



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Gestão das emoções como fator promotor da saúde
mental nos adolescentes**

Susana Lourenço Fernandes Marques



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Gestão das emoções como fator promotor da saúde
mental nos adolescentes**

Susana Lourenço Fernandes Marques



Orientador: Professor José Manuel Tátá Falé



**Lisboa
2021**

“As emoções não podem ser conhecidas pelo indivíduo que as possui antes de
haver consciência.”

(Damásio, 1994)

AGRADECIMENTOS

O meu percurso ao longo do mestrado em enfermagem na especialização em saúde mental e psiquiátrica, foi partilhado por diversas pessoas que me são próximas, pessoas essas que no decorrer do mesmo em conjunto com a instalação da pandemia se mantiveram presentes, mas à distância. Senti que a minha dedicação a esta nova etapa de vida foi admirada e incentivada por essas mesmas pessoas.

Agradeço do fundo da minha alma e coração ao meu marido e às minhas filhas que se encontram precisamente na transição para o estágio adulto e que são sem dúvida alguma para mim o meu porto de abrigo, por todo o apoio e suporte emocional nos momentos em que, perante a crescente necessidade da minha atuação enquanto enfermeira nos cuidados de enfermagem necessários em contexto de pandemia e a exigência da dedicação que este percurso me exigia, várias vezes ponderei em suspender a continuação do mestrado, no entanto, eles apoiaram-me nas minhas angústias e dilemas, fornecendo-me a esperança e o incentivo de que este era um projeto pelo qual eu tinha ansiado e esperado o “momento certo”.

Sou grata aos meus orientadores de estágio por me terem incentivado e apoiado neste meu percurso de desenvolvimento pessoal e de aprendizagem, com a partilha das suas experiências e conhecimentos.

Por último agradeço profundamente ao meu querido professor José Falé, que me acompanhou e que com o seu conhecimento e sabedoria me orientou durante o estágio, que me ouviu nos meus dilemas e ansiedades, instilando em mim uma energia para continuar o meu percurso neste desafio.

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros Saúde

ACO - Anticoncepcional oral

CAJA - Centro de atendimento ao jovem e adolescente

CHLC - Centro Hospitalar Lisboa Central

CHP - Centro Hospitalar do Porto

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem

COPE - *Creating Opportunities for Personal Empowerment*

CSP - Cuidados de saúde primários

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DIG - Diagnóstico imunológico de gravidez

ECT - Eletroconvulsivoterapia

EEC - Estímulo-emocional-competente

EESMP - Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

ERQ-CA – *Emotional regulation questionnaire for children and adolescents*

ESMP – Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

HBSC - *Health Behaviour in School-Aged Children*

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

IVG - Interrupção voluntária da gravidez

NIC – *Nursing Interventions Classification*

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática baseada na evidência

PF - Planeamento familiar

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

RE - Regulação emocional

SMP – Saúde mental e psiquiatria

SNS - Sistema nacional de saúde

SU -Serviço de urgência

TEEN - *Thinking, Emotions, Exercise, Nutrition*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidades de Saúde Familiares

RESUMO

A temática central deste relatório é a gestão das emoções como fator promotor de saúde mental nos adolescentes. Nos últimos 30 anos a importância do funcionamento das emoções e o seu impacto no desenvolvimento da pessoa, despertou o desenvolvimento da literatura nesta temática, contribuindo assim, para o reconhecimento de que a gestão das emoções promove o funcionamento psicossocial e emocional de forma adaptativa. As estratégias de regulação emocional mais aprofundadas teoricamente são a reavaliação cognitiva e a supressão emocional. A primeira promove a diminuição da ansiedade e da depressão, sendo por isso, coadjuvante de um melhor relacionamento interpessoal. A segunda, fomenta uma interação social menos favorável e menos eficaz.

Segundo a OMS, globalmente, a depressão é a quarta causa principal de doença mental entre os adolescentes de 15 e 19 anos, a décima quinta entre os 10 e os 14 anos, dando ainda destaque à ansiedade como causa principal de distúrbio emocional e consequente prejuízo no desenvolvimento psicossocial do adolescente.

Visando a aquisição de competências na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o alicerce deste trabalho incidiu na pesquisa bibliográfica, análise sistematizada e reflexiva do desenvolvimento académico no decorrer da operacionalização do projeto de aprendizagem clínica. Recorrendo à metodologia de projeto, foi aplicada uma intervenção psicoeducativa sustentada no modelo conceptual da Teoria de Sistemas de Betty Neuman com a respetiva elaboração dos diagnósticos de enfermagem baseados na Nanda, foi realizada uma entrevista inicial e aplicado o questionário ERQ-CA (*emotional regulation questionnaire for child and adolescent*), validado para a população portuguesa.

