de jovens/adolescentes entre os 13 e 21 anos de idade, apresentando patologia relacionada com: 1) comportamentos da área do suicídio, 2) da perturbação do humor, 3) da ansiedade, 4) das perturbações da personalidade e mesmo quadros psicóticos e ainda 5) outras formas de comportamento que afectam o relacionamento interpessoal como o isolamento ou a recusa escolar. Refere-se que esta unidade de atendimento desenvolve uma intervenção com os jovens, realizada no exterior do hospital num espaço adequado à prática de actividade física/desporto, fazendo esta parte de uma das intervenções de enfermagem; está organizada de uma forma estruturada, através da prática de modalidades como o futebol, voleibol, basquetebol, trabalhando os aspectos lúdicos e os da competição saudável inerente ao desporto. Nesta actividade os adolescentes podem experienciar sentimentos de pertença ao grupo, confiança, interajuda como equipa, ou simplesmente estar e observar os seus pares.

É uma unidade onde, quotidianamente, os adolescentes beneficiam de reuniões de grupos terapêuticos e actividades onde a expressão do corpo reflecte o pensamento do *aqui* e *agora* e em que a maioria dos utentes recorre a linguagem não-verbal, para expressar as suas emoções; é prática comum, o convite à reflexão pessoal e interpessoal sobre emoções e sentimentos vivenciados e partilhados.

3.2. Objectivos

Os objectivos do trabalho prendem-se com a compreensão do processo da adolescência, em particular com a adolescência que apresenta perturbações relacionadas com sofrimento mental. Neste sentido os objectivos envolvem: 1) conhecer as manifestações de depressão na adolescência, 2) promover a expressão e a gestão de emoções do adolescente com depressão, 3) adquirir competências comunicacionais com adolescentes em situação de depressão e 4) saber lidar com o adolescente em crise com sintomatologia depressiva.

3.3. Participantes

No primeiro contexto da prática clínica (Internamento) os participantes são utentes com idades compreendidas entre os 17 e os 70 anos; pessoas com diagnósticos clínicos em que a dimensão afectiva constitui um factor basilar da doença, como sejam *depressão major* e *doença bipolar*, frequentemente com tentativas de suicídio.

Relativamente ao segundo contexto (Comunitário), os participantes são adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade que apresentam vários tipos de alterações do comportamento, em que a sintomatologia depressiva é predominante; na sua maioria, integram famílias desestruturadas por diversas razões, como sejam separações litigiosas, conflituosidade conjugal, suicídio parental, alcoolismo ou doença mental na família. Por vezes, são adolescentes com história de internamentos anteriores em pedopsiquiatria ou em que a procura de ajuda está relacionada com abandono escolar, isolamento familiar/social, tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos.

3.4. Apresentação e discussão das intervenções desenvolvidas

Nesta parte do relatório, encontram-se descritas as actividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio de prática clínica. Em contexto de internamento, foram realizadas três actividades psicoeducativas. Em contexto comunitário, foram realizadas actividades com dois momentos de observação e avaliação individual e do grupo. Simultaneamente, são apresentados e discutidos os resultados das intervenções de grupo que foram desenvolvidas durante a prática clínica, respeitando a ordem dos dois contextos - internamento e comunidade -, dando primazia às experiências vividas. Foram ainda utilizados alguns instrumentos de análise e reflexão, como formas de aprendizagem, tais como Jornais de Aprendizagem e Estudo de Caso. A realização destas actividades foi importante no conhecimento da pessoa com doença mental.

No contexto da prática clínica, foi possível participar nas reuniões clínicas do serviço, onde pudemos compreender e reflectir a repercussão da doença mental na pessoa, família e sociedade. Todos os momentos de contacto e interacção com estes clientes foram, na sua maioria, motivo de reflexão e autoconhecimento. Particpei nas actividades terapêuticas que se realizaram na unidade, nomeadamente, nos Grupos Familiares, Reuniões Familiares, nos Grupos Terapêuticos, na Musicoterapia, nas actividades com a técnica ocupacional e, por último, com a técnica de serviço social. Todas estas actividades foram importantes na promoção da relação que fui estabelecendo com os adolescentes.

As intervenções de grupo foram realizadas no âmbito psicoeducativo e psicoterapêutico, tendo em consideração a população a que se destinavam e os objetivos propostos. Como refere Stuart & Laraia (2001) o grupo é uma reunião de pessoas, que sustentam uma relação, interdependentes e capazes de partilhar normas. Utilizado como um palco, o grupo permite experimentar e definir relacionamentos e comportamentos. O poder do grupo está nas contribuições de cada membro e do líder, que concorrem para a sua finalidade compartilhada, englobando todo um conteúdo e processo, que encontra a

satisfação, quando a partilha das experiências serve para ajudar o outro membro.

Seguidamente irão estar anunciadas as actividades desenvolvidas durante a prática clínica, por ordem de importância, e que consideramos terem promovido o desenvolvimento e crescimento profissional, ético e pessoal.

3.4.1. Intervenção Psicoeducativa – “A Adesão Terapêutica”

No primeiro contexto, foram desenvolvidas intervenções psicoeducativas, realizando-se duas sessões abordando o tema “Adesão Terapêutica”, tendo sido os clientes no internamento e os seguidos em pós alta o público-alvo.

Para esta intervenção, foi elaborada uma sessão psicoeducativa (Apêndice 1). A sessão “Adesão Terapêutica” foi apresentado com auxílio de meios audiovisuais e recurso ao programa *Power Point* para a sua apresentação, promovendo uma comunicação eficaz, por forma a captar a atenção destas pessoas com doença mental, que deram o seu contributo para que a intervenção atingisse o seu objetivo (Apêndice 2). No final da sessão, foi aplicado um questionário para avaliar a sessão de psicoeducação. Foi utilizada uma escala tipo Likert (1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 - Bom; 4 - Excelente.) na avaliação dos seguintes aspectos: conhecimentos dos clientes; clareza dos objectivos, importância do tema e tempo disponibilizado; avaliação da formadora quanto a clareza e métodos utilizados para a apresentação do tema (Apêndice 3).

A apresentação do tema “Adesão Terapêutica” foi uma sessão que decorreu com boa participação dos doentes, sem ocorrência de interrupções prolongadas, quer da parte dos próprios doentes quer do serviço. Após a apresentação do tema, do seu objetivo e da equipa de enfermagem que estava presente, foi pedida a apresentação individual de cada participante, recorrendo ao auxílio de uma bola de espuma, que foi passando de mão em mão, após cada apresentação. Ao ser abordado este tema, deparei-me com uma

expectativa no sentido de perceber o que sentiam naquele momento os clientes/doentes, uma vez que estavam internados, e de que forma valorizariam ou não a terapêutica e o desempenho dos enfermeiros.

Para a apresentação, foi lhes pedido que verbalizassem o nome e perguntado o que estavam a sentir naquele momento, sendo as seguintes respostas dadas numa só palavra, em que “P” designa o participante, seguido de um número para o diferenciar:

(P1): “*melhoria*”; (P2): “*vontade de ir para casa*”; (P3): “*vazio*”; (P4): “*sem palavras*”; (P5): “*ir para casa e trabalhar*”; (P6): “*agradecido*”; (P7): “*nada*”; (P8): “*obrigado pelos profissionais que nos tratam bem*”; (P9): “*fico melhorado*”; (P10) “*tratam-me bem*”; (P11): “*não sei*”; (P12): “*bem*”; (P13): “*estou bem é em minha casa*”; (P14): “*tristeza*”; (P15): “*não devia estar aqui*”.

Identificamos a presença de dimensões, para descrever o que sentiam naquele momento, como: apatia face à sua situação clínica (P3, P4, P7, P11, P14); atitude de recusa (P2, P5, P13, P15); melhoria dos sintomas (P1, P9, P12); situação de conforto (P6, P8, P10). Podemos, desta forma, resumir que a maioria dos clientes demonstra uma apatia face à sua situação clínica, situação que consideramos relevante compreender.

Quando questionados quanto às suas crenças em relação à medicação, os clientes apenas conseguem responder por escrito, preferindo o silêncio. Face a este silêncio, optou-se pela obtenção das respostas escritas em papel, como única forma encontrada para os doentes se conseguirem expressar, promovendo-lhes a possibilidade de reflectir sobre os motivos que os levaram a não cumprir a medicação. As opiniões destes clientes foram dadas de forma autêntica e sincera. Ficámos com dúvidas se o receio de se expressarem de forma oral estaria relacionado com a presença dos profissionais de saúde ou, eventualmente, com o não entendimento da questão.

De seguida, estão descritos alguns desses registos em que foi respeitada a escrita dos participantes:

P2 - *“Sento muito sonolência muito moleza só me dá para deitar a doutor teresa disse ás enfermeiras que não insistissem comigo em me me medicar continuam na mesma.”*

P8 - *“As minhas crenças”, são muito pessoais e vou tentar de forma “curta” as expressar aqui! Acho que dão poucas oportunidades (no período do internamento) às pessoas de se expressarem SEM MEDICAÇÃO. Respeito o vosso trabalho, sempre o respeitei, e cada vez mais o aprecio e entendo!!”*

P16 - *“ A medicação serve para curar e/ou aliviar sintomas. É uma terapêutica orientada para o bem estar do paciente.”*

Num total de dezanove respostas, quinze referem a medicação como algo que faz bem, que os ajuda a melhorar; um não gosta; um dos participantes não responde de forma directa, e dois mencionam os efeitos secundários indesejáveis. Podemos, assim, resumir que, nesta população, as opiniões dividem-se entre aspectos positivos e negativos, embora os participantes, na sua maioria, acreditem na importância da medicação para a melhoria.

Relativamente ao questionário de avaliação da sessão psicoeducativa “A Adesão Terapêutica”, obteve-se um total de 15 respostas, sendo que 10 participantes responderam a todas as questões e 5 não responderam a todas as questões. Neste questionário foram abordados 4 itens. De seguida, são destacados os resultados com um maior número de respostas:

- conhecimentos (antes da participação): 5 participantes consideraram ‘suficiente’;
- conteúdos: 5 consideraram ‘excelente’ quanto à importância; 6 consideraram ‘excelente’ quanto à clareza dos objectivos; 5 consideram ‘excelente’ a duração;
- formadora: 5 consideram ‘excelente’ a clareza da apresentação; 5 consideram ‘bom’ a adequação dos métodos utilizados;
- expectativa: a maioria divide-se, com 4 respostas, entre ‘excelente’ e ‘bom’ quanto à utilidade da sessão.

Podemos então concluir que estes participantes, para além de possuírem um conhecimento da existência de medicação e, inclusive, a sua totalidade estar medicada, consideraram ter conhecimentos suficientes antes da intervenção, avaliando, no entanto, o conteúdo da sessão 'excelente'. Aspectos como o conteúdo, clareza dos objectivos, duração, forma da apresentação, adequação dos métodos utilizados e expectativa foram, igualmente, classificados, pelos participantes, de forma positiva. Desta forma, estes resultados permitem aos profissionais de saúde desenvolver as competências relacionais e comunicacionais no âmbito da psicoeducação. Resumidamente, consideramos que, a sessão psicoeducativa "A adesão terapêutica", dirigida a este tipo de clientes, torna-se uma mais valia para o *insight* da própria doença mental, para a importância da terapêutica e para a necessidade de a cumprir para evitar as recaídas e os reinternamentos. Proporcionar um espaço onde os clientes se sintam valorizados e escutados, diminui o sentimento de estigma da doença mental. Poder falar ou escrever sobre as emoções, é um ato que lhes permite expressarem-se, sabendo que outros estão a escutar e compreender, ao mesmo tempo que (re)aprendem a ouvir e respeitar o outro. Pelos benefícios demonstrados anteriormente, concluo que uma intervenção como esta deveria estar integrada no serviço, nas actividades autónomas dos enfermeiros, planeada para ser realizada quinzenalmente.

No entanto, também importa aqui mencionar aspectos a melhorar, nomeadamente em relação ao tempo e à quantidade destinados à informação expositiva, bem como o local para a apresentação, que deve ser mais pequeno e com melhor capacidade de insonorização de ruídos exteriores. Outro aspecto a considerar, é uma preparação com mais recursos materiais, como folhas e canetas, no caso de estarem mais pessoas presentes do que as esperadas, bem como objectos para exemplificar ou demonstrar como, por exemplo, a caixa da medicação diária. Confrontar esta realidade, ou seja, pessoas com doença mental que acreditam na sua melhoria, na ajuda dos profissionais de saúde, e partilhar este momento foi muito especial para mim. Permitindo-nos, não só, uma reflexão e conhecimento sobre a pessoa com doença mental e como a doença afeta o seu dia-a-dia e da família, mas também compreender de que forma poderemos contribuir para uma melhor qualidade de vida destas

peessoas. A oportunidade de desempenhar estas intervenções foi gratificante pela possibilidade de poder ajudar estes clientes, uma vez que é um tema que está severamente relacionado com os reinternamentos destes clientes (Apêndice 4). Planeámos uma apresentação do tema “A Adesão Terapêutica” ao grupo pós alta, que resultou num momento mais restrito e, de certa forma, mais íntimo por ser um grupo pequeno, de três clientes. É de referir que estava previsto um grupo de nove participantes que, por circunstâncias pessoais, não puderam comparecer.

3.4.2. Reunião com o “Grupo Famílias”

Trata-se de um grupo que se reúne quinzenalmente com os familiares de vários utentes após alta. Este grupo funciona como um grupo de inter-ajuda no esclarecimento de dúvidas e aconselhamento relacionados com a terapêutica e a doença. Nesta intervenção é definida a importância de elaborar um folheto com a intenção de ajudar familiares e amigos a cuidar do seu familiar doente.

Esta intervenção é possível através do desempenho profissional dos técnicos de saúde e cimentada pela perseverança e vontade de uma equipa multidisciplinar, em que a integração de projectos piloto são uma mais-valia para a excelência no cuidar da pessoa com doença mental e família. Este grupo tem como principal motivo ser um grupo de interajuda, em que familiares de clientes com doença mental encontram um espaço onde podem partilhar as dificuldades sentidas no cuidar do seu familiar e, ao mesmo tempo, serem aconselhados pelos outros elementos do grupo. A elaboração do folheto “Cognição” surge para possibilitar o acesso à literatura de uma forma resumida, como o conceito, ao modo como interfere no dia a dia do seu familiar, assim como acesso a linhas orientadoras para ajudar nos aspectos mais afectados pela doença mental, como as dificuldades cognitivas. O folheto também salienta a importância para a prevenção de crises. Após a avaliação por enfermeiro orientador, enfermeiro chefe e professor orientador, o folheto foi

apresentado ao grupo de familiares presentes, de forma a esclarecer dúvidas e em simultâneo receber o *feedback*, o qual foi positivo (Apêndice 5).

3.4.3. Reunião Comunitária

Esta reunião não é realizada frequentemente, deste modo, tivemos a oportunidade de participar em duas reuniões, partilhando em simultâneo as funções inerentes a esta actividade em conjunto com a enfermeira orientadora de estágio (Apêndice 6).

A reunião comunitária surge na necessidade de criar um espaço de partilha e proximidade entre os clientes e a equipa técnica, em que se procura realizar a planificação de actividades semanais propostas pelos clientes, bem como melhorar aspectos que dificultam o bem estar.

Durante a reunião, constatámos que os utentes valorizam este tipo de intervenção, participando através de sugestões para melhorar as condições do serviço. Verbalizam diversas questões, tais como os horários da ceia, referindo, nomeadamente, a obrigatoriedade desta e a conseqüente impossibilidade de se deitarem mais cedo; a qualidade do vestuário disponibilizado após os cuidados de higiene e a possibilidade, como forma terapêutica, da existência de períodos de saída à rua.

Ter sido uma primeira experiência neste tipo de intervenção, revelou-se um desafio, que, no entanto, se transformou num momento de partilha, entre os elementos presentes, na busca de respostas às necessidades mencionadas pelos clientes.

3.4.4. A actividade física / desporto

A prática desta actividade permite benefícios quer em relação aos níveis físicos quer aos psicológicos e de socialização, permitindo, deste modo, uma mais valia na promoção do Autocontrolo da Depressão.

Durante estas actividades, os adolescentes praticam corrida e marcha para o aquecimento e desenvolvem jogos coletivos, utilizando a bola, como o basquetebol, o futebol e o voleibol. É uma actividade em que existe o cumprimento de algumas regras da modalidade, tal como o uso de roupa e calçado adequado, mas sendo principalmente dada uma maior relevância à participação de todos, ao divertimento, em que o respeito pelo outro é a base desta intervenção. No fim da actividade, todos os participantes partilham o respectivo balneário para tomar o duche. Para estes adolescentes, esta intervenção faz parte do plano terapêutico que estabeleceram com a equipa da unidade. Esta actividade tem início de manhã, uma vez por semana, das 9h00 às 11h00. Deve ser realizada com roupa e calçado adequados para a prática desportiva. Inicia-se com um aquecimento, onde estão incluídas a corrida e/ou a marcha, incentivando sempre os que não gostam de correr. Logo de seguida, é realizada uma das modalidades com bola, situação em que, na maioria dos casos, a escolha parte dos adolescentes. Os jogos são coletivos, constituindo-se duas equipas adversárias, e, de igual modo, demonstrativos de uma interajuda e empenho na vitória, factores notórios ao longo deste estágio.

Para avaliar esta actividade, foi realizado um Questionário e uma Grelha de Observação do Grupo, recorrendo a indicadores de resultado da NOC aplicados aos adolescentes após um mês da admissão na unidade, os quais poderemos observar numa apresentação posterior. De acordo com o enfermeiro orientador, este é o tempo em que o emergir das emoções dos adolescentes começa a tomar forma no plano terapêutico de cada um deles.

Relembro que, para estes adolescentes, o isolamento e o abandono escolar são uma realidade, logo, a prática de actividades físicas nestas idades é inexistente. Como tal, são várias as manifestações verbais da não vontade em realizar a actividade, de não querer estar fisicamente ativo.

Assim, indo ao encontro dos objetivos propostos inicialmente, tais como: conhecer as manifestações de depressão na adolescência, promover a expressão das emoções do adolescente com depressão, adquirir competências comunicacionais com adolescentes em situação depressiva, e numa perspectiva de ajudar estes adolescentes no seu autoconhecimento na gestão das suas emoções e na socialização com os seus pares, é aplicado um questionário para a promoção do “Autocontrolo da Depressão”, baseado na NOC, como está descrito no Planeamento da Intervenção (Apêndice 7).

A actividade física/desporto foi uma das actividades realizada com adolescentes da unidade, desde a sua admissão até à data do preenchimento do questionário. O questionário foi entregue e respondido no mesmo dia, 11 de Fevereiro de 2016, após a prática da actividade. Este grupo tinha inicialmente 8 elementos, no entanto, ao longo do tempo, ocorreram alterações na vida dos adolescentes, em que as ausências na unidade eram frequentes; por este motivo, o número de adolescentes que responderam ao questionário foi inferior. Assim o total é de 6 adolescentes. O questionário é baseado em indicadores de resultado da NOC, para Autocontrolo da Depressão, em que a avaliação é feita através de uma escala tipo Likert (1 – Não é verdade; 2 – Possível; 3 – É verdade; 4 – É muito verdade.). Esta está adaptada a uma linguagem mais clara e facilmente compreendida pelos adolescentes, de modo a não existirem respostas nulas (Apêndice 8). A avaliação da intervenção está apresentada no Apêndice 9.

De uma forma resumida, podemos salientar que os adolescentes partilharam que nos dias de actividade física/desporto: 1) dormem melhor, 2) a maioria dos adolescentes responde que não se sente tristes, 3) sentir alegria é possível ou mesmo muito verdade, 4) sentir ansiedade também é possível ou mesmo uma verdade, 5) que não é verdade que sentem falta de interesse e 6) a maioria dos adolescentes considera que é verdade que a sua participação foi boa e agradável.

Para ajudar a compreender a eficácia desta intervenção com os adolescentes no Autocontrolo da Depressão, foi desenvolvida uma Grelha de Observação do Grupo, baseada em indicadores de resultado NOC. Assim,

passamos a descrever de forma resumida, a observação do grupo em duas intervenções distintas, nos dias 25 e 27 de Janeiro de 2016 (Apêndice 10).

Da observação, salienta-se que: 1) em relação à Participação em Actividades Agradáveis, “demonstraram frequentemente”, entusiasmo quer pela observação no verbal como pelo não-verbal, 2) em relação à Monitorização da Capacidade de Concentração, “demonstraram frequentemente” concentração e empenho, 3) em relação aos Estados de Humor - triste, alegre, ansioso e sem interesse: foi observado nos adolescentes, pelo não-verbal, a demonstração frequente de estar alegre e com interesse, 4) nos adolescentes que não realizaram a actividade, observou-se, pelo não-verbal, que demonstravam por vezes, tristeza; no entanto, ao longo do tempo, foram demonstrando frequentemente alegria.

Relativamente à segunda intervenção, a observação dos adolescentes durante a Actividade física/desporto foi semelhante à anterior. Saliento que, na observação do Estado de Humor, em que todos os adolescentes presentes realizaram a actividade, foi possível observar, frequentemente, pelo não-verbal, estar alegre e com interesse.

Em resumo e no que respeita à avaliação da actividade física/desporto, verifica-se ser é uma abordagem que, pela sua interdependência, possibilita aos outros membros uma variedade de relacionamentos, enquanto interagem uns com os outros, lidando com as suas preferências, semelhanças, antipatias, timidez e agressividade e permitindo também o contato físico. A consequente emergência de emoções, ocorre no contexto de dinâmica do processo grupal, no qual, com uma liderança cuidadosa, levada a cabo pelo enfermeiro, os elementos do grupo dão e é-lhes devolvido o significado e o efeito das várias interações ocorridas no momento. O trabalho em grupo torna-se uma ferramenta ou habilidade para o enfermeiro, seja em que contexto da sua prática ou área de especialização (Stuart & Laraia, 2001). Desta forma, consideramos que, para o enfermeiro especialista em saúde mental, estar com o grupo nesta actividade é um momento de observação da melhoria dos adolescentes, quer pela naturalidade com que vão demonstrando os seus movimentos, quer pela manifestação do sentir pelo verbal e pelo não-verbal.

Participar nesta intervenção de enfermagem foi gratificante, por observar a forma como a relação enfermeiro/adolescentes se foi construindo na confiança, respeito e cumplicidade, pela autenticidade demonstrada pelos intervenientes num ambiente diferente, mas parecendo ser mais ajustado e adequado a estes clientes.

Segundo Rogers, citado por Chalifour (2008), “Quanto mais o cliente vê no terapeuta um ser verdadeiro ou autêntico, empático e que o respeita incondicionalmente, mais ele se distanciará de um modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal e se dirigirá para um funcionamento marcado por uma experiência fluida, transformadora e plenamente aceitante de sentimentos pessoais cambiantes” (p. 10). E é nesta intervenção - em que tudo parece voltar ao estilo de vida destes clientes, outrora vividos, voltando a ser (re)experienciados num ambiente terapêutico – que a realização destas actividades permitiram o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em saúde mental.

3.5. Jornais de Aprendizagem e Estudo Caso

Os Jornais de Aprendizagem foram elaborados com base no *Ciclo Reflexivo de Gibbs* (1988), citado no documento orientador do Mestrado, em que são propostas seis etapas, que, ao sugerirem questões, promovem uma reflexão sistematizada e completa da experiência vivida. O *Ciclo Reflexivo de Gibbs* é constituído pelas seguintes etapas: a descrição do que aconteceu - incluindo pensamentos e emoções que senti naquele momento, ou interacção; o que avalio como bom e mau naquela experiência; análise - que sentido(s) posso encontrar no que se passou?; como conclusão, refletir no que fiz ou não fiz e poderia ter feito e como planeio a minha próxima intervenção de forma a contribuir para a melhoria e desenvolvimento profissional. Foi facilitador para o autoconhecimento e reflexões constantes, contribuindo decisivamente para uma melhoria do meu desempenho.

Os Jornais de Aprendizagem descrevem situações vivenciadas durante a prática clínica, falam da relação enfermeiro/cliente, de aspectos emocionais

sentidos por mim, de vivências no grupo e das dificuldades sentidas que foram surgindo, e proporcionaram formas de autoaprendizagem e autoconhecimento.

Realizados ao longo deste percurso, refiro, como exemplo, um para cada contexto (Apêndices 11).

O Estudo de Caso, segundo Gomez, Flores & Jiménez (1999), citado no documento orientador do mestrado, baseia-se “no raciocínio indutivo, facilita a compreensão do fenómeno que se está a estudar. Pode dar lugar à descoberta do investigador de novos significados, ampliar a experiência ou confirmar o que se sabe” (p. 98).

A realização deste Estudo de Caso teve como objetivo a compreensão do estado de saúde/doença de uma cliente adolescente que apresentava sintomatologia depressiva, elaborando um plano de cuidados individualizado (Apêndice 12).

Neste sentido, a colheita de dados foi sendo feita através da participação em reuniões familiares, da pesquisa no processo clínico da cliente, e numa breve entrevista semi-estruturada com a cliente para poder construir o genograma ecomapa. A entrevista foi informal, com perguntas muito dirigidas para a elaboração do ecomapa. Este Estudo de Caso trata uma cliente, adolescente, estudante, solteira, que vive com a sua família nuclear numa cidade do norte do país. Actualmente, e temporariamente, está a residir em casa de familiares, com a sua mãe, numa cidade perto da unidade de saúde onde está integrada. O seu pai faleceu quando tinha 8 anos (suicídio). S. teve uma infância vivida no seio familiar; no entanto, ao longo do seu crescimento foi apresentando um comportamento mais isolado, com poucos amigos, em que a relação com a sua mãe e irmão se tornou cada vez mais difícil. Aos 14 anos, inicia comportamento autolesivo. Aos 16 anos, tem crises de ansiedade, iniciando consumo de canabinóides. Aos 18 anos, as crises de ansiedade tornam-se mais graves. S. faz a primeira de quatro tentativas de suicídio. S. apresentava um quadro de impulsividade, ansiedade, tristeza, desesperança, sentimentos de culpabilidade e anedonia.

A proximidade com esta adolescente, originou em mim sentimentos de empatia e, de certa forma, algum receio no modo de lidar com a crise, sempre que esta se manifestava, em virtude da minha falta de experiência em situações deste género. Contudo, a realização desta actividade permitiu compreender de que forma a doença mental pode interferir nas várias dimensões da vida de uma adolescente, levando-a ao isolamento, afastando-a, da família, dos amigos e sociedade.

Salientamos que estas duas actividades foram instrumentos de análise e reflexão importantes para o projecto de aprendizagem.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De seguida, estará descrito o processo de desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, relacionado com as intervenções realizadas e desenvolvidas ao longo da prática clínica, em ambos contextos.

4.1. Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

Durante todo percurso como enfermeira, procurámos traçar um caminho no sentido de adquirir novas competências, bem como melhorar as adquiridas. Este caminho, tem como objetivo principal melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença mental, integrada na sua família e na comunidade.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, para além das pessoas com doença ou perturbação mental diagnosticável, outras têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, isto é, que não preenchem os critérios de diagnóstico para a evidência de uma perturbação psiquiátrica, mas também estão em sofrimento, e, como tal, devem beneficiar de intervenções.

Como enfermeira que desempenha as suas funções nos Cuidados de Saúde Primários, esta constatação torna-se uma preocupação pessoal, uma vez que são as Unidades de Saúde na comunidade a primeira procura de cuidados do indivíduo/família.

Sustentado pela fundamentação teórica - considerada como um excelente instrumento para explicar e predizer, permitindo dar forma às perguntas, estabelecer ligações entre causa e efeito entre os acontecimentos – a realização deste projecto possibilitou, desta forma, atingir o “saber” (Benner, 2001). Assim como a sua operacionalização permitiu o início do desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Consideramos que o enfermeiro especialista em saúde mental compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do indivíduo, assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada por factores contextuais. Deste modo, as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde, quando cuidados por um enfermeiro especialista.

Importa também referir que o Enfermeiro Especialista foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, causadoras de sofrimento, alteração ou doença mental (*Regulamento n.º 129/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*).

Como constam em *Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*, são quatro as competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental, estas são uma orientação precisa para o desenvolvimento formativo e da prática de enfermagem do Enfermeiro Especialista na Área da Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, a realização de várias actividades, ao longo destes estágios, permitiu-nos desenvolver estas competências.

O estágio de internamento de agudos permitiu desenvolver as competências de âmbito psicoeducacional, onde a promoção à adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental foi realizada através de sessões psicoeducativas. O tema “Adesão Terapêutica” foi desenvolvido com os clientes que estavam internados e clientes com doença mental que se encontravam no seu meio familiar, social e comunidade, participando e contribuindo na contínua reabilitação psicossocial.

Durante este estágio, tivemos a oportunidade de poder participar em reuniões familiares, grupos em quais algum membro familiar tem uma doença mental grave. Foi neste âmbito que também foi possível desenvolver esta competência, ajudando esses familiares com a elaboração do folheto

“Cognição”, assim como incentivando a organização de grupo de ajuda entre os familiares.

O estágio na comunidade, em que a população alvo são adolescentes, permitiu desenvolver competências através da realização do estudo caso, pela identificação dos problemas do cliente, e as necessidades da pessoa e família, em que, pela observação atenta e participação em actividades terapêuticas realizadas na equipa, possibilitaram este processo. Foram valorizados indicadores sensíveis aos cuidados de saúde, permitindo a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

Durante o estágio, na comunidade, foi possível desenvolver competências em que a participação na intervenção de enfermagem/actividade física/desporto tinha como foco a promoção da saúde, proteção da saúde e prevenção da perturbação mental. A esta actividade, devemos acrescentar a mobilização de capacidades comunicacionais, sensibilidade e observação do comportamento pela aplicação de um questionário, baseado nos indicadores de resultado NOC no Autocontrolo da Depressão, cuja avaliação dos dados permitiu avaliar os benefícios da actividade nos adolescentes em sofrimento mental com sintomatologia depressiva.

Relativamente à competência que se refere à capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, que consideramos fundamental, teve o seu desenvolvimento e consolidação nos dois contextos clínicos, tornando-se uma base estruturante para todo o desempenho como Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, do qual é esperado a humanização dos cuidados prestados ao mais alto nível. O desenvolvimento desta competência é essencial quando cuidamos da pessoa com doença mental ou perturbação, seja ela pessoa adulta, adolescente ou criança. Esta competência é aquela que permite estar em relação terapêutica com o cliente. Assim, ao longo desta prática clínica, as reflexões sobre intervenções realizadas e experiências emocionais vivenciadas no *aqui* e *agora* permitiram ter consciência de nós próprios, e inteirar-nos de que forma poderiam

influenciar a relação com o cliente. Acrescentamos também, que a supervisão teve um papel preponderante no desenvolvimento desta competência.

Estagiar neste serviço permitiu um melhor conhecimento da pessoa com doença mental bem como das relações familiares, sociais e laboral, com impacto na compreensão do ser humano com este tipo de doença. Deparamo-nos com várias situações na relação enfermeiro/cliente, em que se constatou que a consciência de *si mesmo*, enquanto pessoa e enfermeiro, é crucial para o desempenho de uma intervenção de enfermagem digna e humana, conduzindo a reflexões ao longo deste contexto. Estas reflexões, levaram ao autoconhecimento, remetendo para a procura de estratégias para ajudar a população em estudo. O *olhar* e o *cuidar* do enfermeiro em saúde mental tornaram-nos melhor pessoa para o desempenho das funções como profissional de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste percurso profissional, pela experiência e pelos conhecimentos teóricos que fomos adquirindo, estamos conscientes de que o ser humano, inserido no seio familiar, e como refere Fleming (2010), é o produto de toda uma aprendizagem emocional e social que foi construindo ao longo de seu desenvolvimento, passando pelas várias etapas da vida, em que a presença ou não de factores protectores, como a relação com os progenitores, podem influenciar o desencadear de toda uma perturbação mental e, conseqüentemente, o adoecer físico e mental.

A experiência profissional é uma mais valia que vamos construindo ao longo do nosso percurso profissional. Assim como a maturidade pessoal e profissional nos faz despertar, tomar consciência de novas realidades, que como enfermeiros, temos que enfrentar no dia a dia, também nos impele para a procura de estratégias eficazes que nos permitam ultrapassar esses obstáculos e resolver problemas reais. É também neste processo de aprendizagem que, através da auto reflexão, conseguimos ter conhecimento de nós mesmos enquanto pessoas e profissionais.

Ser enfermeira na área dos Cuidados de Saúde Primários permite-nos ter a noção de que, frequentemente, somos a primeira linha no contacto com os adolescentes ou seus familiares na procura de cuidados de saúde, estando, deste modo, na linha da frente quanto à promoção da saúde mental. Como pudemos constatar pelos dados epidemiológicos, é fundamental actuar na prevenção da doença mental de forma precoce e atempada, minimizando conseqüências na vida das pessoas – adulta e adolescente - a curto e longo prazo, para além do impacto que tem nos custos de saúde.