Como resultado, percecionou-se a pertinência do investimento em projetos no âmbito da promoção da gestão das emoções para os adolescentes, quer em ambiente escolar, como em espaços de saúde dedicados a atendimento dos mesmos.

Palavras-chave: *adolescente, emoções, regulação, saúde mental, enfermagem*

ABSTRACT

The central theme of this report is the management of emotions as a factor promoting mental health in adolescents. Over the past 30 years, the importance of the functioning of emotions and its impact on the person's development has sparked the development of the literature on this subject, thus contributing to the recognition that the management of emotions promotes psychosocial and emotional functioning in an adaptive way. The theoretically deeper emotional regulation strategies are cognitive reappraisal and emotional suppression. The first promotes the reduction of anxiety and depression, being, therefore, supporting a better interpersonal relationship. The second fosters a less favorable and less effective social interaction.

According to the WHO, globally, depression is the fourth leading cause of mental illness among adolescents between 15 and 19 years old, the fifteenth between 10 and 14 years old, highlighting anxiety as the main cause of emotional disturbance and consequent damage in the psychosocial development of adolescents.

Aiming at acquiring skills in the area of specialization in mental health and psychiatric nursing, the foundation of this work focused on bibliographical research, systematic and reflective analysis of academic development during the operationalization of the clinical learning project. Using the project methodology, a psychoeducational intervention was applied based on the conceptual model of the Systems Theory of Betty Neuman with the respective elaboration of the nursing diagnoses based on Nanda, an initial interview was carried out and the ERQ-CA questionnaire (emotional regulation questionnaire) was applied. for child and adolescent), validated for the Portuguese population.

As a result, the pertinence of investing in projects to promote the management of emotions for adolescents was perceived, both in the school environment and in health spaces dedicated to their care.

Keywords: *adolescent, emotion, regulation, mental health, nursing.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. Adolescência	17
1.2. Emoções	20
1.3. Estratégias de Regulação Emocional	22
1.4. Promoção da Saúde Mental em Portugal	25
1.5. Enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica	28
1.6. Intervir à luz da Teoria de Sistemas de <i>Betty Neuman</i>	30
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO EESMP	33
2.1. Ensino Clínico I: Contexto Comunitário	33
2.2. Operacionalização do Projeto: <i>Gestão das emoções como fator promotor de saúde mental nos adolescentes</i>	38
2.2.1. Problemática	38
2.2.2. Metodologia	42
2.2.3. Considerações éticas e deontológicas	44
2.2.4. Descrição da implementação do projeto de estágio	45
2.2.5. Análise dos resultados obtidos	48
2.2.6. Avaliação da Intervenção Psicoeducativa: O Regul@-T	51
2.3. Ensino Clínico II – Contexto de Internamento	54
2.3.1. Acompanhamento Individual – Estudo de Caso	56
2.4. Contributos para o desenvolvimento das competências do EESMP	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

Anexo I

Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)

Anexo II

Autorização do ACES para implementação do projeto de estágio

Anexo III

Protocolo de Electroconvulsivoterapia

APÊNDICE I

Atividades a desenvolver em contexto de estágio

APÊNDICE II

Jornais de Aprendizagem

APÊNDICE III

Sessão psicoeducativa: “Sexualidade e Adolescência”

Apêndice IV

Plano de cuidados no âmbito da intervenção psicoterapêutica

Apêndice V

Transcrição das Entrevistas Iniciais do Regul@-T

Apêndice VI

Planificação das Sessões Psicoeducativas e respetivas apresentações

Apêndice VII

Questionário para avaliação da sessão psicoeducativa

Apêndice VIII

Registo observacional da atividade psicoterapêutica

Apêndice IX

Estudo de Caso

Apêndice X

SESSÃO PSICOEDUCATIVA A GRUPO: “Vou ter alta e agora?”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estratégias de regulação emocional definidas pelo Modelo Processual de Regulação emocional (Gross, 1998)	19
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados da aplicação do questionário ERQ-CA para avaliação da regulação emocional.....	46
--	----

Gráfico 2: Prevalência da Utilização de Estratégias de Regulação Emocional pelos adolescentes integrados no Regul@-T.....	46
---	----

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, ministrada no 11º Mestrado na Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Assim sendo, este relatório tem como finalidade descrever de forma crítica o meu percurso enquanto enfermeira no desenvolvimento e aquisição de competências especializadas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) durante a realização do estágio. Pretende também, relatar as atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico na comunidade e de internamento, de acordo com os objetivos definidos no projeto de estágio, tendo em conta a necessidade de alguns ajustes e adaptações aos contextos, que foram imperativos, motivados pelo contexto atual de pandemia por covid-19. A realização deste relatório de estágio também tem como objetivo ser alvo de discussão pública, com a finalidade de obtenção do grau de mestre.