Compreender e lidar com adolescentes pode ser uma tarefa desafiante. É também importante compreender que a depressão na adolescência pode ser vivenciada de uma forma quase silenciosa. Assim, torna-se emergente a sua deteção e encaminhamento, pois, desta forma, podemos evitar conseqüências graves, tais como comportamentos autolesivos ou o suicídio. Para tal, é importante que os profissionais de saúde, que cuidam adolescentes ou pais de

adolescentes, sejam conhecedores das particularidades desta fase do desenvolvimento humano e estejam munidos de instrumentos que permitam um desempenho profissional, atento e humanizado, em que o olhar e o cuidar profissional são vectores que transmitem respeito e compreensão, ajudando-os a viver a sua adolescência, no seu autoconhecimento, convidando-os a traçar o seu percurso para a autonomia, lado a lado com a família e a comunidade social que integram.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica é um dos profissionais que detém um conjunto de competências pessoais, profissionais e éticas, que permitem contribuir para uma melhor percepção do adolescente depressivo, sendo ainda possível a transmissão destes mesmos conhecimentos aos outros profissionais de saúde. São exemplo disso o trabalhar em equipa para minimizar consequências imediatas ou tardias para a saúde e vida dos adolescentes, ajudando-os a expressar as emoções e sentimentos através de actividades que permitam viver momentos de socialização com os seus pares, tal como a actividade física/desporto, relembando estilos de vida saudáveis que, de uma forma comprovada, ajudam na melhoria do humor, no sono, e na capacidade de concentração. Deste modo, ao considerar como uma intervenção de enfermagem a prática da actividade física/desporto com os adolescentes com sintomatologia depressiva, ficámos com a convicção de que esta actividade é um mediador relevante para a relação terapêutica e melhoria da condição de saúde dos adolescentes. Participar nesta actividade foi um desafio, num percurso onde o *ser* e *estar* do enfermeiro e adolescentes funcionam como motores que geram a energia para a confiança, segurança e autoestima nos adolescentes que, por alguma razão, adoptaram hábitos ou comportamentos que lhes dificultaram o processo de autonomia. Todos os momentos de contacto com os adolescentes foram oportunidades para motivá-los na sua melhoria, convidando-os a serem os principais intervenientes nos seus planos terapêuticos.

A realização deste trabalho permitiu adquirir conhecimentos sobre um tema que consideramos ser uma lacuna na área de intervenção de enfermagem - a abordagem e conhecimento sobre a depressão nesta etapa de

vida do ser humano, a adolescência. Igualmente, possibilitou perceber de que forma o Enfermeiro Especialista pode ser um dos profissionais privilegiados para cuidar de adolescentes com depressão ou outras patologias, através da prática de exercício, contribuindo para a melhoria da condição de saúde dos seus clientes.

Reconhecemos que, dadas as circunstâncias de cada contexto clínico, existiram algumas limitações neste projecto, nomeadamente a utilização de técnicas expressivas - como a modelagem, o trabalho com barro, o desenho e a pintura – como método para promover a expressão das emoções, a participação mais activa nos grupos terapêuticos com adolescentes e as oportunidades de abordagem ao adolescente em situações de agudização dos sintomas durante o internamento.

A possibilidade de poder desempenhar funções, como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, com adolescentes, nomeadamente na área da saúde escolar, ou num atendimento personalizado e individualizado dirigido aos adolescentes, com intervenções de âmbito psicoeducativo, esclarecimento de dúvidas e ajuda nas situações que levam os adolescentes a procurar um profissional de saúde, são algumas das nossas perspectivas futuras. Destacamos ainda a possibilidade de articular com equipas de psiquiatria na comunidade, especificamente em projectos que cuidam os filhos de pais com doença mental, no sentido de promover a saúde mental.

Desta forma, consideramos que os objetivos propostos foram, de uma maneira geral, atingidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2015). *Quando a mente adoeece- Uma introdução à psiquiatria e à saúde mental*. Príncipe Editora, Lda. 1ª edição. Setembro. Cascais.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coleção Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Braconnier, A.; Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.
- Carter, T., Morres, I. & Callaghan, P. (2016). *Exercise for Adolescents with depression: valued aspects and perceived change*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2016, 23, 37-44). Consultado em 20 de junho de 2016. Cedido pela FMH de Lisboa.
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - *História*. Acedido em 25/03/2016. Disponível em: http://www.chpl.pt/artigos/chpl/historia_pt_211.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência: O Triunfo do Pensamento e a Descoberta do Amor*. Climepsi Editores, 2002.
- Coimbra de Matos, A. (2014). *A depressão*. Climepsi Editores, 2014.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencialistas-Humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta-Soc. Port. De Material Didático, Lda.
- Dias, C. A.; Vicente, T. N. (1984). *A depressão na adolescência*. Edições Afrontamento. 1984.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.
Regulamento n.º 129/2011 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Acedido em julho de 2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf.

DGS - Programa Nacional para a Saúde Mental. *Portugal- Saúde Mental em Números – 2013*. Acedido em julho de 2015: Disponível em:

<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>.

Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes- Um Desafio para Pais e Educadores*. 6ª Edição. Editorial Presença, Lisboa, 2002.

Fleming, M. (2010). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia do Adolescente*. 2º Edição. Edições Afrontamento. Porto.

Matos, M.G.&Veloso.S. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Edição Faculdade de Motricidade Humana. Abril. 2005.

Matos, G. M. (2008). *Consumo de substâncias: estilo de vida? à procura de um estilo?*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Acedido em julho de 2015: Disponível em:

http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/116/Monografia.pdf

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. LLC.

Marcelli, D. (2000). *Estados depressivos na adolescência*. Climespsi Editores. 1º Edição, Lisboa.

Machado, M. C. (2015). *Adolescentes*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.

Moorhead, S. *et al* (2010). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.

Peplau. H.E. (1992). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson. Salvat Enfermería. Barcelona.

Pio Abreu, J.L. (2002). *Como Tornar-se Doente Mental*. Quarteto Editora. 11ª Edição. Dezembro. Coimbra.

Recomendações para a Prática Clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. (2009). Acedido em 26/03/2016. Disponível em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i015903%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i015903%20(2).pdf).

Salgueiro, E. (1994). *A Saúde Mental na Infância e na Adolescência*. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. nº 7, 49-65.

Santos, M.C. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – identificar, Avaliar e Intervir*. Edições Silabo, Lda.

Sequeira, C., Sá. L. , (2010). *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II congresso Internacional da SPESM*. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Stuart, G., W., Laraia, M., T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica- Princípios e Prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Tomey, M. A., Alligood.R. M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupo de Crianças e Adolescentes*. 1ª edição. Trilhos Editora.

Veloso. (2005). *Actividade física e saúde na infância e adolescência*. Capítulo 1. Acedido em 12/01/2016. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/Adolescentes.pdf>,

World Health Organization (2016). *Physical Activity*. Acedido em 25/03/2016.

Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO “A ADESÃO TERAPÊUTICA”

SESSÃO PSICOEDUCAÇÃO: ADESÃO TERAPÊUTICA

Contextualização

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), citado em “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, Unidade de S. Rafael, definiu adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta, e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde.

Verifica-se que na sua maioria o motivo que leva ao internamento ou reinternamento da pessoa com doença mental é a não adesão terapêutica, por motivos vários, o desconhecimento da importância da terapêutica, o desconhecimento dos efeitos secundários, esquecimentos, custo da própria medicação, o isolamento social, falta de apoio familiar, entre outros.

É através da aprendizagem de informação sobre a doença mental, e o seu tratamento, desenvolvimento de competências para minimizar as recaídas, para lidar com o stresse, capacitando-as para gerir a sua doença, indo ao encontro dos seus objetivos de recuperação assumindo desta forma a responsabilidade de direccionar o seu tratamento (CIR – Cuidados Integrados e Recuperação, 2009). Assim, torna-se importante criar programas que promovam a educação do cliente quanto aos psicofármacos, abordando os aspetos que envolvem o conhecimento, envolvimento pessoal e colaboração com os profissionais de saúde.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, “...a psicoeducação é uma forma específica de educação. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento — é projetada para ser parte de um plano global de tratamento.”

OBJETIVOS

Pelo exposto anteriormente, é essencial que a educação do cliente face a sua terapêutica seja durante o seu internamento, reforçando a importância da sua adesão à terapêutica para que a qualidade da sua vida e dos seus familiares seja melhorada. Desta forma os objetivos são:

- promover a adesão terapêutica
- sensibilizar para a importância da adesão terapêutica
- Informar os benefícios da adesão terapêutica
- Promover relação terapêutica
- Promover escuta activa
- Promover o insight
- Diminuir a ansiedade
- Facilitar relações interpessoais
- Promover o respeito pelo outro

Intervenção

- Terça feira, durante a manhã
- Das 11h 00 – 11h 40
- Ter uma sala ampla, com boa luminosidade natural;
- Disponibilizar 2 enfermeiros EESM
- Dispor cadeiras de modo que todos os elementos/doentes estejam virados para a frente ,os enfermeiros terão o seu lugar em frente ao grupo;
- Apresentar o tema através de método expositivo através de suporte informático em *power point* e método interativo com perguntas à plateia
- Realizar a avaliação individual da sessão através de questionário

Recursos

- Dois enfermeiros EESM;
- Cadeiras;
- mesa
- folhas brancas
- canetas
- caixa de medicação
- computador com data show
- painel /expositor

Critérios de inclusão

- Doentes internados no serviço de psiquiatria de agudos
- Doentes com insight

Critérios de exclusão

- Doentes com déficite cognitivo, fundamentada pela observação e registo de enfermagem e médica no processo individual dos doentes;
- doentes em isolamento ambiental e mecânico;
- doentes com quadro de sintomas psicóticos/delirantes exacerbados.

Referências bibliográficas

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa de Intervenção para a adesão ao regime medicamentoso, 2011.

Irmãs Hospitaleiras, Casa de Saúde da Idanha.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

Plano de Sessão

Participantes: Doentes internados no serviço de psiquiatria, de acordo com critérios de inclusão e exclusão

Enfermeiros Responsáveis: C. M., Ana Paula Almeida

Objetivo geral: Incentivar a adesão terapêutica

Objetivos específicos: Informar os benefícios da terapêutica; esclarecer dúvidas em relação aos efeitos da terapêutica, promover o insight.

Local onde se realiza a sessão: Sala do serviço, ginásio (um espaço que propicia ambiente calmo e com boa luminosidade natural)

Data: Terça feira, dia 17/11/2015, das 11.00 h -11.45

Serviço de psiquiatria

ACTIVIDADE: SESSÃO PSICOEDUCAÇÃO “A ADESÃO TERAPÊUTICA” DIA:17/11/2015

Etapa	Objetivo Geral/ Específicos	Descrição da actividade	Recursos	Tempo previsto
Apresentação do tema e objetivos	Incentivar a adesão terapêutica Ice breaking	Método expositivo Método interativo com os doentes Apresentação individual, oral, referindo nome e sentimento do momento, com bola de espuma a passar uns para outros.	Cadeiras, mesa, computador, data-show,	10 min
Apresentação da temática	Informar os benefícios da terapêutica; esclarecer dúvidas em relação aos efeitos da terapêutica, promover o insight.	Método expositivo Método interativo com os doentes Escrever numa folha as crenças da terapêutica	Painel expositor Caixa de medicação	25
Fim da sessão		Finalizar com um resumo da sessão, proporcionando momento de partilha e comentários sobre o tema, Avaliação da sessão individual Agradecer a partilha e participação	Questionário de avaliação da sessão	10 min

APÊNDICE 2

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO “ADESÃO TERAPÊUTICA”

ADESÃO TERAPÊUTICA

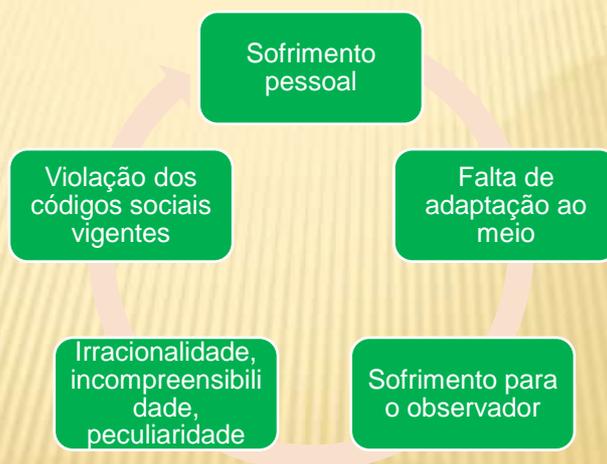
escolha para uma vida melhor



Enfª Ana Paula Almeida



DOENÇA MENTAL...



(Sequeira, C.2006)



CRENÇAS EM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO...

Relacionados com a própria experiência, com antecedentes culturais e familiares

Quais são as suas crenças em relação aos medicamentos?

SABIA QUE...

A medicação é uma das respostas mais eficazes para reduzir os sintomas e diminuir as recaídas

A medicação é um pilar no tratamento para melhorar o bem estar e a qualidade de vida

Ter um papel ativo no seu tratamento, ajuda-o a sentir-se melhor e a atingir os seus objetivos de vida

Evite a automedicação !

Qual a importância da medicação ?



O que pensa acerca da terapêutica ?



Vantagens

Desvantagens

LEMBRE-SE.....

Benefícios

- Redução dos sintomas durante e após a fase aguda da doença
- Redução de recorrência de novos episódios

É importante estar informado

É importante que reconheça os benefícios e as desvantagens

Desvantagens

- Efeitos secundários?

Tipos de psicofármacos

Antidepressivos

Estabilizadores
de humor

Antipsicóticos

Ansiolíticos e
sedativos

O que fazem os psicofármacos?

Antidepressivos:

Ajudam a reduzir os sintomas da depressão (presença de desesperança, ou de abandono, dificuldade de concentração, perda de energia ou de prazer, alterações do sono e do apetite)

Estabilizadores de humor:

Ajudam a diminuir as variações do humor, como manifestações de humor depressivo e exaltação do humor

Antipsicóticos:

Ajudam a reduzir as alucinações, agitação, delírios, negativismo incontrolável, pensamentos pouco claros e rápidos, impulsividade grave

Ansiolíticos e sedativos:

Ajudam na redução da ansiedade, insónia, irritabilidade, palpitações, tremores, sudorese, respiração ofegante

(O'Brian, Kennedy, & Ballard, 2002)



Efeitos secundários

Diferente de pessoa para pessoa

Idade, sexo, interação com outros medicamentos

Na sua maioria são temporários



EFEITOS SECUNDÁRIOS, O QUE FAZER?

Dialogue com o seu médico ou enfermeiro

- Vai ajudá-lo, avaliando a sua situação e propôr alternativas

É importante que saiba reconhecer e lidar com os efeitos secundários

- Pode ser necessário mudar o medicamento, reduzir a dose ou a medicação e/ou associar outro medicamento que minimize os efeitos secundários



EFEITOS SECUNDÁRIOS...

Antidepressivos

Naúseas, perturbações abdominais, insónia, diarreia, agitação, boca seca, visão turva, tonturas

Estabilizadores de humor

Tremores, boca seca, sede, náuseas, aumento de peso

Antipsicóticos

Contrações dolorosas dos músculos do pescoço, maxilares ou olhos, diminuição dos movimentos faciais, marcha vacilante, rigidez, movimentos involuntários do rosto, língua, parte superior do corpo

Ansiolíticos e sedativos

Tonturas, "efeitos de ressaca", dores de cabeça, dificuldade na fala

(Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. 2002)



Não adesão à terapêutica, porquê?

Não reconhecer a importância da medicação

Não acreditar na eficácia da medicação

Preocupação com os efeitos secundários

Esquecimentos

Custo da medicação

Sintoma da própria doença



Como melhorar a sua adesão terapêutica

Faça a medicação todos os dias à mesma hora, evita esquecer-se

Ajuste a toma da medicação às rotinas diárias, é mais fácil

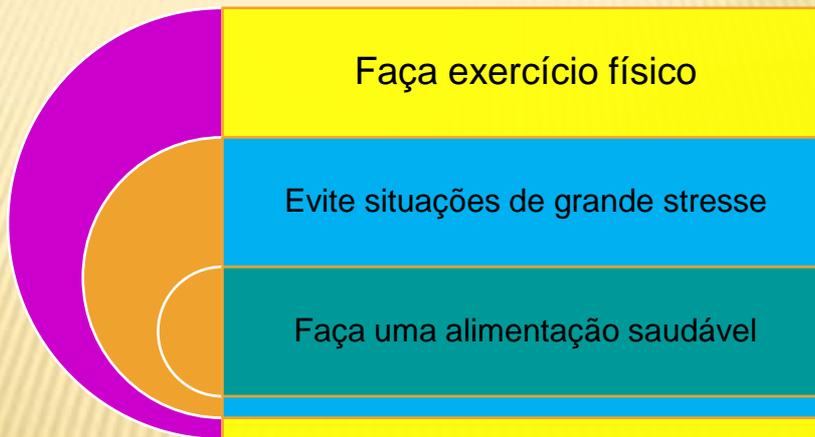
Utilize formas para se lembrar da toma da medicação, a caixa da medicação com divisórias

Mantenha presente as vantagens da toma da medicação

Simplifique o horário das tomas da medicação em conjunto com o seu médico e enfermeiro



Estratégias para acrescentar



LEMBRE-SE...

DE LEMBRAR

A escolha da medicação é um processo complexo, pode demorar tempo até que se encontre o medicamento que o ajude mais e com menos efeitos secundários

As pessoas respondem de forma diferente a mesma medicação

Partilhar o que sente com alguém é importante

Colabore de forma ativa no seu tratamento

ADESÃO TERAPÊUTICA

Dúvidas

Questões

Partilha

Comentários



ADESÃO TERAPEUTICA

DE LISBOA

A adesão à terapêutica
é uma escolha para uma
vida melhor



Obrigada pelo seu tempo



APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO “ A ADESÃO TERAPÊUTICA”

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO

“A Adesão Terapêutica”

<i>Utilize a seguinte escala:</i>					
1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Excelente		
1 - Conhecimentos		1	2	3	4
Antes da participação, os seus conhecimentos eram:					
2 – Conteúdos:		1	2	3	4
O conteúdo foi importante ?					
Os objetivos foram claros?					
A duração foi adequada?					
3 – Formadora		1	2	3	4
A formadora foi clara na sua apresentação?					
Os métodos utilizados foram adequados?					
4 - Expetativa		1	2	3	4
Acha que esta sessão lhe foi útil?					

Data: ____/____/____

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE 4

AVALIAÇÃO DA SESSÃO “ A ADESÃO TERAPÊUTICA”

**Avaliação da sessão de psicoeducação realizada no dia
17/11/2015, por estudante ESMP, enf^o Ana Paula Almeida, com
orientação de EESMP**

“A adesão terapêutica”

A sessão decorreu com boa participação dos doentes, sem ocorrência de interrupções prolongadas quer da parte dos próprios doentes, quer do serviço. A apresentação do tema foi esclarecido e seguido da apresentação da equipa de enfermagem que estava presente, seguido do pedido de apresentação pessoal de cada participante, com o auxílio de uma bola de espuma que foi passando de mão em mão, de acordo com as apresentações que se iam seguindo. Então para a apresentação foi pedido que verbalizassem o nome e o que estavam a sentir naquele momento numa só palavra. Estes são descritos como: “*melhoria*”, “*vontade de ir para casa*”, “*vazio*”, “*sem palavras*”, “*ir para casa e trabalhar*”, “*agradecido*”, “*nada*”, “*obrigado pelos profissionais que nos tratam bem*”, “*fico melhorado*”, “*tratam-me bem*”, “*não sei bem*”, “*estou bem é em minha casa*”, “*tristeza*”, “*não devia estar aqui*”.

Contudo houve participantes que não quiseram participar nesta actividade, mas permaneceram até ao fim da sessão.

A participação total dos doentes foi 20, com breves paragens para aqueles participantes que pediam para se deslocar para a casa de banho.

A sessão foi decorrendo de forma tranquila, com os participantes atentos à apresentação, até ao momento em que é abordado o assunto das crenças quanto à medicação, tendo sido pedido que oralmente a opinião de cada um, fez-se silêncio...e de uma forma calma, foi dito que por vezes é mais fácil escrever, então é-lhes fornecido uma folha para que pudessem partilhar a sua crença. Estão descritos desta forma:

<p><i>-“Depende a alguns fazem bem pra-mi e alguns que não .”</i></p>
<p><i>-“Sento muito sonolência muito mulesa só me dá para deitar a doutor teresa disse às enfermeiras que não insistissem comigo em me me medicar comtinuam na mesma.”</i></p>
<p><i>-“ a pensar que a medicassão me festá a fazer bem.”</i></p>
<p><i>-“os medicamentos servem para termos melhorias no nosso bem estar serve para tratar o nosso estado psicologico para agente controlar o nosso estado emocional e mental.”</i></p>
<p><i>-“ sou lucília da luz 17/10/73 os meninas da me cpts põe a dormir muito logo após o pa que põe dormir toda a manhã.”</i></p>
<p><i>-“bem paz segurança.”</i></p>
<p><i>-“fico melhor.”</i></p>
<p><i>-“As minhas crenças”, <u>são muito pessoais</u> e vou tentar de forma “curta” as expressar aqui! Acho que dão poucas oportunidades (no período do internamento) às pessoas de se expressarem SEM MEDICAÇÃO. Respeito o vosso trabalho, sempre o respeitei, e cada vez mais o aprecio e entendo!!”</i></p>
<p><i>-“ Crê em Deus assim de tudo, sobre a medicação melhora mais sí não Jesus na vida da gente não ssamos nada.”</i></p>
<p><i>-“ A medicação que estou a tomar tem sido boa, mas o comprido para dormir é que tem de sêr um inteiro debaixo da lingua. Os senhores enfermeiros é que agradeço que vejam se é uma metade um comprimido inteiro.”</i></p>
<p><i>-“Eu chamo-me Jacinto medicamento faz nos bem e sentimos melhor bem.”</i></p>
<p><i>-“Acredito que me fazem bem.”</i></p>
<p><i>-“Penso que é para melhorar.”</i></p>
<p><i>-“Acredito que a medição estas a fazer me bem.”</i></p>
<p><i>-“ Ajudam-me a melhorar mas doses adequadas.”</i></p>
<p><i>-“ A medicação serve para curar e/ou aliviar sintomas. É uma terapêutica orientada para o bem estar do paciente.”</i></p>

Num total de 19 respostas, 15 referem a medicação como algo que faz bem, que os ajuda a melhorar, 1 não gosta. Podemos assim afirmar que nesta população, a sua maioria acredita na importância da medicação, 1 dos participantes não responde de forma direta, 2 mencionam os efeitos secundários indesejáveis.

Relativamente ao questionário, obtiveram-se um total de 15, em que 10 responderam a todas as questões, 5 não responderam a todas as questões.

Através de uma escala *tipo Likert*,

1 - insuficiente; 2 - suficiente; 3 – Bom; 4 – Excelente

As respostas dos participantes foram:

<i>Utilize a seguinte escala:</i>			
1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

1 - Conhecimentos	1	2	3	4
Antes da participação, os seus conhecimentos eram:	2	5	2	1

2 – Conteúdos:	1	2	3	4
O conteúdo foi importante ?		2	3	5
Os objetivos foram claros?		1	3	6
A duração foi adequada?		3	2	5

3 – Formadora	1	2	3	4
A formadora foi clara na sua apresentação?		1	4	5
Os métodos utilizados foram adequados?	1	2	5	2

4 - Expectativa	1	2	3	4
Acha que esta sessão lhe foi útil?		2	4	4

Pode-se observar que ao nível do conhecimento sobre a adesão terapêutica esta população considera-se na sua maioria no nível Suficiente. Quanto à avaliação do conteúdo, a população considera maioritariamente que, a importância, a clareza dos objetivos e a duração foi Excelente. Quanto à avaliação da formadora, na sua maioria, avaliam a clareza da apresentação como Excelente, relativamente aos métodos utilizados, consideram Bom. Por último, quanto às expectativas, a população divide-se entre o Bom e o Excelente.

Constrangimentos

A sessão decorreu com grande participação dos clientes, no entanto, ao longo da apresentação senti que a informação expositiva foi um pouco extensa, a necessidade de reduzir para uma sala mais pequena seria mais adequada para os clientes com diminuição da acuidade auditiva.

A importância de levar mais recursos material, como folhas e canetas, é útil no sentido de estarem mais pessoas presentes do que as esperadas.

Durante a apresentação dos exemplos de “caixa de medicação” aos participantes, não foi dada a possibilidade de passar pelas mãos dos clientes. Teria sido muito útil ter mais exemplos.

Considerações Finais

A sessão psicoeducativa “A adesão terapêutica” dirigida aos este tipo de clientes torna-se uma mais valia para o *insight* da própria doença mental, para a importância da terapêutica e para a necessidade de a cumprir para evitar as recaídas, os reinternamentos. Proporcionar um espaço onde os clientes se sintam valorizados e escutados diminui o sentimento de estigma da doença mental, poder falar ou escrever sobre as emoções é um acto que os permite expressar, sabendo que outros estão a escutar e compreender, ao mesmo tempo que (re)aprendem a ouvir e respeitar o outro.

Pelos benefícios que foi demonstrado anteriormente, concluímos que uma intervenção como esta deveria estar integrada no serviço, nas actividades autónomas dos enfermeiros, planeado para ser realizada quinzenalmente.

APÊNDICE 5

FOLHETO “COGNIÇÃO”



A AJUDA DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS

Ajude o seu familiar e /ou amigo a reconhecer o seu estilo de aprendizagem.

O seu familiar/amigo aprende melhor quando a informação é apresentada de uma certa forma, lembre-se de fazer um esforço para ir ao encontro a essa maneira de ser.

Se a aprendizagem é visual, providencie ajuda visual.

Se aprende melhor à tarde, não lhe dê a informação quando acaba de acordar de manhã, espere até mais tarde.

Bibliografia:

ENCONTRAR + SE – Associação de Apoio às Pessoas com Perturbação Mental Grave, edição Portuguesa, 2007.



Cuidador Familiar/Amigo

Por favor lembre-se, é importante:

- Reconhecer os pontos fortes do seu familiar/amigo;
- Reconhecer os pontos fortes através de elogios e reforços positivos é uma importante forma de intervenção;
- Oferecer apoio e encorajamento é positivo, pelo desencorajamento e sobrecargas sentidas pelas muitas dificuldades encontradas no dia a dia.
- As capacidades cognitivas permitem a pessoa funcionar no seu ambiente, podem ser fortalecidas e melhoradas, contribuindo para o bem estar de todos.



Elaborado por:

Ana Paula Almeida, nº6059
6º Curso EESMP – ESEL
Orientação de
Prof. Luís Nabais



GRUPO FAMÍLIAS

*Ajude a ajudar-
se*

PARTICIPE



2015

COGNIÇÃO

A doença mental afeta muitas pessoas, afetando a parte emocional mas também a cognitiva. As pessoas com doença mental podem ter dificuldade em pensar e exprimir-se de forma clara, assim como em prestar atenção e em recordar.

A cognição está relacionada com as capacidades que fazem pensar, perceber as coisas, obter, compreender e responder à informação, para resolver problemas, para organizar e reorganizar informação para comunicar e agir.

Como é que os problemas cognitivos se manifestam, podem sentir dificuldades na:

Atenção: em prestar atenção quando lhes dão indicações, em concentrar-se e perdem a continuidade dos aspectos mais importantes;

Memória: a capacidade de lembrar e recordar informação o que se diz e se ouve pode ser um problema, a capacidade de recordar o que é lido ou ouvido pode estar reduzido, reconhecem que não são capazes de reter nova informação;

Capacidade de processar e responder Informação: a produção de discurso pode ser mais lenta, o tempo de resposta é mais lento;

Competências para pensar: desenvolver um plano, ou mesmo achar difícil ouvir de forma crítica uma nova informação, no sentido de saber discriminar entre o que é importante e o que não é.



Linhas orientadoras para ajudar na:

Memória:

- ◇ Repita as instruções
- ◇ Peça para repetir pou parafrasear o que acabou de dizer
- ◇ Coloque as coisas por escrito sempre que possível
- ◇ reveja os planos de uma forma consistente
- ◇ A memória é difícil de remediar, pelo que auxiliares de memória são úteis.

Atenção:

- ◇ Limite a quantidade de informação à capacidade de prestar atenção
- ◇ Não espere que alguém seja capaz de fazer várias tarefas ao mesmo tempo
- ◇ Regule o tom, volume e ritmo do discurso
- ◇ O contato ocular direto, o toque quando confortável e apropriado, pode conseguir a atenção e o seu envolvimento



◇ Esteja atento às distrações (ruídos estranhos, várias pessoas a falar, ambiente desorganizado, etc.), procure a simplificação do ambiente

◇ Providencie equilíbrio entre actividades de natureza física, mental e social

Pensamento crítico:

- ◇ Compreender a necessidade de rotinas, procedimentos sistemáticos, organização e estrutura
- ◇ Desenvolva pequenas indicações para diminuir ações impulsivas
- ◇ Encoraje e elogie as ações iniciadas, mantidas ou terminadas
- ◇ Faça perguntas orientadoras, “ qual o 1º passo?”, “o que pensa?”, “como poderia começar”
- ◇ Recorra a auto-monitorização falando em voz alta
- ◇ Não tire conclusões acerca das capacidades de desempenho nas tarefas diárias sem lhes perguntar como elas resolveriam determinado problema, sem as observar durante a execução das mesmas.

APÊNDICE 6

REUNIÃO COMUNITÁRIA



REUNIÃO COMUNITÁRIA

Ana Paula Almeida e Guida Amorim | 6º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria | sob orientação de Enfª ESMP
11 de Novembro de 2015

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Townsend “um grupo é um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesses partilhados, valores, normas ou propósitos comuns. A associação a um grupo acontece geralmente por acaso (nasceu no grupo), por opção (filiação voluntária), ou por circunstância (resultado de acontecimentos do ciclo de vida sobre os quais um individuo pode ou não ter controlo)” (Townsend, 2011, p.168).

Segundo o mesmo autor, citando Sampson e Marthas (1990), os grupos podem ter oito funções para os seus elementos, podendo assumir diferentes funções para os diferentes elementos. As funções são: socialização, apoio, realização de tarefas, camaradagem, informativa, normativa, *empowerment* e *governance*. A socialização diz respeito à integração de normas sociais desde que nascemos e durante toda a nossa vida, tendo em conta os grupos a que nos filiamos. A função de apoio diz respeito a relação e ao apoio que esperamos do outro dentro do grupo em momentos de necessidade. A realização de tarefas não é mais do que o resultado da entreatajuda que existe no grupo, através da potenciação das capacidades e competência de partilha. A camaradagem refere se à relação e entrega entre os membros do grupo. A informação diz respeito à aquisição facilitada de conhecimento pela partilha e aprendizagem com os pares. A normativa está relacionada com o modo como os grupos aplicam as normas estabelecidas. E por fim o *empowerment* e *governance* dizem respeito ao potenciar no outro, trazer mudança no individuo através do grupo.

Existem vários tipos de grupos, que variam dependendo da razão para que foram formados. Entre eles: os grupos de tarefa, de ensino, de apoio/terapêuticos e de autoajuda. Nos grupos de tarefa a função centra-se na resolução de problemas, tomada de decisão e alcance de um objetivo específico. Os grupos de ensino centram-se mais na partilha de informação, aprendizagem e mudança de comportamentos. Os grupos de apoio/terapêuticos têm o seu foco mais centrado na procura de uma orientação e integração de estratégias de *coping*, de forma a dar respostas às problemáticas dos indivíduos no decorrer da sua vida. Por fim, os grupos de

autoajuda centram-se mais na partilha de problemáticas com o sentido de promover a melhoria e aprendizagem entre o grupo.

Ao constituir um grupo há que ter em conta alguns factores, tais como a função do grupo, a sua estrutura, o seu tamanho, a sua duração, o tipo de comunicação (feedback, padrões e dinâmica), os papéis a desempenhar, o seu poder de influenciar, as normas constituídas e a coesão entre os membros.

Segundo Yalom existem factores curativos que podem ocorrer num grupo, entre eles, a oferta de informação, a instalação de esperança, a universalidade (no sentido em que há um reconhecer que no outro também existem problemas, sentimentos e pensamentos, ou seja, uma identificação), o altruísmo, a reencenação, corretiva do grupo (no sentido de alterar experiencias anteriores obtidas), o desenvolvimento de técnicas de interação social, os comportamentos de imitação, a aprendizagem interpessoal, os factores existenciais, a catarse e a coesão do grupo.

Normalmente o grupo terapêutico, é formado por oito a dez pessoas, no máximo quinze. A este número de participantes juntam-se o animador e um eventual observador, com competências específicas. Deverá ter um objetivo terapêutico delineado, um número de sessões estipuladas e processos definidos, embora em contexto de internamento esta dinâmica terapêutica não corresponder à complexidade requerida. Os grupos que nascem nesta situação particular devem então dar resposta a exigências específicas.