A realização do estágio decorreu em dois contextos diferentes, um na comunidade, no Centro de atendimento ao jovem e adolescente (CAJA) de um Agrupamento de Centros de Saúde e o outro num serviço de internamento de psiquiatria de doença mental para adultos, em contexto de agudização da mesma. Assim, a operacionalização do meu projeto, no âmbito da promoção da saúde mental, mais concretamente na promoção da gestão das emoções do adolescente como fator promotor de saúde mental: o Regul@-T, desenrolou-se no contexto do ensino clínico da comunidade. Relativamente ao ensino clínico em contexto de internamento, de particular importância para a continuação da aquisição e desenvolvimento de competências do EESMP, optei, como principal estratégia de intervenção, pela realização do estudo de caso.

Dado que, grande parte do meu estágio decorreu numa conjuntura de estado de emergência, devido à pandemia por covid-19, surgiram vários desafios na realização do mesmo, entre elas: regras limitadas no acesso às unidades de saúde e suspensão dos programas assistenciais ou redução dos mesmos ao mínimo possível, por forma a disponibilizar os profissionais de saúde para os cuidados de saúde no combate à pandemia, sendo necessária a constante triagem das pessoas para permitir o acesso destas às unidades de saúde, quanto à presença de sintomas suspeitos de covid-19. O decreto de confinamento a 15 de janeiro de 2021, e,

consequente restrição de circulação de pessoas, com a suspensão da atividade letiva presencial inclusive, tiveram impacto acrescido na aplicação do projeto previamente estabelecido para a realização do estágio na comunidade, acarretando por isso algumas adaptações.

A temática central deste relatório é a promoção da gestão das emoções no adolescente, como fator promotor de saúde mental no mesmo. Nesta etapa do ciclo vital, onde ocorrem grandes transformações a nível físico, cognitivo, neurológico e emocional. Para mim, que exerço funções de enfermagem numa equipa de saúde escolar, o tema tornou-se relevante, na medida em que frequentemente os professores reportam situações de adolescentes com comportamentos agressivos dentro e fora da sala de aula, alunos com comportamento inibido, o que lhes dificulta a relação com os pares e com o professor, entre outros. Pareceu-me por isso, uma temática muito pertinente para ser desenvolvida no âmbito da enfermagem de SMP. Segundo Damásio (2012), “as emoções desenrolam-se no teatro do corpo e os sentimentos no teatro da mente” (p.42), pelo que as emoções são visíveis na expressão facial, no tom de voz, na postura corporal e no comportamento, enquanto os sentimentos são guardados na mente do proprietário. Contudo, as emoções e os sentimentos estão intimamente ligados, as primeiras precedem os sentimentos resultantes da interpretação cognitiva atribuída pela pessoa (Damásio, 2012).

Nos últimos 30 anos a importância do funcionamento das emoções e da sua implicação no desenvolvimento da pessoa, estimulou o crescimento de pesquisas empíricas dedicadas a esta temática. A evolução do conhecimento nesta área, contribuiu para o reconhecimento, de que a gestão das emoções promove o funcionamento psicossocial e emocional de forma adaptativa. Surge assim, o conceito de regulação das emoções que envolve processos intrínsecos e extrínsecos por forma a monitorizar, avaliar e alterar as reações emocionais mediante os objetivos pretendidos. O contexto social, ao longo das pesquisas que têm vindo a ser feitas, constata-se que tem grande influência no desenvolvimento da regulação emocional nas crianças e adolescentes, desde a interação com os professores na escola e com os seus pares, acrescenta-se ainda, o ambiente cultural onde está inserido e a influência dos *media*. Não menos importante é o papel dos pais, na contribuição para o desenvolvimento da regulação emocional dos seus filhos, pois o contexto parental é o primeiro ambiente onde as crianças assimilam as regras do funcionamento da expressividade emocional e, perante a mesma, obtêm a compreensão dos outros por

essa mesma expressividade, dando assim o seu contributo para o desenvolvimento das competências sociais e emocionais das crianças e adolescentes (Bariola et al., 2011).