O internamento corresponde a um *setting* diferente, por isso o terapeuta deverá modificar as técnicas gerais da psicoterapia e seguir três passos essenciais:

Avaliar a situação clínica (determinando quais as restrições que são intrínsecas à situação clínica e, portanto, estão além do seu controle, e quais as que são extrínsecas e potencialmente modificáveis, como por exemplo, a falta de apoio de outros profissionais);

Formular objetivos (objetivos específicos, viáveis no enquadramento de tempo do grupo e adequadas às capacidades dos utentes). Segundo Yalom há seis objetivos viáveis para o grupo de utentes internados: envolver o utente no processo terapêutico; ensinar que partilhar é terapêutico; ensinar sobre as

dificuldades em localizar problemas no comportamento interpessoal mal adaptado; diminuir a sensação de isolamento dos utentes; permitir que através da partilha se ajudem uns aos outros; aliviar a ansiedade relacionada com o internamento e hospital;

Modificar as técnicas gerais para ajusta-las ao grupo de pacientes internados (o terapeuta deve manter os princípios básicos de terapia de grupo, mas alterar técnicas para se adaptarem ao *setting* clínico e para atingir os objetivos específicos. Ao modificar as técnicas gerais o terapeuta deve ter em conta três pontos fundamentais:

- alteração na estrutura de tempo – grupos de curta duração, em função da rápida rotatividade e da mudança diária na composição do grupo, ênfase na eficiência;

- apoio – minimizar o conflito, salientar os pontos positivos e dar feedback;

- ênfase no aqui e agora – permite aos utentes internados adquirirem capacidades interpessoais importantes, como, comunicação mais clara, aproximação com outros, expressão de sentimentos positivos, consciencialização dos maneirismos pessoais que afetam as outras pessoas, atenção, capacidade de escutar, dar apoio, revelação de si mesmo e formação de amizades;

- proporcionar estrutura – os terapeutas proporcionam estrutura de vários modos, como por exemplo, instruindo e orientados os utentes quanto à natureza e finalidade do grupo, estabelecendo limites de espaço e tempo muito claros, usando em estilo pessoal claro, facilmente compreensível e confiante que ofereça segurança aos utentes ansiosos ou confusos e sentimento de continuidade.

O doente com perturbação mental é um indivíduo que apresenta alterações do funcionamento mental – as emoções, percepções, pensamentos, e recordações estão afetadas.

A pessoa com doença mental continua a ser vítima do preconceito e da incompreensão. Sendo parte de um grupo de pessoas que partilham o

sofrimento de um estigma das pessoas que os rodeiam (Harrison, P. ,Geddes, J., Sharpe,M., 2002). São pessoas que têm, e muitas vezes guardam em si uma fragilidade psicológica muito marcada.

É importante reconhecer e tratar estas questões de forma apropriada e estruturada, promovendo atitudes positivas, educadas e eficazes. É essencial que estas pessoas sejam capazes de exprimir os seus sentimentos e sintomas de forma clara, em consequência de uma atitude empática, de interesse, de resposta a pistas não verbais (Harrison, P. ,Geddes, J., Sharpe, M., 2002).

É um serviço em que a maioria dos doentes apresentam um quadro de sintomas agudos, com discurso disfórico marcado por sentimentos depressivos, tristeza, angústia e melancolia, com pensamentos desorganizados, em busca de serenidade, segurança e afecto...algures e em alguém, que consiga dar a mão, escutar e dizer pelo menos o seu nome, na esperança que a terapêutica instituída tenha a sua ação e os ajude a melhorar e a estabilizar.

O enfermeiro é o profissional com maior proximidade com os doentes, cabe ao enfermeiro fomentar o relacionamento interpessoal e promover um relacionamento saudável com o doente, permitindo que o doente possa aprender a ter relacionamentos interpessoais mais gratificantes, transmitindo um aumento de confiança, relacionando-se, sendo autêntico, com ele e com quem partilha sentimentos e reações. Deste modo promove uma enfermagem psicodinâmica, introduzindo a terapia de grupo constituindo uma forma privilegiada de proporcionar a estas pessoas uma vivência interpessoal e de coesão grupal significativa, sendo ainda possível minimizar o sentimento de ser estigmatizado, aumentando a auto estima e a aceitação da doença, aumentando o insight (Peplau citado por Tomey, A. e Alligood, M. 2004). O grupo funciona como um palco para ver, experimentar e definir relacionamentos e comportamentos (Stuart & Laraia, 2001).

OBJETIVOS

Pelo exposto anteriormente, é essencial criar um espaço, um momento onde o doente pode expressar, partilhar os seus sentimentos e emoções com outros membros, permitindo-o a uma aprendizagem na construção de estratégias para melhorar a sua qualidade de vida, aumentando a sua autoestima e confiança.

- Promover relação terapêutica
- Incentivar a expressão de emoções
- Promover escuta activa
- Promover o insight
- Diminuir a ansiedade
- Facilitar relações interpessoais
- Promover o respeito pelo outro

Intervenção

- Estabelecer dia específico, uma vez por semana (quarta feira),
- Das 11.30 h – 12.15 h;
- Criar um espaço físico, amplo, com boa luminosidade natural;
- Disponibilizar 2 técnicos de saúde para liderar, terapeuta e coterapeuta;
- Dispor cadeiras em forma de U, de modo que todos os elementos/doentes estejam virados de frente para todos, os terapeutas terão o seu lugar no meio;

Recursos

- técnicos de saúde (enfermeiros, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta),
- Cadeiras;

Critérios de inclusão

- Doentes internados no serviço de psiquiatria, com perturbações afectivas

Critérios de exclusão

- Doentes com déficite cognitivo, fundamentada pela observação e registo de enfermagem e médica no processo individual dos doentes;
- doentes em isolamento ambiental e mecânico;
- doentes com quadro de sintomas psicóticos/delirantes exacerbados.

BIBLIOGRAFIA

Harrison, P., Geddes, J., Sharpe, M. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. 1ª Edição. Climepsi Editores.

Stuart, G., W., Laraia, M., T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica- Princípios e Prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora

Tomey. M. M. A., Alligood. R. M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 5ª edição.

APÊNDICE 7

PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO DA “ACTIVIDADE FÍSICA/DESPORTO NA PROMOÇÃO DO AUTOCONTROLO DA DEPRESSÃO”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem : Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Estágio clínico, Serviço de Psiquiatria,
Planeamento da intervenção

*A actividade física/desporto na promoção do autocontrolo da
depressão nos adolescentes que integram a unidade*

Realizado por : Ana Paula Almeida, nº 6059

Professor Orientador: Prof. Luís Nabais

“A actividade física/desporto na promoção do autocontrolo da depressão nos adolescentes que integram a unidade.”

1 - Introdução

A Unidade é uma unidade onde estão adolescentes que por vários e diferentes motivos desenvolveram dificuldades mentais que não permitem viver a sua adolescência de uma forma harmoniosa, levando-os ao isolamento diminuindo o convívio social e familiar, e conseqüentemente o abandono escolar por sentirem, entre outros aspectos, que não são capazes de estar com os outros. Uma Unidade onde todos os dias estão sujeitos a “prova de fogo” quando são levados a expressar as suas emoções através de uma comunicação verbal ou não verbal, levando-os a uma reflexão sobre as mesmas. Esta Unidade de adolescentes, tem uma actividade realizada no exterior do hospital, a actividade física/desporto. Esta actividade está integrada no projecto Unidade, existindo desde o início da mesma, há cerca de 6 anos. Actualmente, com empenho e perseverança da equipa da Unidade, conseguiram, através de uma parceria, ter um espaço no exterior, com condições adequadas à prática desta actividade, com recurso a condições físicas adequadas bem como acesso a recursos de material. Esta actividade é organizada de uma forma estruturada através de modalidades desportivas como o futebol, voleibol, basquetebol, trabalhando os aspectos lúdicos e os da competição inerente ao desporto. A prática desta actividade permite benefícios quer aos níveis físicos, psicológicos e de socialização. Permitindo deste modo uma mais valia na promoção do autocontrolo da depressão.

2 - Enquadramento teórico

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a actividade física e o desporto saudáveis são importantes e essenciais à saúde e ao bem estar. Deste modo, a actividade física e o desporto são um dos pilares para o estilo de vida saudável, lado a lado com uma alimentação saudável. Para a DGS, entre várias vantagens, como reduzir o risco de doenças cardiovasculares, alguns cancros e diabetes tipo 2, inclui e considera que, promove o bem estar psicológico,

reduz o stresse, ansiedade e depressão. Para os adolescentes, a DGS recomenda que, necessitam de 20 minutos adicionais de actividade física vigorosa, 3 vezes por semana para melhorar e manter a saúde; acrescentando ainda que, estudos mostram os jogos de equipa como forma de promover a integração social e facilitador de desenvolvimento das capacidades sociais dos adolescentes.

Para a OMS (2014) define a " *actividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo actividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em actividades de lazer.*" Assim podemos assumir que a actividade física evidencia uma vertente biológica e outra, de âmbito mais sócio cultural.

Existem autores como Sallis, & Owen, 1999, citado por Veloso (2005), consideram que a prática de actividade física pode melhorar a saúde psicológica dos jovens, através da influência em variáveis como o humor, a auto estima, entre outras, podendo contribuir para a prevenção ou tratamento de problemáticas como a depressão e o suicídio nos adolescentes.

Maria do Céu Machado (2015), refere também que a actividade física aumenta as monoaminas e endorfinas, através da maior actividade dos neurotransmissores, ativação moderada do sistema límbico e redução dos níveis de cortisol plasmático, promovendo a sensação de bem estar.

3 - Plano de intervenção : Autocontrolo da Depressão

Autocontrolo da Depressão:

Definição (NOC): Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida.

Este plano de intervenção tem como principal objetivo o autoconhecimento para gerir as suas emoções. Promover a socialização com os seus pares.

Indicadores (NOC)

Relato de sono adequado

Relato de melhora do humor

Participação em actividades agradáveis

3.1 - Planeamento da actividade

A actividade física/desporto é uma das actividades programadas no projecto terapêutico dos adolescentes, realizado duas vezes por semana, às segundas e quartas feiras, no período da manhã. A actividade é avaliada com o preenchimento de um questionário, com 3 questões, utilizando a escala de Likert (1 a 4), com respostas **Possível (1), Não é verdade (2), Verdade (3), É Bem Verdade (4)**.

- **Local da actividade:** Exterior ao serviço
- **Participantes:** enfermeiros, responsáveis pela actividade e os adolescentes da unidade
- **Objetivo Geral:** promover o bem estar físico, psicológico e social dos adolescentes.
- **Objetivo específico:** Identificar estratégias para melhorar o bem estar físico, psicológico e social dos adolescentes da unidade; controlar o humor; promover a expressão das emoções; promover a integração social e a manutenção das relações sociais.
- **Tempo da actividade:** 09.20 min- 10.30 min
- **Material individual necessário:** roupa e calçado adequado e confortável, produtos para higiene pessoal após a actividade.
- **Recursos de material:** Bolas, raquetas, minibalizas, fornecidas no local onde se realiza a actividade, no próprio dia.

3.2 - Actividade

Aquecimento físico: 10 min

Correr ou realizar marcha rápida pelo campo, realizar pequenos jogos de interação como a “serpente”, a “apanhada” em forma de teia, estafeta ou outros jogos lúdicos.

Modalidades desportivas : 30 min

Futebol; basquetebol, Voleibol (os jovens ou o enfermeiro escolhem 2 modalidades).

Fim da actividade: 2 min

Cumprimentar os colegas da equipa e adversários.

Balneários: 15 min

Avaliação

Preenchimento de um questionário de avaliação, ao fim de um mês

Grelha de Observação do Grupo, ao fim de um mês

Bibliografia

DGS. *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Ministério da Saude. Acedido em 12/01/2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-actividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar>

Machado, C.M. (2015). *Adolescentes*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.Lisboa. Agosto de 2015.

Moorhead, S. et al. 2010. *Noc. Classificação dos Resultados de Enfermagem*.Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro.

Organização Mundial da Saúde. *Actividade Física - Folha Informativa N° 385 - Fevereiro de 2014*. Acedido em 22/01/2016. Disponível em por http://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetActividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf,

Veloso. (2005). *Actividade física e saúde na infância e adolescência*. Capítulo 1. Acedido em 12/01/2016. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/Adolescentes.pdf>,

APÊNDICE 8

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO “ACTIVIDADE FÍSICA/DESPORTO, NA PROMOÇÃO DO AUTOCONTROLO DA DEPRESSÃO”

AVALIAÇÃO

Desporto

Com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde prestados aos clientes na unidade, solicito a sua colaboração para o preenchimento do questionário de avaliação da actividade em que participou.

Obrigada.

Utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Não é verdade	Possível	É verdade	É muito verdade

1 – Sono	1	2	3	4
No dia da actividade durmo melhor				

2 – Estado de humor	1	2	3	4
Durante a actividade, geralmente sinto-me				
triste				
alegre				
ansioso				
Sem interesse				

3 – Participação	1	2	3	4
Considero que tive uma boa participação				
Considero que foi agradável				

Data: ____ / ____ / ____

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE 9

AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO “ACTIVIDADE FÍSICA/DESPORTO, NA PROMOÇÃO DO AUTOCONTROLO DA DEPRESSÃO”

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA/DESPORTO NA PROMOÇÃO DO AUTOCONTROLO DA DEPRESSÃO”

A actividade física/desporto foi realizado desde o inicio dos jovens na unidade, até à data do preenchimento do questionário.

O questionário foi entregue e respondido no mesmo dia, tendo sido após a prática desta actividade, dia 11 de Fevereiro de 2016.

Este grupo tem inicialmente 8 elementos, no entanto, ao longo do tempo, ocorreram alterações na vida dos jovens, em qua as ausências na unidade são frequentes. Por este motivo, o número de jovens que responderam ao questionário é inferior.

Assim o total é de 6 adolescentes.

A escala tipo *Likert*, adaptada a uma linguagem mais clara e facilmente compreendida pelos adolescentes, de modo a não existirem respostas nulas. A escala vai de 1 a 4, (1: Não é verdade; 2: Possível; 3: É verdade; 4: É muito verdade).

Assim , de acordo com o quadro 1, podemos concluir que:

Relativamente à questão 1 (Sono), 3 respondem que dormem melhor, 2 dizem que é possível e apenas 1 responde que não é verdade;

Relativamente à questão 2 (Estado de humor), 4 respondem que não se sentem tristes; 2 dizem que é possível sentirem-se tristes, 3 dizem ser possível estar alegres, um diz ser verdade estar alegre, 2 respondem ser muito verdade sentirem-se alegres; 2 respondem que é possível estar ansioso, 1 responde que é verdade, 1 diz ser muito verdade; por ultimo, 4 respondem não ser verdade sentirem-se sem interesse, 1 responde ser possível sentir-se sem interesse.

Relativamente à questão 3 (Participação), 1 responde que não é verdade que a sua participação foi boa, 3 respondem que é verdade que a participação foi boa, 2 respondem que é muito verdade que a participação foi boa; 3 respondem que é verdade que a participação foi agradável, os

restantes 3 adolescentes respondem que é muito verdade que a participação foi agradável.

Quadro 1: Avaliação do questionário da intervenção “Actividade Física/desporto no autocontrolo da depressão”. (1: Não é verdade; 2: Possível; 3: É verdade; 4: É muito verdade).

1 – Sono	N/é verdade	Possível	É Verdade	É muito verdade
No dia da actividade durmo melhor	1	2	3	
2 – Estado de humor	N/é verdade	Possível	É Verdade	É muito verdade
Durante a actividade, geralmente sinto-me				
triste	4	2		
alegre		3	1	2
ansioso	2	3		1
Sem interesse	5	1		
3 – Participação	N/é verdade	Possível	É Verdade	É muito verdade
Considero que tive uma boa participação	1		3	2
Considero que foi agradável			3	3

Este questionário é baseado em indicadores de resultado da NOC, no Autocontrolo da Depressão.

Considerações Finais:

Para estes adolescentes a esta intervenção faz parte do contrato que estabeleceram com a equipa da unidade. Está preconizado que as faltas ou a não realização da actividade devem ser devidamente justificadas. São várias as manifestações verbais da não vontade em realizar a actividade, de não querer estar fisicamente activo, de manifestar cansaço e sonolência. No entanto, é de salientar que nos dias de actividade física/desporto:

- dormem melhor,
- a maioria dos adolescentes responde que não se sentem tristes,
- sentir alegria é possível ou mesmo muito verdade,
- sentir ansiedade também é possível ou mesmo uma verdade,
- que não é verdade que sentem falta de interesse,
- a maioria dos adolescentes considera que é verdade que a sua participação foi boa e agradável .

APÊNDICE 10

GRELHAS DE OBSERVAÇÃO DO GRUPO

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO GRUPO - DATA: 25 de Janeiro de 2016

Esta grelha de observação do grupo esta realizada de acordo com os indicadores de resultado da NOC para o Autocontrolo da Depressão.

Participação em actividades agradáveis

Verbal: um dos adolescentes **(A)** demonstrou **frequentemente**, a sua participação diz “**golo!**” festejando com os colegas, diz “ **aqui!**” **de** forma intensa e atenta durante as modalidades de futebol, voleibol e basquetebol, assim como na estafeta demonstra entusiasmo na realização da mesma.

Não verbal: na sua maioria os adolescentes **demonstraram frequentemente** a participação ativa nos jogos, correndo e recebendo as bolas dos colegas para finalizar jogadas. Os adolescentes celebraram às vezes os golos com cumprimento inter equipa, normalmente com um toque de mãos. No fim da actividade, cumprimentam os colegas adversários e os técnicos presentes quando estimulados pelos técnicos.