Ao falarmos de emoções, inevitavelmente temos de falar de regulação emocional (RE), de acordo com a conjuntura social do adolescente, pode ser definida como um processo em que a pessoa apresenta diminuição ou aumento da expressão emocional positiva ou negativa de forma adaptativa, constituindo-se assim uma competência que contribui para o bem-estar psicológico e social. A regulação das emoções envolve a utilização de diferentes estratégias, nomeadamente a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (Chervonsky & Hunt, 2019), em que a reavaliação (reinterpretação) emocional é utilizada para alterar a interpretação de uma situação negativa, alterando assim o impacto emocional, e deste modo, a pessoa reduz a preocupação e a ansiedade sobre o evento sucedido. A supressão emocional é geralmente utilizada como resposta emocional a uma situação para inibir a resposta verbal, as componentes gestuais e faciais associadas à expressividade emocional, sendo por isso eficaz na redução da expressão da emoção, contudo não é muito eficiente na redução das componentes experienciais da emoção, neste sentido os sentimentos associados à preocupação ou ansiedade gerados pelo evento mantêm-se. Assim, as pessoas que tendem a reavaliar as situações ou as suas interações sociais de forma positiva e agradável contribuem para respostas emocionais mais positivas e conseqüente bem-estar social, levando a respostas mais positivas com impacto no bem-estar social, permitindo que a pessoa desenvolva relacionamentos mais próximos e mais positivos com os outros, sendo por isso também mais aceites pelas outras pessoas. Em contrapartida, a supressão emocional pode ser particularmente prejudicial na interação social, devido à inibição da expressão emocional e conseqüente prejuízo na comunicação por meio da expressão facial, verbal e gestual (Chervonsky & Hunt, 2019). De acordo com (Queirós, 2014), a gestão das emoções “refere-se à capacidade para regular reflexivamente as emoções em si próprio e nos outros, de modo a promover o desenvolvimento emocional e intelectual” (p. 200), assim, a regulação emocional é a adoção de estratégias pela pessoa, por forma a atuar, mediante as suas emoções e orientada pelos seus sentimentos daí resultantes.

Tendo em consideração os dados do relatório: “Sem mais tempo a perder” do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019), num estudo realizado em 2018, 81,7% dos

adolescentes portugueses referem sentir-se felizes, no entanto, 27,6% referem sentir-se frequentemente preocupados todos os dias, várias vezes por dia, também 27,6% dizem que variadas vezes as coisas não lhes corriam como expectavam e 26,2%, dizem sentirem-se com pouca confiança e capacidade para lidar com os seus problemas pessoais. Estes dados reforçam por si, a necessidade de se desenvolverem intervenções junto das crianças e adolescentes no intuito de promover a gestão e regulação das emoções CNS (2019, p.56).

Por outro lado, e de acordo com a Ordem dos enfermeiros (OE), enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, devemos mobilizar habilidades e conhecimentos, que permitam prestar cuidados de qualidade, por isso o EESMP

presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser co-responsável em todo o processo de cuidados (OE, 2017, p. 4)

Assim, a prática de cuidados de enfermagem centrada numa perspetiva holística, possibilita uma visão global da pessoa, permitindo ao enfermeiro que, para além dos aspetos físicos, valorize igualmente os psicológicos, espirituais, culturais e sociais (McEvoy & Duffy, 2008). Posto isto, o cuidado centrado na pessoa inclui trabalhar com o cliente, tendo em conta as suas crenças, os valores, a viabilidade de assumir um contrato terapêutico e com uma atitude empática promover uma decisão partilhada, por forma a dar resposta às necessidades de ajuda da pessoa. (McCormack & McCance, 2006).

Partindo dos pressupostos anteriores e dado que, o adolescente está em constante interação com o meio onde se desenvolve, optei pela teoria de sistemas de *Betty Neuman*. Esta autora classifica os agentes stressores em três categorias de origem: os extrapessoais relacionados com o ambiente, os interpessoais relacionados com a interação com outras pessoas e os intrapessoais relacionados com fatores emocionais intrínsecos da pessoa. Utiliza ainda, uma observação das necessidades humanas para proteção e redução do *stress* centrada no sistema onde a pessoa está inserida, por forma a identificar preventivamente os fatores de risco e causadores de *stress* que possam provocar desequilíbrio no ser humano, sendo assim, o enfoque de

intervenção de enfermagem é a prevenção. Esta intervenção, numa visão holística, possibilita direcionar os cuidados de enfermagem para a pessoa inserida num contexto cultural, social, de crenças e valores, família e de grupo (Diniz et al., 2019).