Monitorização da capacidade de concentração

Os adolescentes **demonstraram frequentemente** ter capacidade de concentração através do empenho nos jogos, correndo, acompanhando as jogadas até à finalização, recebendo e trocando as bolas, cumprindo as regras do jogos de forma espontânea e voluntária.

Estados de humor: triste, alegre, ansioso, sem interesse

Verbal: (A) demonstra consistentemente estar alegre com palavras de incentivo e celebração de golo.

Não verbal: os adolescentes demonstraram frequentemente estar alegres e com interesse nas modalidades com mais movimento, como o basquetebol e o futebol, correndo, acompanhando as jogadas da sua equipa, com intenção de alcançar o golo. Em relação às duas adolescentes que não participaram na actividade, referindo não ter vontade e outra por esquecimento do equipamento, **no início da actividade demonstravam às vezes tristeza**, pelo olhar para baixo, no entanto **demonstraram frequentemente momentos de alegria pelos risos** quando alguém fazia algo diferente, como dar pontapés no ar, dar pontapés nas canelas dos outros, cair no chão.

Bibliografia:

Moorhead,S. et al (2010). NOC. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª Edição. Elsevier Editora Lda.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO GRUPO- DATA:27 de janeiro de 2016

Esta grelha de observação do grupo esta realizada de acordo com os indicadores de resultado da NOC para o Autocontrole da Depressão.

Participação em actividades agradáveis

Verbal: uma das adolescentes **(M.)**, **demonstra algumas vezes**, escolhendo os elementos da sua equipa de forma firme, em que por vezes diz “**golo!**”, “ **Aqui! Aqui!**” durante as modalidades com mais movimento, como o futebol.

Não verbal: na sua maioria os adolescentes **demonstram frequentemente** estar com satisfação nas modalidades, pelo participação ativa nos jogos. correndo e recebendo as bolas dos colegas para finalizar jogadas. ; os adolescentes **celebram** o golo com cumprimento inter equipa, normalmente com um toque de mãos, no fim, cumprimentam os colegas adversários e os técnicos presentes quando estimulados pelos técnicos.

Monitorização da capacidade de concentração

Os adolescentes demonstraram frequentemente ter capacidade de concentração através do empenho nos jogos, correndo, acompanhando as jogadas até à finalização, recebendo e trocando as bolas, cumprindo as regras do jogos de forma espontânea e voluntária.

Estados de humor: triste, alegre, ansioso, sem interesse

Verbal: (A) demonstrou frequentemente estar alegre, com expressões de “Golo!”, o restantes elementos foram demonstrando colaboração com entusiasmo nas modalidades.

Não verbal: os adolescentes **demonstraram frequentemente estar alegres e com interesse** nas modalidades com mais movimento, como o basquetebol e o futebol, correndo, acompanhando as jogadas da sua equipa, com intenção de alcançar o golo, Em relação às duas adolescentes que não participaram na actividade, referindo não ter vontade e outra por esquecimento do equipamento, pareciam demonstrar **tristeza pelo olhar para baixo**, embora com momentos em que mostravam **alegria pelos risos** quando alguém fazia algo diferente, como dar pontapés no ar, dar pontapés nas canelas dos outros, cair no chão.

Bibliografia:

Moorhead,S. et al (2010). NOC. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª Edição. Elsevier Editora Lda.

APÊNDICE 11

JORNAIS DE APRENDIZAGEM



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de
Saúde Mental e Psiquiatria**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Ana Paula Almeida, nº 6059

Lisboa

Outubro, 2015

Em busca de *"... um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional"*.

(Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, n.º 129 /2011)

Estágio clínico num serviço de internamento de pessoas em crise, num hospital psiquiátrico, com orientação de EESM.

Como parte integrante da Unidade Curricular-Estágio com Relatório, a realização de estágio clínico num serviço de internamento de agudos de um hospital psiquiátrico da área de Lisboa, conduz-nos para uma aprendizagem imprescindível para desenvolver as competências de enfermeiro especialista em saúde mental.

Deste modo, o primeiro contexto deste estágio passa-se num serviço de internamento de agudos de um hospital psiquiátrico de Lisboa, em que os critérios de internamento são os diagnósticos de perturbações afectivas e perturbações obsessivo compulsiva. Este é um serviço com lotação para trinta doentes, com três unidades independentes, uma de homens, outra de mulheres e uma terceira com doentes com maior grau de dependência física e mental sendo na sua maioria com mais idade, para além de outras três unidades, estas de isolamento para doentes mais agitados, que apresentam risco/perigo para o próprio e/ou para os outros, tendo que recorrer a contenção mecânica (abdominal e/ou membros superiores) .

O serviço apresenta grande carência de enfermeiros, existindo apenas três EESM num total de treze, estes últimos têm larga experiência nos cuidados gerais ao doente com doença mental. Outro aspecto particular deste serviço, os enfermeiros também asseguraram os cuidados de enfermagem no domicílio.

No entanto, na arte do cuidar, é vital que o enfermeiro que trabalha em saúde mental e psiquiatria seja capaz de entender quando há risco de o doente fazer transferência, quando por vezes aquele discurso agressivo dirigido ao enfermeiro é no fundo para alguém ainda presente no seu pensamento mais

íntimo, que de alguma forma marcou a seu desenvolvimento e estabilidade emocional.

Este estágio tem a supervisão de uma enfermeira orientadora com a especialidade de enfermagem em saúde mental, que conduz a minha aprendizagem num ritmo por vezes alucinante, pois é algo que lhe é exigido entre as muitas actividades que estão a seu cargo, que nem sempre se relacionam com as competências de EESM, compreensível pela carência de enfermeiros naquele serviço, em que os doentes necessitam dos cuidados de enfermagem para proporcionar um ambiente contentor e securizante.

Por outro lado este estágio tem permitido um autoconhecimento da minha pessoa perante situações que me levaram a sentir, pensar e refletir, como pessoa e enfermeira especialista em saúde mental.

Interação 1

Uma das interações observadas, foi na sequência de uma admissão, tendo havido nesse dia a necessidade do enfermeiro deslocar-se ao encontro dos doentes no serviço de origem de onde iriam ser transferidos. Um dos utentes é uma jovem adulta, que tem como motivo de internamento num serviço de urgência, tentativa de suicídio por intoxicação voluntária medicamentosa, tendo sido encontrada em casa pelos seus amigos. Esta jovem apresenta um diagnóstico de Depressão, com relação disfuncional com o seu pai por este ser agressivo verbalmente, e autoritário, a mãe faleceu quando tinha 5 anos. Atualmente tem relação estável com os familiares com quem vive. Como a maioria dos doentes com perturbação mental, têm a habituação tabágica ativa. A jovem doente, apresentava-se orientada, com discurso coerente, com algum desequilíbrio na sua marcha (causado pelos efeitos secundários de medicação sedativa), pelo que foi possível apurar os dados pessoais no diálogo com a doente durante a deslocação/transferência para o serviço onde realizo este estágio. Após chegada ao novo serviço, a cliente fica no corredor a espera, sem lhe ter sido dada qualquer informação sobre o serviço, bem como a apresentação de todo o espaço físico que iria ser seu durante o internamento. Após o processo de admissão estar concluído, é chegada a hora de refeição do almoço, então a cliente é deslocada até ao refeitório onde almoça na

companhia dos outros doentes. No fim da sua refeição questiona a enfermeira que fez a sua transferência (enfermeiro de referência) pelos seus cigarros, ao que lhe é respondido que teria de esperar, pelo fim do horário desta refeição para que todos os doentes pudessem também terminar o seu almoço. Numa altura em que era exigido á enfermeira concentração para a administração da medicação aos doentes, a sua resposta foi sentida pelo cliente como autoritária, sem hipótese de qualquer negociação. Esta intercorrência, entre enfermeira e doente foi razão para o aumento de ansiedade e comportamento desajustado pela agressividade verbal e física dirigida a enfermeira, acabando este por ser abrangente a outros profissionais presentes. A situação é notificada ao médico assistente, imediatamente lhe prescreve medicação para aliviar este estado de agitação, na sua forma injetável. Apesar de terem sido tomadas medidas de contenção verbal para diminuir a agitação desta doente, tal não foi suficiente. A enfermeira não conseguiu reestabelecer a relação inicial com a doente, pedindo a outros elementos da enfermagem para fazer uma entrevista de forma a que a comunicação, a escuta, a assertividade e o respeito fizessem sentido e assim diminuir o quadro de agitação em que se encontrava a doente. Num tom de voz seguro, discurso fluente, coerente e revoltado, refere que "... a enfermeira nem se dignou a olhar para ela quando falava...", e "...mostrando-se arrogante, não responde à minha pergunta...", esta entrevista é realizada na sala de enfermagem em que estão presentes alunos de licenciatura, e de mestrado e enfermeiros do serviço, como se de um julgamento se tratasse...a doente acaba por pedir desculpa à enfermeira que acaba de entrar na sala de enfermagem, esta por sua vez apenas lhe transmite que esta conversa será noutra altura, e que agora teria que fazer uma injeção intramuscular que tinha sido prescrita pelo médico, em que a mesma seria administrada por ela (enfermeira). A doente cumpre, sem qualquer privacidade, ou negociação.

Teria sido diferente a atitude e comportamento da doente se a enfermeira promovesse o seu acolhimento ao novo serviço?

Teria sido diferente se as normas daquele serviço tivessem sido informadas ao doente?

Será que a enfermeira disponibilizou o tempo que a doente precisava para ser esclarecida e assim diminuir a sua ansiedade?

Será que a enfermeira demonstrou uma atitude empática de modo a facilitar a relação de confiança e terapêutica?

O que senti ao vivenciar esta intercorrência, foram sentimentos de angústia, tristeza e vontade para intervir, mas por outro lado, por não fazer parte da equipa de enfermagem, por estar em contexto de aprendizagem levaram-me a pensar na minha impotência para intervir pelos motivos anteriormente referidos.

A minha reflexão passa por compreender que, promover o acolhimento, demonstra atitude de disponibilidade, o esclarecimento de dúvidas a um doente com perturbação mental é um dos cuidados de enfermagem que estabelecem o início de uma relação empática e terapêutica.

Numa situação de crise, é essencial que o enfermeiro consiga manter a capacidade de gerir as suas emoções, e refletir no que é o melhor para aquele doente naquele momento, tentar reestabelecer a confiança do doente através da assertividade e respeito pelo doente. Para Stuart & Laraia (2001), a intervenção nas emoções exige que o enfermeiro compreenda a si próprio. Dependerá dos valores do enfermeiro no que refere às várias emoções, à capacidade de oferecer respeito genuíno e aceitação sem críticas, ser uma relação terapêutica ou não. Sublinha, "*Os enfermeiros devem ser capazes de experimentar seus sentimentos e expressá-los, para que possam ser úteis aos pacientes*" (p.407).

Promover a privacidade do doente em situação de crise, é demonstrar respeito pelo outro, é um cuidado que gera confiança na relação com o enfermeiro.

É fundamental que como futura EESM desenvolva as capacidades de comunicação verbal e não verbal, pois cimentam a relação com o cliente promovendo o processo de cura, não devendo focar-se apenas nas suas capacidades técnicas (Neeb, 2000). Para esta autora é fundamental que o enfermeiro proporcione ao cliente um ambiente terapêutico que promova a

segurança e conforto, de modo a promover no cliente um sentimento de ser aceito.

Interação 2

Doente sexo feminino 46 a. com Depressão Major, que após alguns dias de internamento, inicia um comportamento autolesivo, provocando lesões no dorso das mãos e antebraço pelo uso de uma faca de mesa, simulando esfaquear-se no abdómen em frente a um grupo de doentes que estavam na mesma mesa a alimentar-se. Este agravamento do estado mental da doente havia ocorrido no dia anterior à ocorrência desta interação.

Assim, a interação decorre numa manhã, em que estão a ser prestados os cuidados na alimentação, gestão e administração da medicação dos doentes.

Quando me dirigo à doente mencionada, para realizar a sua medicação oral, é também feita a observação do cumprimento da sua medicação. Este momento pode ser privilegiado para se estar com o doente. Sentada, pergunto se queria mais água para ajudar a engolir os comprimidos, e reparo na feridas que tem nas mãos, dizendo-lhe que teríamos que fazer um penso à mesmas. Sem dirigir o seu olhar para mim, começa a chorar baixinho, cabisbaixa, aos soluços sem conseguir parar. Passado alguns instantes, volto a intervir com a doente e pergunto o que se passa para estar assim, ao que responde que não quer viver, que não está cá a fazer nada... que sente a cabeça vazia... e que tem uma voz atrás dela que lhe diz para se auto agredir...

Naquele momento imediato e após escutar a doente, senti medo e ansiedade, no entanto, agora penso que aquele momento passou a ser nosso, que apenas estavam duas pessoas sentadas naquela mesa, como se fizesse silêncio no refeitório, e conseguisse escutar apenas aquela voz...foi quase um momento mágico. O que me ocorreu foi tocar-lhe no braço e apertar suavemente, acabando por conseguir falar que os momentos de tristeza e angústia fazem parte da vida, e para suavizar esse sofrimento é preciso ter estratégias e isso leva tempo, lembrar as coisas boas, momentos de alegria partilhados com a família ou amigos, permitiu guiar o seu pensamento para passeios perto do rio com os seus filhos, perto do mar, tão apreciados pelos

seu filhos, emoções que me foi relatando, ao mesmo tempo que diminuía o choro...reforço à doente que estes pensamentos podem ajudar a afastar aquela voz...e é nesta altura que a doente retira debaixo das suas pernas a faca que guardava escondida e a deixa em cima da mesa... sem repreender, apenas consigo dizer-lhe que o que acabou de fazer foi uma vitória sua.

Esta interação fez-me pensar que, é imprescindível dar tempo ao doente para que possa exprimir o que sente no momento escolhido pelo doente. Pensar que o silêncio do enfermeiro pode ser aquilo que o doente quer ouvir, promover o toque num momento em que o doente está mais vulnerável pode ser terapêutico.

A minha reflexão passa por ter estabelecido uma relação empática com aquela doente. Para que a relação seja possível, são necessárias condições como a disponibilidade e atitude de escuta. São capacidades que o enfermeiro deve estar munido para que possa usar num momento inesperado, pois é o doente que de certa forma escolhe quando necessita e espera do enfermeiro que cuida dele, conduzindo a relação para uma relação terapêutica.

Segundo Challifour (2008), a relação de ajuda profissional é feita de trocas, obrigando a uma abertura mútua, em que cada um aceita influenciar e ser influenciado, assim como, dar e receber. Este autor refere, “ (...) *a relação de ajuda consiste numa interação particular ente duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda (.)*” (p.33). É uma relação em que o interveniente adota uma maneira de estar e de fazer, transmitindo-a de forma verbal e não verbal de acordo com os objetivos a alcançar, estes estão relacionados com os do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.

Interação 3

Esta interação, está relacionada com uma intervenção que resultou de uma estratégia para diminuir a ansiedade de alguns doentes, uns recém admitidos ao serviço que num estado de tensão e agitação psicomotora e outro, jovem já há alguns dias internado no serviço que não encontra a paz interior pela presença da doença mental (ainda por esclarecer), levando a um sofrimento atroz, talvez incompreendido por ele e por outros técnicos de saúde.

É então que numa agitação destes doentes, com várias abordagens dirigidas aos enfermeiros, em que estes tentam responder a estes apelos, a equipa de enfermagem estava a ficar sem capacidade de resposta imediata, pois os escassos recursos humanos não viabilizam esta condição.

Numa atitude terapêutica, convido o jovem a fazer uma marcha pelo serviço, em que os dois iniciámos lado a lado o percurso de forma acelerada (o espaço físico em forma hexagonal permite) várias vezes em volta das enfermarias, fui sendo acompanhada pelo jovem, quando faço o mesmo convite a uma das doentes que se encontra em agitação psicomotora, e a outra doente que se sente desamparada pois ainda não compreende porque ficou internada. Todos juntos fazemos a marcha num ritmo que todos consigam acompanhar. O grupo liderado por mim, e relembro as aulas teóricas práticas das Uc, fui dando indicações para descontrair os membros superiores, sacudindo as mãos, depois os pés, dando indicações para erguerem os braços no ar e dizer uma palavra alto...sempre a circular pelo corredor do serviço Aos poucos juntou-se mais um doente que nos vai acompanhando...até que chega a hora do almoço. Deixo-os no refeitório, agradecendo a todos este momento que partilhámos juntos, em que alguns também devolveram. Esta abordagem grupal, teve a duração talvez de 10- 15 minutos.

Foi uma sensação muito boa para mim, senti sentimentos de liberdade, de alegria e descontração de uma forma tão autêntica, e poder transmitir tudo isto a estes doentes em sofrimento mental foi para mim um crescer pessoal e profissional.