No que respeita à estrutura deste relatório, este divide-se em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento conceptual, onde aborda os conceitos principais que justificam a pertinência da temática selecionada para a realização do projeto de estágio e sua operacionalização em ensino clínico, faz referência à importância do papel do EESMP e ao referencial teórico de enfermagem de *Betty Neuman: A teoria de sistemas*. Quanto ao segundo capítulo, descreve a metodologia utilizada, contextualiza a problemática, os objetivos predefinidos inicialmente no projeto de estágio e a sua operacionalização, a descrição dos contextos clínicos onde decorreram os ensinamentos clínicos e respetivas atividades de enfermagem e intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas nos mesmos, com as reflexões que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e respetivos jornais de aprendizagem. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, utilizei a taxonomia da Nanda (2018-2020) e do Padrão de documentação em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica da OE de 2018; para a realização dos planos de cuidados baseei-me nas intervenções da NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) No terceiro capítulo, serão realizadas as considerações finais, dificuldades sentidas, questões daí resultantes e os contributos da realização deste percurso para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica.

O presente relatório foi redigido segundo as normas do Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, segundo a norma APA, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2020).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Adolescência

Os termos adolescência e adolescente surgiram no vocabulário francês nos séc. XIII e XIV, a palavra adolescente advém do latim, do verbo *adolescere* e representa crescer. Assim, a adolescência é uma etapa do ciclo vital, que se caracteriza por um grande desenvolvimento fisiológico, onde se desenrolam mudanças emocionais que perturbam o equilíbrio interno do adolescente, e que impõem uma reorganização do seu “eu”, implicando assim, um novo modo de ser e de estar no mundo. É uma fase em que deixa de ser criança e ainda não é adulto, pelo que durante este período de transição, por vezes, a transgressão torna-se necessária no decorrer do seu crescimento para que o próprio adolescente progrida, para quebrar com os modelos parentais, que se tornam insuficientes para o seu desenvolvimento como pessoa e desenvolver a sua autonomia (Coslin, 2009).

O intervalo de idades definido para a adolescência é variável para diferentes países e é definida como o período de transição entre a infância e a vida adulta, com transformações profundas a nível físico, emocional, mental, social e sexual (Eisenstein, 2005). Segundo a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erickson, definiu o período entre os 13 e os 21 anos, como sendo uma etapa, durante a qual, o adolescente sofre grandes transformações quer a nível psíquico, como fisiológico, onde ao longo deste processo, através da interação com os seus pares e o ambiente que o rodeia, tenta descobrir qual o seu papel na sociedade, para quando chegar à fase adulta ter adquirido uma identidade própria. Para isso, experimenta diversos papéis de modo a descobrir com os quais se identifica ou rejeita; estabelecendo assim gradualmente o que quer ser e gosta, ou por oposição, o que não gosta e rejeita. (Verissimo, 2002).

Segundo a OMS (2020), a adolescência compreende o período entre os 10 e os 19 anos, defende também que é uma fase repleta de várias mudanças a nível físico, emocional e social, acrescenta ainda, que o adolescente está mais vulnerável perante a exposição à pobreza, à violência e conseqüentemente a problemas de saúde mental. Logo, promover o bem-estar psicológico é essencial para contribuir para o seu desenvolvimento e bem-estar quando entrar na fase adulta.

No trabalho de Medeiros (2015) sobre a adolescência, afirma que esta temática, tem sido alvo de vários estudos por parte dos investigadores, numa perspetiva de uma abordagem do ponto de vista do desenvolvimento positivo e funcionamento ótimo. Nas primeiras literaturas sobre a adolescência, esta era vista como um período do ciclo vital em que era inevitável o *stress* e a revolta. A autora refere que para Erikson, este era um período de crise, para Freud uma perturbação no desenvolvimento, entre outros autores que de algum modo referiam-se a este momento de transição da infância para o estado adulto, como sendo uma fase, onde existe a necessidade de resolver problemas. Nos últimos anos, têm vindo a surgir cada vez mais autores, que defendem uma abordagem baseada na evidência científica e que é “definida como a psicologia do funcionamento ótimo” (Medeiros, 2015, p. 49), com a finalidade de otimizar, potencializar as qualidades das pessoas, e das sociedades.