Por vezes, pode ser simples gerar um ambiente que permita algum relaxamento dos doentes, como por exemplo a actividade física.

Orientar um grupo de pessoas com doença mental é uma estratégia que o EESM pode desenvolver, criando um espaço físico próprio para que possam expressar as emoções, que permita escutar o outro e aprender com os outros, que promova sentimentos de respeito, assertividade, insight e motivação para a sua melhoria, desenvolvendo competências de âmbito psicoterapêutico e psicodinâmico ao indivíduo no contexto em que se insere.

Para fundamentar este cuidado de enfermagem faço referência a Afaf Meleis. Para esta teórica, a transição é um dos conceitos fundamentais na disciplina de enfermagem. A relação relação enfermeiro – cliente acontece quando na vida do indivíduo sofre alterações, em que ocorrem frequentemente períodos de transição de instabilidade que podem ser precipitados por alterações na saúde ou por mudanças causadas pela doença. Estas mudanças podem produzir alterações profundas na vida dos indivíduos e nas pessoas significativas, tendo implicações importantes para o bem-estar e saúde (Meleis, 2010).

Ao longo deste breve percurso na minha aprendizagem e desenvolvimento de competências de EESM, fui sugerindo a necessidade de existir um espaço para os doentes poderem expressar as suas emoções, sofrimentos e talvez alegrias, onde a partilha seria uma mais valia na valorização da pessoa com doença mental. Por este motivo foi elaborado um esboço para este tipo de intervenção da equipa de enfermagem, que tem como título “Intervenção de âmbito psicoterapêutico à pessoa com doença mental em contexto de grupo.”

Estar neste contexto do estágio clínico tem possibilitado a colaboração e participação nas consultas de enfermagem aos doentes após alta e grupo Famílias que integram o programa piloto. As consultas são orientadas pela enfermeira ESM, sendo as suas intervenções dirigidas para a adequação das respostas da pessoa e família face aos problemas específicos da doença mental, estes podem ser a adesão terapêutica, autocuidado, ocupação útil, alimentação saudável, actividade física, stress do cuidador familiar, entre

outros. Esta consulta de enfermagem tem como objetivo o agravamento da situação e a exclusão social, promovendo a recuperação restituindo a qualidade de vida da pessoa e família. (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, n.º 129 /2011).

Referências bibliográficas

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencialistas - Humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta-Soc. Port. De Material Didático, Lda.

Meleis, A. I. , (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York:Springer Publishing Company.LLC.

Neeb, K. , (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.Loures.

Stuart, G., W., Laraia, M., T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica- Princípios e Prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Tomey. M. M. A., Alligood.R. M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 5ª edição.2004.

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.
Regulamento
n.º 129/2011 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido por:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf. consultado em outubro de 2015.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de
Saúde Mental e Psiquiatria**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Ana Paula Almeida, nº 6059

Lisboa

Fevereiro, 2016

Estágio clínico – Serviço de Psiquiatria de um hospital, Unidade de atendimento de jovens, com orientação de EESM.

Jornal de aprendizagem

Descrição do evento...

Esta interação foi passada durante a reunião familiar de S. , sendo esta a segunda. Estiveram presentes S. e a sua mãe, assim como os técnicos, o médico psiquiatra que a acompanha, a coordenadora da Unidade, enfermeiro e a estagiária de enfermagem.

Tal como em outras reuniões, existiu o cuidado da disposição das cadeiras na sala estarem colocadas de forma circular, permitindo que o olhar de todos possa circular sobre todos os presentes, possibilitando aos técnicos tornar um ambiente terapêutico. Esta reunião também ocorreu numa situação de pós crise de S. em que esta fez uma intoxicação voluntária medicamentosa, há cerca de 4 dias, o que levou ao seu internamento, em que a alta teve lugar no dia anterior à reunião familiar.

O que penso, o que senti...

Senti-me expectante em como iria olhar para S., pois senti-me zangada com S. por ter feito o que fez quando existe uma equipa de saúde que se preocupa com ela, que quer ajudá-la a ultrapassar as dificuldades, que quer ajudá-la a viver uma vida de uma forma mais tranquila junto da sua família. Por outro lado, senti curiosidade para saber se S. iria corresponder às minhas questões, tais como “porquê?”, “ o que sentiu no momento em que decidiu ingerir os medicamentos”? , será que não existia ninguém ou outra forma que pudesse aliviar o sofrimento?” “ o que está a fazer falta para que S. possa dizer o que pensa, o que sente aos seus familiares?”

Quando vejo S. a entrar na sala senti pena de S. e com vontade de a abraçar, de lhe dizer que estamos ali para ajudá-la. Após todos estarem sentados, senti

preocupação, pois vi uma S. que estava zangada, triste e tensa, pela forma como franzia a testa e as sobrancelhas, pelo olhar cabisbaixo, sem o confronto, e pela postura encurvada do tronco e braços cruzados. Para Townsend (2010) os comportamentos faciais revelam em primeiro lugar os estados emocionais, como a felicidade, a tristeza, a raiva, surpresa e medo, tal como no comportamento visual, em que o contacto visual indica que o canal de comunicação está aberto, e ser o factor desencadeador da interação verbal entre duas pessoas (p. 137).

Durante a reunião, surgiu uma altura em que a mãe de S. diz “ achas que alguém que quer morrer, pede um cigarro logo a seguir?” Senti medo, por pensar que parecia que a mãe de S. não acreditava na vontade de morrer que S. transmitia na sua IVM, e o perigo que isso pode representar , pois olho para S. e vejo que o seu fâcies mudou, primeiro parece não compreender o que a mãe quis dizer, logo a seguir parece demonstrar uma grande tristeza, mas não se expressa verbalmente, apenas mantém o olhar para baixo e vai mexendo nos seus collants, parecendo por vezes beliscar a perna. Segundo Townsend (2010), citando fontes como *The Suicide Reference Library* (2004) e *The Samaritans* (2005), “ todo o comportamento suicida deve ser abordado com a gravidade de um ato potencial em mente (...)”, para além de que uma grande percentagem de pessoas que acabam por se matar têm um historial de tentativa anterior. (p. 274).

Avaliação e Análise

Esta interação conduz-me para a reflexão dos meus sentimentos perante uma tentativa de por fim a vida, em que a pessoa é uma jovem. Como é que esses sentimentos não devem interferir na relação terapêutica com a jovem. Que é importante conseguir focar-me no fim terapêutico do cliente, no entanto também é importante conseguir compreender para o risco que as minhas emoções podem dificultar o meu desempenho profissional na relação terapêutica. Esta interação permitiu-me experienciar o confronto com a tentativa de suicídio de um jovem, algo que me assusta por motivos como o desconhecimento do motivo que o levou a tal, pela dúvida de ser possível, que

ninguém se ter apercebido do sofrimento do jovem, ou pela incapacidade de não conseguir evitar a morte de um jovem por suicídio.

Conclusão e Planear a Ação

Estar na relação com um jovem que está a viver em angústia, permiti-me vivenciar emoções em que a autenticidade nem sempre é possível, penso que não poderia dizer a S. que estava zangada com ela, pois estaria a impor a minha pessoa á frente nesta relação, o que não seria nada terapêutico.

Refletir sobre as minhas emoções é permitir o meu autoconhecimento e sobre a forma como posso lidar com o que sinto sem interferir na relação com o cliente, recorrendo a pesquisa bibliográfica que fundamentam a minha conduta como profissional.

Bibliografia

Towsend,C., M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*.

Lusociência – Edições Técnicas e Científicas ® 2011.

APÊNDICE 12

ESTUDO DE CASO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem : Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Estágio clínico no hospital de Lisboa, Serviço de Psiquiatria

ESTUDO DE CASO

Realizado por : Ana Paula Almeida, nº 6059

Orientador de estágio EESMP

Professor Orientador: Prof. Luís Nabais

ÍNDICE

Introdução	1
1. Identificação Pessoal	2
2. Percurso escolar	2
3. História da vida familiar	2
3.1. . Elementos de referência na família.....	3
3.2. Ambiente familiar	3
4. História da vida pessoal	3
5. História Clínica	3
5.1. História de doença atual	4
6. Avaliação do Estado Mental	6
7. Medicação	6
8. Intervenção de enfermagem.....	7
8.1. Diagnósticos de Enfermagem/ Indicadores.....	7
8.1.1 Actividades Planeadas (NIC)	8
8.2. Actividades de Enfermagem	9
8.2.1. Reunião familiar	10
8.2.2. Intervenção na crise.....	11
8.2.3. Actividade Física /Desporto	12
9. Conclusão	13
10. Bibliografia.....	14

Apêndices

Apêndice 1 - Genograma

Apêndice 2 - Ecomapa

Introdução

Este estudo caso é realizado no âmbito do Curso de Especialidade de Enfermagem, Área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Tem como objetivos estudar de uma forma mais próxima a temática da adolescência e o sofrimento mental em contexto de hospital dia, e de que forma o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental contribui para a melhoria da condição de saúde e doença do adolescente e da família.

No decorrer deste trabalho irei descrever a história de uma cliente adolescente com que tive a oportunidade de contactar ao longo do estágio em contexto comunitário.

O contacto com esta cliente foi em dois grupo distintos, ou seja, antes e durante a integração da mesma a um novo grupo de adolescentes. Foi importante no sentido de observar que a sua maneira de estar e sentir foi tendo alterações ao longo da partilha das vivências dos outros novos elementos. Este grupo de adolescentes sendo maioritariamente feminino, apresentavam um leque de características semelhantes a S., tais como, abandono escolar, tristeza prolongada, anedonia, a vivência de um luto da morte de um dos progenitores, a existência de uma família no entanto incapaz de os ajudar, comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio.

Durante o estágio tive momentos em que através da observação participativa durante as actividades realizadas na unidade tais como o Grupo Terapêutico, as Reuniões Familiares e as Reuniões de Pais, actividades terapêuticas com Terapeuta Ocupacional e Técnica Superior de Serviço Social, no Desporto, e numa de uma breve entrevista junto da cliente, fui colhendo informações relevantes para a elaboração de um plano de cuidados para uma intervenção de enfermagem mais individualizado, recorrendo aos diagnósticos e indicadores de resultado da NOC.

Foi também elaborado o genograma e ecomapa que estão disponíveis em Apêndices. A colheita de informações foi sendo validada pelo enfermeiro orientador do estágio.

Deste modo, ao longo do estágio procurei observar o comportamento de S., as suas dificuldades, tentando uma aproximação que me permitisse também compreender as suas preferências, quais as actividades que lhe

davam mais prazer, conhecer a sua maneira de estar no grupo e conhecer a sua relação com a família e amigos.

Procurei realizar um plano de cuidados individualizados de modo que as intervenções pudessem atingir os resultados esperados para a melhoria da sua condição de saúde e bem estar e prepará-la para uma autonomia securizante.

1. Identificação Pessoal

S. é do sexo feminino, tem 19 anos de idade, é de nacionalidade portuguesa e natural do Alentejo. Possui o 10º ano de escolaridade completo, é solteira; considera ser de religião católica embora não praticante e reside na região de Lisboa. Neste momento, vive com a sua mãe e uma tia em Lisboa.

2. Percurso escolar

S. inicia o ensino pré escolar até aos 3 anos. Refere não ter muitos amigos nesta altura. Aos 4 anos muda de escola por motivos familiares; aos 5 anos regressa à primeira escola; refere não ter gostado dessa escola, da professora e da turma.

No 1º ciclo do EB (1º ao 4º ano), S. muda de escola, continuando sem ter amigos, achava que era “esquisita” (sic). Nesta altura, S. conhece a sua melhor amiga e comenta dizendo que era como ela, sempre sozinha. Refere ter sido boa aluna.

No 2º e 3º ciclo (5º ao 9º ano), S. muda de escola, mantendo os mesmos colegas; foi uma altura difícil pois a sua melhor amiga emigra.

No ensino secundário, S. tem dificuldade em se integrar, apresentando baixo rendimento escolar, começando a faltar à escola. Desiste da escola durante o 12º ano.

3. História da vida familiar

Morte do pai em situação dramática pelos 8/9 anos de idade de S.; a mãe tem história de depressão.

Irmão de S., estudante universitário, vem aos fins-de-semana a casa. S. refere que o seu irmão passa muito do seu tempo no computador, pelo que o diálogo é pouco.

3.1. . Elementos de referência na família

S. destaca a sua mãe e seu irmão, ambos com a mesma importância.

3.2. Ambiente familiar

Para S. o ambiente familiar é calmo, agradável. Existem momentos de conversa, de riso. Considera que gostam e que existe uma preocupação uns como os outros.

4. História da vida pessoal

A mãe de S. teve uma gravidez normal e tranquila. Nasce de cesariana., com parto de termo.

Foi amamentada com leite materno durante uma semana.

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, S. inicia a marcha aos 9/10 meses. Com 1 ano, diz as primeiras palavras. Tem controlo dos esfíncteres diurno, aproximadamente aos 2 anos.

Sem dificuldades na alimentação e hábitos de sono na primeira infância.

5. Historia Clínica

A história clínica desta utente é baseada na colheita de dados da entrevista clínica realizada pelos técnicos da unidade , desde o dia da triagem até à primeira entrevista clínica de recolha de dados na unidade e nos registos dos processos clínicos existentes.

S. entra para a unidade, acompanhada pela sua mãe. O motivo de referência a esta unidade foi um quadro de humor depressivo com pensamentos de auto desvalorização, comportamentos auto-lesivos, ideação suicida e tentativas de suicídio, na tentativa de ultrapassar dificuldades sentidas no momento. A impulsividade, ansiedade, tristeza, desesperança, sentimentos de culpabilidade e anedonia. Ao longo do tempo, também surgem a anorexia, maior irritabilidade e perda de prazer pela vida.

5.1. História de doença atual

S. inicia alteração do seu comportamento aos 12 anos, com quadro de isolamento social, perda de interesse nas actividades, tristeza, baixa de auto estima, pensamento crítico, sentimentos de culpabilidade desinteresse escolar com diminuição do seu rendimento.

É nesta altura da sua vida, que aos 12 anos perde a sua melhor amiga, quando esta emigra para o estrangeiro. Para S., sempre teve dificuldades em se integrar nas turmas da escola.

Aos 13 anos S. isola-se no seu quarto por grandes períodos. Mantinha o quadro de baixa de auto estima, com pensamento crítico, não gostava da sua imagem corporal, controlando tudo o que ingeria ao nível calórico, chegando a perder nesse ano 5 quilogramas. Nesta fase, a relação com a sua mãe e irmão torna-se difícil e distante.

Aos 14 anos, S. inicia comportamento autolesivo. Aos 15 anos, S. por motivos familiares, muda de escola, mantinha presente a anorexia. Apresentando comportamento mais agressivo, com discurso sarcástico quando se referia aos colegas da escola. Nesta fase, S. procura mudar a sua imagem exterior, em relação ao cabelo, e às suas roupas que usava, optando por ser diferente dos outros.

Quando S. tem 16 anos, inicia o namoro. Nesta fase S. torna-se mais ansiosa, tendo crises de ansiedade, que não conseguia compreender o motivo e controlar, iniciando consumos ilícitos de canabinóides (haxixe) e álcool. S. não transita de ano escolar.

Aos 17 anos, S. as crises de ansiedade surgem antes da ida para a escola, o que a levava a faltar muito. Por outro lado quando estava na escola, fechava-se nas casa de banho, para que os colegas não a vissem e assim conseguir controlar-se, segundo o mesmo, refere que sentia dificuldade em respirar, que tinha falta de ar.

S. termina o seu namoro, justificando estar farta, e sem ânimo. Transita o 11º ano, deixando uma disciplina do ano anterior. Inicia o seu tratamento com psicoterapia no hospital da sua área de referência.

Quando S. tem 18 anos, o seu quadro de ansiedade agrava-se, não conseguindo controlar os gritos que soltava. Não conseguia frequentar a escola. S. é levada pela sua mãe a uma consulta de psiquiatria (particular) tendo-lhe sido diagnosticada ansiedade generalizada e ataques de pânico. Foi medicada com Prozac (xarope), Victan e Socian. No entanto, sem apresentar melhoria dos sintomas de perturbação mental, a sua mãe procura nova ajuda médica psiquiátrica, tendo sido reajustada a medicação com o aumento de Prozac, por provável Depressão.

S. tem a sua primeira tentativa de suicídio, com IMV (60 comprimidos de Victan). Após alta hospitalar, S. deixa a escola (2º período, 12º ano). A mãe de S. recorre novamente a ajuda de outro médico psiquiatra, em que este último referencia S. para o um atendimento especializado a jovens em sofrimento mental.

Mais tarde, S. faz a sua segunda tentativa de suicídio , com IMV ((Victan, Paroxetina, Risperidona).

Faz ainda uma terceira tentativa de suicídio, com cortes no pulso. Tendo sido encontrada no seu quarto pela sua mãe.