No artigo de Chervonsky & Hunt (2019), a pesquisa efetuada sugere fortemente que as interações dos adolescentes com os seus pares, amigos e familiares podem ter um grande impacto no seu bem-estar psicológico. Acrescenta-se ainda que o processo de transformação da vinculação face às figuras parentais, permite uma individualização psicológica, no sentido do adolescente conseguir desenvolver competências individuais e cognitivas para lidar com situações problemáticas e na resolução das mesmas. Por outro lado, a resolução das dificuldades nesta transformação da vinculação adolescentes-pais, implica o desenvolvimento de relações seguras do adolescente com os seus pares e outras pessoas significativas. Contudo, nesta procura pelos adolescentes de um comportamento de exploração, que potencie a sua autonomia em relação às figuras parentais, mantém-se a importância de desfrutarem de uma relação afetuosa com essas mesmas figuras, onde se mantém a necessidade da validação e do respeito destes pelos seus filhos, e ainda, perante situações de *stress*, que possam recorrer a eles como suporte emocional enquanto figuras de vinculação importantes (Medeiros, 2015). Neste sentido, adolescentes com possibilidade de desenvolverem a sua autonomia no processo de vinculação adolescentes-pais, conseguem ter liberdade emocional e cognitiva, sendo esta um espaço epistémico, para realizar uma reavaliação da natureza da própria relação de vinculação com os próprios pais. A qualidade do desenvolvimento da organização da vinculação na adolescência com as figuras parentais reflete-se, a nível da representação individual do *self* do adolescente, quanto às suas competências de

estabelecer relações com os outros, expectativas sobre si próprio e em relação aos outros, competências de regulação emocional e de socialização (Allen & Miga, 2010). Assim, o desenvolvimento de uma vinculação segura, que permite o desenvolvimento da autonomia do adolescente, contribui para que este seja mais seguro, tenha mais autoestima, maior capacidade de regulação emocional (Gouveia, 2013), apresente mais competências na resolução de conflitos com os pais, em que ambas as partes podem expressar as suas emoções e posições, com uma procura ativa de um acordo ou negociação que seja benéfica para ambas as partes. Por oposição, adolescentes com um padrão de vinculação preocupado, são adolescentes com relações mais negativas com os pais e sentimentos de *stress* para com a mesma, o que condiciona o desenvolvimento da construção da autonomia do adolescente. Ainda, adolescentes com um processo de vinculação desligado, apesar dos estudos ainda serem pouco claros, descrevem relações mais distantes e de fraco suporte familiar comparativamente com adolescentes seguros, em que na presença de conflitos familiares, há supressão emocional, com adoção de estratégia de evitamento e afastamento, sem procura por uma solução negociada, negando para si próprio a necessidade da aproximação emocional ao vínculo parental, no entanto, segundo os estudos, não aparenta prejuízo no desenvolvimento da autonomia destes adolescentes (Medeiros, 2015; Machado, 2007).

A par desta transformação da vinculação adolescentes-pais, desenrola-se um paralelismo a nível do desenvolvimento de um processo complementar com os seus pares, onde fortalecem relações interpessoais, de proximidade, intimidade, suporte emocional, podendo assumir assim muitas funções de uma nova relação de vinculação, alterando a hierarquia no processo de vinculação do adolescente ao longo do desenvolvimento da sua autonomia face às figuras parentais, contudo, quando esta transição se desenrola de forma positiva, os pais mantêm-se como figuras de vinculação de reserva, mediante a exposição do adolescente à necessidade de recorrer a estes. Assim, a possibilidade de desenvolver este processo interativo com os seus pares, contribui para o adolescente aprender, experienciar novas relações de vinculação igualitárias, em que é possível proporcionarem suporte emocional, troca de experiências, promover e receber cuidado, suporte e proteção do grupo onde se inserem, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da sua identidade e de alicerces para a construção de relações fundamentais na vida adulta, sejam elas amorosas, em contexto de trabalho ou de amizade. (Medeiros, 2015; Machado, 2007).

1.2. Emoções

Quanto à definição do conceito de emoção não é totalmente consensual entre os vários autores. Consiste por isso, numa variável multidimensional e complexa dependente das crenças, valores e do estado de saúde da pessoa, apresentando grandes variações de intensidade (Arruda, 2014). Para Damásio (2012), “as emoções são um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa” (p. 67). Ainda segundo este autor, perante a presença de um objeto ou acontecimento, podendo este ser real ou lembrado, que desencadeia a emoção, o cérebro normal, mediante um estímulo-emocional-competente (EEC), gera respostas automáticas a nível das emoções. Assim, este aparelho das emoções faz uma avaliação do evento ou objeto e o aparelho da mente consciente, realiza uma avaliação através do pensamento. É através desta coavaliação que as pessoas podem modelar as suas respostas emocionais. Esta modulação de resposta emocional pressupõe uma acomodação à cultura do meio onde o indivíduo está inserido, no entanto, é possível existirem circunstâncias, onde a emoção surge sem a consciencialização do fator desencadeante. Daniel Goleman, refere que interpreta emoção como estando associada a um sentimento e os raciocínios daí resultantes, de qualquer modo, ainda se continua a debater entre a comunidade científica este tema, como por exemplo, quais são as emoções que se podem considerar primárias e secundárias. Porém, vários autores sugerem as seguintes emoções básicas: Ira (raiva), Tristeza, Medo, Prazer (alegria), Amor, Surpresa, Aversão e Vergonha (Goleman, 2012). Damásio classifica as emoções primárias e sociais da seguinte forma: as emoções primárias são o medo, a zanga (raiva), o nojo (aversão), a surpresa, a tristeza e a felicidade (alegria); por serem mais facilmente identificáveis transversalmente em diversas culturas e povos, inclusive em não-humanos. Como emoções sociais especificou-as assim: a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração, o espanto, a indignação e o desprezo. Apontando estas como resultantes da combinação de componentes das emoções primárias (Damásio, 2012).

Também Queirós (2014), no seu livro sobre inteligência emocional, refere que nos últimos 50 anos se têm realizado muitas investigações nessa área e apesar de haver várias coincidências nas conclusões, ainda não existe concordância generalizada entre os investigadores deste tema. No entanto, é quase universal a

opinião de que a expressão das emoções é inata no ser humano e transversal aos diferentes povos, para além disso, existem outros autores que acrescentam ainda, a existência das emoções sociais onde é valorizada a cognição, sendo esta responsável pela interpretação e aprendizagem das emoções com um determinado papel social, influenciado por uma determinada cultura, já que as pessoas quando interagem, vão interpretando as expressões emocionais, resultando por isso, em experiências individuais no contexto social (Miguel, 2015). As emoções e os sentimentos que daí advêm, em conjunto com a reação fisiológica que lhe está subjacente, auxiliam a pessoa quanto à antevisão perante uma situação incerta e no respetivo planeamento da própria ação (Damásio, 2000). Ainda segundo (Queirós, 2014),

“as emoções são conjuntos complexos de respostas químicas e neurais, que formam um padrão, cuja finalidade é manter o organismo em posição de sobrevivência e bem-estar e, para isso, desempenham um papel regulador; os mecanismos básicos das emoções são respostas inatas (que nascem com o indivíduo), determinadas biologicamente, embora a sua expressão e o seu significado possam ser modificados culturalmente” (p.33)

As emoções têm a função de nos guiar perante situações ou momentos significativos que temos de enfrentar, para posteriormente serem deixadas ao dispor do intelecto e da perceção relativa aos perigos, desilusões e frustrações. Interferem na forma como se estabelecem as relações interpessoais, inclusive no fundar de uma família. Assim, cada emoção simboliza uma direção para a ação, que à medida que vai sendo experienciada em contextos similares vai ficando “gravada” na mente humana (Goleman, 2012).

1.3. Estratégias de Regulação Emocional

A construção do conceito de regulação das emoções tem sido alvo de vários estudos e evolução ao longo das últimas décadas, com particular incidência a partir dos anos 80 e 90. Um aspeto relevante sobre regulação das emoções é que este envolve processos intrínsecos (que se relacionam com a regulação de si próprio) e processos extrínsecos (dependem da regulação dos outros), podendo também coexistir a presença de ambos (Gross, 1998). Entre várias definições sobre a regulação das emoções, esta pode ser definida “como a capacidade para responder às constantes solicitações da experiência na esfera das emoções de uma forma que seja socialmente tolerável e suficientemente flexível para permitir reações espontâneas bem como a capacidade para adiar reações espontâneas quando for necessário” (Pardal, 2012, p. 28). Sendo a adolescência caracterizada por um período desenvolvimental e de grande emotividade no decorrer dos vários desafios e experiências no decurso da mesma, são por isso, considerados fundamentais para o desenvolvimento pessoal e social de cada adolescente, a forma como enfrentam esses mesmos desafios e experiências emocionais, tendo um impacto crucial no desenvolvimento da regulação das emoções e das respetivas estratégias apreendidas e desenvolvidas (Pardal, 2012). No artigo de Larson & Brown (2007), estes aludem que, várias pesquisas evidenciam que os adolescentes experienciam inúmeras oscilações diárias associadas ao seu estado emocional, de modo que, aprender a gerir as emoções é fundamental para o seu futuro bem-estar enquanto adulto, além disso, existem bastantes estudos nesta temática, onde argumentam que o desenvolvimento emocional do adolescente deve ser compreendido e enquadrado com o contexto cultural, onde o jovem experimenta e efetua a aprendizagem das respetivas emoções.