S., faz a sua quarta tentativa de suicídio, IMV(paroxetina, Risperidona, Lorenin). S. não associa a nenhum acontecimento, apenas refere que queria desaparecer.

6. Avaliação do Estado Mental

Apresentação e postura: S. é de estatura média, magra, com idade coincidente com a idade real. Apresenta-se com postura adaptada à sua idade. Vestuário descontraído e adequado a sua idade.

Atitude e comportamento: apresenta-se calma, colaborante, fala dos assuntos sem dificuldade, procura abordar alguns assuntos de forma pouca aprofundada.

Afectividade e Humor: com *facies* predominantemente de tristeza, demonstrando no seu discurso, por vezes embotamento afectivo quando revive

momentos com o grupo de amigos; permanece sentada com braços pendentes no seu colo, quase imóvel, verbalizando de forma adequada as respostas às perguntas que se iam desenrolando.

Contato: com contato visual, colaborante e sintónico.

Consciência: vígil, sem alterações.

Orientação: orientada no espaço, no tempo auto e alopsiquicamente.

Memória e Atenção: sem dificuldade de concentração e foco.

Pensamentos: sem alterações no pensamento.

Discurso verbal e linguagem: discurso coerente, fluente. Sem alterações sintáticas ou semânticas.

Alterações Sensório Percetivas: sem alterações.

Alterações da Vivência do Eu: sem alterações.

Alterações da vida Instintiva: sem alterações.

Insight e Juízo Crítico: não desenvolve verbalmente raciocínios críticos quanto aos acontecimentos na sua vida nem faz associações, simplesmente narra os acontecimentos.

7. Medicação

Paxetil- 1 cp ao PA

Lorenin 1 mg- 1 cp ao deitar

Quetiapina 25 mg- ½ cp ao PA, ½ cp ao Alm, 1 cp ao Jt.

8. Intervenção de enfermagem

Desde o início, foi-me dito que o mais importante neste estágio era a relação que ia estabelecer com estes clientes. Considerando que a relação de ajuda seria um primeiro percurso que tinha que traçar. Assim, fui gradualmente caminhando para uma relação com S. que, num contexto muito reservado pelo *setting* terapêutico, com regras pré determinadas e combinações específicas de cada profissional da equipa, tentei encontrar um papel na equipa e no grupo dos adolescentes, que considero que nem sempre foi fácil.

De forma a dar um melhor conteúdo e fundamentar a intervenção de enfermagem, fui buscar o conceito de Relação de Ajuda de Chalifour, (2008, p:33), definindo-a como uma *“interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade”*. Num contexto profissional, a fim de conseguir a referida relação, observei as interações que decorriam nas actividades de grupo e entrevistas familiares, nas formas de linguagem verbal e não verbal, que me conduziram para uma melhor compreensão de S., dentro de um ambiente terapêutico, sendo este um conceito fundamental no cuidar.

8.1. Diagnósticos de Enfermagem/ Indicadores

Desta forma foram sendo levantados diagnósticos de enfermagem, baseadas na ligação NOC- NANDA, com os indicadores de resultados da NOC pertinentes para um plano de cuidados.

Assim, temos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- **Risco de suicídio**, definido por, *risco de lesão autoiniciada e que traz risco de morte*.

Resultado sugerido:

- **Autocontrolo de Comportamento Impulsivo**, definida por, *autocontrolo quanto a comportamentos compulsivos ou impulsivos*.

Indicadores:

- Identificação de sentimentos que levam a ações impulsivas
 - Reconhecimento dos riscos do ambiente
 - Controlo de impulsos
 - Uso de suporte social disponível.
- **Negação Ineficaz**, definida por, *tentativa consciente ou inconsciente para desaprovar o conhecimento ou o significado de um evento para reduzir a ansiedade e o medo, mas que leva a prejuízo da saúde.*

Resultado sugerido:

- **Autocontrolo da Ansiedade**, definida por, *ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fontes não identificadas.*

Indicadores:

- Redução de estímulos ambientais quando ansioso
 - Manutenção das relações sociais
- **Desesperança**, definida por, *estado subjetivo em que um indivíduo vê alternativas, ou escolhas pessoais limitadas ou ausentes, disponíveis, não conseguindo mobilizar energia em proveito próprio.*

Resultado sugerido:

- **Autocontrolo da Depressão, definido por**, *ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida.*

Indicadores:

- Relato de um sono adequado
- Relato de melhora de humor
- Participação de actividades agradáveis
- Estabelecimento de metas realistas

8.1.1 Actividades Planeadas (NIC)

Redução de ansiedade: redução da apreensão do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.

- Usar uma abordagem calma e tranquilizadora;
- criar ma atmosfera que facilite a confiança;

- ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade;
- encorajar a expressão de sentimentos, percepção e medos;
- escutar o paciente com atenção;
- observar sinais verbais e não verbais e ansiedade;
- orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento.

Controlo de humor: oferta de segurança, estabilização, recuperação e manutenção de paciente com humor disfuncionalmente deprimido ou elevado.

- Avaliar o humor;
- administrar questionários de autoreflexão preconizados no serviço;
- providenciar oportunidades para actividades físicas;
- interagir com o paciente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ ou oferecer uma oportunidade para expressar os seus sentimentos.

8.2. Actividades de Enfermagem

A intervenção de enfermagem abrange todas as actividades que se realizam na unidade, em que o desempenho incide na participação e observação de S., pois são momentos de avaliação de S. de modo a ter informações pertinentes para transmitir a equipa. A observação passa pelo modo como S. participa nas actividades e como interage com os elementos do grupo, pelo seu estado de humor (na maioria das vezes sem grande oscilação de humor).

S. esteve quase sempre presente nas actividades realizadas na unidade, participando, procurando por vezes envolver os outros elementos. Contudo conforme os outros adolescentes foram conseguindo expressar algumas das suas emoções, S. parece sentir-se desconfortável, chegando mesmo a desabafar como "...este grupo é tóxico...". Então observam-se períodos de ausência de S., referindo ausentar-se para outra cidade do país.

Contudo, considero muito importante que, para S., a intervenção seja ao nível de actividades como:

8.2.1. Reunião familiar

De forma a poder intervir com a adolescente S. estive presente nas reuniões familiares, onde pude constatar que a relação de S. com os seus familiares, mãe e irmão era estável. Notou-se durante a entrevista que existia uma grande preocupação de sua mãe e irmão em ajudar S. , no entanto consideravam que não tinham capacidade ou conhecimento para que essa ajuda fosse possível chegar a S. , parecendo demonstrar grande sofrimento. A reunião tornou possível tocar, falar num assunto familiar que parecia estar pouco esclarecido para S. a morte de seu pai. S. nas suas palavras em tom baixo, parecia manifestar que a verdade acerca da morte de seu pai não havia sido contada. Que vivera todos estes anos com algo que a mãe não transmitiu, até que a sua mãe, diz, ..." com querias que se contasse a uma menina de oitos anos que o pai morreu?", o seu irmão acrescenta, "... sim S. o pai morreu num acidente, foi assim que aconteceu..." Para S. parecia querer a resposta para o motivo da sua morte, pois S. teve conhecimento por outros que seu pai se suicidara por enforcamento. Durante a reunião familiar a mãe de S. diz ter uma carta que o pai de S. deixara.

Para mim, foi importante transmitir em reunião de equipa, o meu sentir, a minha reflexão depois da reunião familiar, para S. a morte de seu pai, o suicídio era uma assunto pouco falado em família, como se pudesse sentir a mágoa sem a poder manifestar para não ferir outros, como a sua mãe. Parecia que falar sobre a morte podia ser um alívio, parecia que S. estava presa num passado obscuro, que não lhe permitia ser feliz.

S. é assim um caso clínico para ser apresentado em reunião mensal. No entanto não foi possível esta reunião, pelo motivo do diretor de serviço estar presente numa outra reunião de serviço.

Mas, estando S. disponível para a entrevista, a equipa acaba por realizar a entrevista a S. abordando a morte do seu pai, levando-a a refletir sobre o que sente, abordando as emoções como um reflexo do sofrimento, levando S. a refletir sobre o seu comportamento, levando S. a refletir sobre a emergência em viver as emoções, tal como exemplificou a pedopsiquiatra, "... é como uma ferida infectada, primeiro trata-se a infeção e depois a sua cicatrização..." para

que S. consiga prosseguir na sua vida, para que consiga realizar os projectos que quer concretizar.

8.2.2. Intervenção na crise

Numa atitude de manter contacto, demonstrando estar disponível com S., estou presente em actividades como a musicoterapia. Assim, numa dessas actividades, noto que S. parecia estar tensa, pelo modo como tocava o instrumento, sem variar a sua escolha e tonalidade, sem confrontar o olhar com os seus pares, pela sua postura, sentada no chão com pernas muito flectidas junto ao corpo, ombros caídos para a frente e olhar fixo.

Então durante a actividade é pedido que através do instrumento, mandemos uma mensagem sonora ao outro de forma aleatória. Envio a S. mensagens que pudessem provocar alguma reacção, no entanto sem sucesso. Pois S. continuou no seu ritmo, enviando o “silêncio” para os restantes, várias vezes.

Durante o intervalo, S. tem uma crise. Apresentando um quadro de respiração ofegante, braços cruzados, com as mãos sobre os antebraços, parecendo querer autolesionar-se, com olhar fixo e para o chão, parecendo não querer confrontar o olhar com outros. É nesse momento que me dirijo a S. quando já se dirigia para o exterior da unidade. S. estava acompanhado por outra adolescente que a levava pelo braço.

Tento dialogar com S., pergunto o que se passa, o que está a sentir, se estava a precisar de falar com o seu médico, S. apenas responde por monossílabos, mantendo o olhar para baixo, com a franja do cabelo caída para a frente, dizendo que não sabe o que se passa com ela, que não precisa e falar com o seu médico pois nada tem para dizer. Noto que S. continua muito tensa, tento tocar nas suas mãos para lhe dar algum conforto mas S. afasta-as parecendo repudiar este gesto. S. continua com o mesmo comportamento, tento mudar o assunto, tentando que não me afastasse de vez. Pergunto-lhe se não tem frio, pois estava de mangas curtas, referindo que talvez não fosse bom ir para o exterior assim pois estava muito frio lá fora, S. responde que não tem frio. Fazendo breve silêncio, dou indicação a outro adolescente que fico com S., levando-a para dentro da sala das actividades.

Nesse momento, sabendo que S. tinha preferência pelo desenho, pergunto se quer desenhar algo, S. encolhe os ombros, parecendo ser indiferente. Em conjunto preparámos a mesa (que estava arrumada)., S. com iniciativa vai buscar a sua caneta à mala, e começa a desenhar numa folha branca. Começa por desenhar flores, várias vezes as mesmas flores unidas umas às outras. Começo por falar da sua arte em desenhar, no seu traço fino e perfeito com que desenha as flores. S. diz que neste momento 'apenas consegue fazer este tipo de desenho. S. diz não compreender o porquê. Parecia que esta interação diminuía a ansiedade de S.

S. falou na sua aprendizagem na escola e como gostava das aulas de desenho. Parecia estar mais concentrada no aqui e agora, parecia conseguir controlar o seu pensamento naquele momento.

8.2.3. Actividade Física /Desporto

S. demonstrava no início alguma timidez em participar nas modalidades desportivas, simplesmente parecia estar presente para não ter falta. Sempre que era incentivada e apoiada para a jogada da equipa, S. estava presente e colaborava na jogada. Estar num grupo em que a participar é tão importante como ter um bom desempenho, promove o sentimento de pertença.

Esta actividade promove a coesão de grupo, o respeito pelo outro, a socialização e promove de igual modo a saúde física destes adolescentes.

Para S. a actividade física/ desporto não é uma das suas favoritas, pois considera que não tem um bom desempenho no desporto.

No entanto, S. tem uma participação constante, empenhada, demonstrando na maioria das vezes estar divertida, participando nas várias modalidades desportivas de forma agradável e em equipa.

S. faz a sua demonstração de contentamento e vitória, por várias vezes, através de uma dança, provocando momentos de riso e alegria no grupo.

Quando S. está nesta actividade, parece estar despreocupada com a sua falta de *performance* no futebol, voleibol ou basquetebol ou outra. Pois estar no grupo ajuda a respeitar a sua condição, mostrando que é igual aos outros.

Ao longo do tempo, foi demonstrando estar mais concentrada nas actividades, procurando melhorar o seu desempenho na equipa.

9. Conclusão

Para S. tem sido muito importante a sua presença nesta unidade. Estar numa equipa que se foca nos adolescentes de forma individual, que está atenta ao sofrimento que cada um tem dentro de si, e que, de uma forma suave, os leva a refletir sobre si mesmos, sobre a suas famílias, sobre as inseguranças e medos.

S. apresentando-se numa figura bem apresentada, que está presente quase sem dar pela sua presença...que por vezes parece mostrar a sua tristeza, no olhar, na falta de apetite, no seu isolamento, nas poucas palavras que profere quando estimulada, ou numa das actividades, seja ela na expressão pelo corpo e gesto com a terapeuta ocupacional, ou na criação do jornal da unidade junto da técnica de serviço social. S. está numa equipa multidisciplinar em que as intervenções psicoterapêuticas ou de âmbito psicoterapêutico com os adolescentes convergem para um processo de tomada de consciência de si mesmos, convidando-os a uma reflexão constante.

S. receia estar nos grupos terapêuticos, definindo-as como “pesadas”, pois pensar nas emoções deixa-a inquieta, remexer nas suas emoções mais profundas deixa-a ansiosa, talvez por estar em sofrimento há muito tempo.

S. tem uma boa relação com a sua família, são as pessoas mais importantes. Mas é uma relação que parece camuflar todo um sofrimento familiar desde o suicídio de seu pai, ou talvez mesmo, desde que o seu pai tem a depressão.

Parece que S. transporta consigo o medo de perda, de perder a sua mãe, tal como já perdera o seu pai...será esta a insegurança de S. que a leva a ter comportamentos de risco?

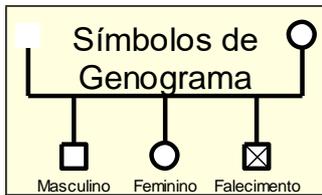
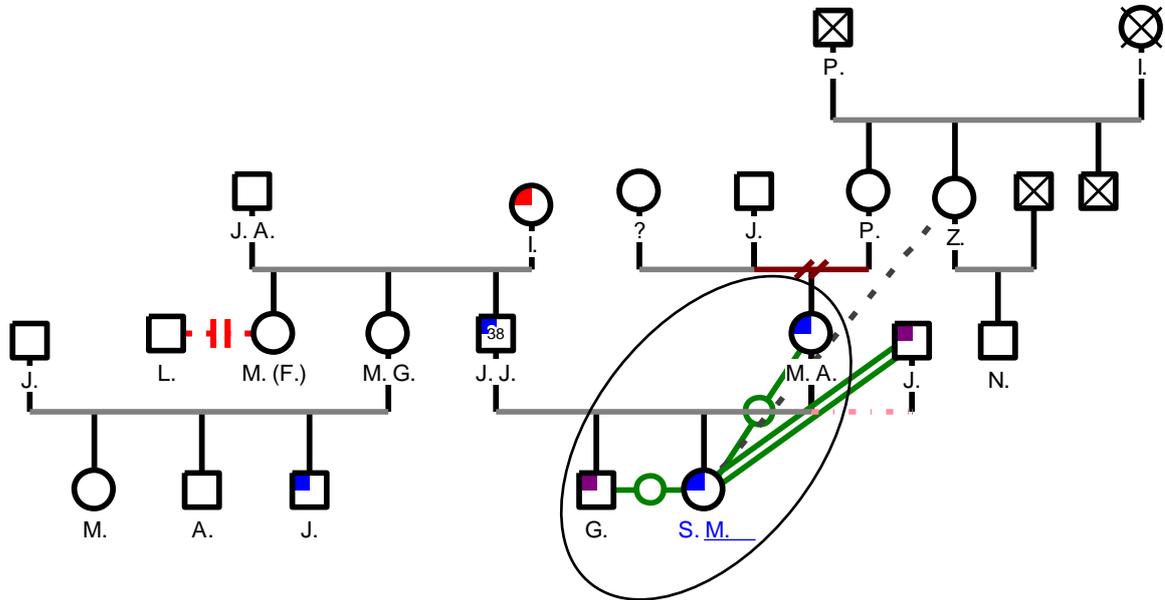
O enfermeiro está na relação de ajuda com S. também pela expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais, sendo esta a base de todas as suas intervenções. As diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que servirão como os seus principais utensílios (Chaliffour, 2008).

Bibliografia

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencialistas-Humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta-Soc. Port. De Material Didático, Lda.

Moorhead, S. et al. 2010. *Noc. Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro.

GENOGRAMA



ECOMAPA