Assim, a regulação das emoções consiste na capacidade em gerir as mesmas de forma apropriada, possuir estratégias adequadas de enfrentamento (*coping*) e de regenerar as emoções negativas em positivas. Para isso, implica tomar consciência da relação entre a interação da emoção com a interpretação cognitiva atribuída e o conseqüente comportamento. A regulação emocional pressupõe adoção de um comportamento consciente para regular por exemplo a impulsividade associada à raiva, violência e comportamentos de risco; a tolerância à frustração por forma a prevenir estados emocionais negativos, tais como: raiva, *stress*, ansiedade e

depressão; bem como ser capaz de adotar uma atitude resiliente perante objetivos a alcançar, apesar das eventuais dificuldades imediatas (Bisquerra & Escoda, 2007).

Quanto às estratégias de regulação emocional, Pinheiro (2018) cita Gross (1998), onde descreve o modelo processual de regulação emocional, agrupando as estratégias de regulação emocional em cinco grupos, perante os quais as pessoas no processo do desenvolvimento das emoções podem regular as mesmas: a seleção da situação; a modificação da situação; a modificação do foco atencional; a mudança cognitiva e a modulação de resposta.

Figura 1: *Estratégias de regulação emocional definidas pelo Modelo Processual de Regulação emocional (Gross, 1998):*

Seleção da Situação	Aproximação ou evitamento de determinadas pessoas ou situações em função do impacto emocional no próprio.
Modificação da situação	Alteração, de modo direto, de uma situação externa/ do ambiente para modificar o seu impacto emocional.
Modificação do foco atencional	Direcionar a atenção para uma determinada situação, a fim de influenciar as emoções.
Mudança cognitiva	Modificação da avaliação de uma situação, através da alteração de pensamentos ou da capacidade para lidar com, de modo a alterar o seu significado emocional
Modulação de resposta	Influência direta nos componentes (experiential, comportamental e fisiológico) da resposta emocional, conseqüente à iniciação das tendências de resposta

Fonte: Pinheiro, 2018

As estratégias defendidas por este modelo têm por base o momento em que as emoções têm o seu primeiro impacto na pessoa, distinguindo as estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes (em que o objetivo é modificar a resposta previamente à reação emocional) e as focadas nas respostas (sendo utilizada após a reação emocional ter sido desenvolvida). De acordo com esta distinção, a estratégia de regulação emocional reavaliação cognitiva e supressão emocional são as que se enquadram nos pressupostos deste modelo e também são as estratégias mais frequentemente utilizadas pelas pessoas. A **reavaliação cognitiva**, utiliza o foco no antecedente, de modo que a pessoa de forma intencional, no processo inicial generativo das emoções, modifica a interpretação do estímulo, acontecimento ou evento com a finalidade de reduzir ou alterar o impacto emocional. Enquanto que a **supressão emocional**, foca-se na resposta, surge por isso no

processo final originário das emoções, implica assim a inibição da experiência emocionalmente expressiva através da inibição do comportamento negativo ou positivo (Pinheiro, 2018). Ainda sobre esta questão, Teixeira, Silva, Tavares & Freire (2015), num artigo sobre a validação para a população portuguesa do questionário de regulação emocional para crianças e adolescentes (ERQ-CA), afirmam que continua a haver poucos estudos dedicados à regulação emocional nos adolescentes, de qualquer modo, sendo a adolescência caracterizada por várias transformações anteriormente já referidas, com impacto na excitação emocional associada a experiências emocionais mais intensas e extremas, está por isso mais exposta a riscos, bem como a uma oportunidade para aprender a desenvolver estratégias de regulação emocional. Ainda relativamente a este questionário (Anexo II), é composto por 10 perguntas, em que 6 são para avaliar a estratégia de **reavaliação emocional** e 4 são para avaliar a **supressão emocional**. De acordo com este artigo, descobriu-se que a utilização da reavaliação emocional, fomenta a expressão das emoções positivas e diminui a expressão das emoções negativas, por outro lado, a maior utilização da supressão das emoções e expressão das mesmas, está associado a níveis baixos de expressão das emoções positivas e negativas, por isso, a menos experiências ligadas às emoções positivas. As pessoas que mais praticam a supressão das emoções, experienciam e relatam mais sintomas depressivos, menor satisfação com a vida, menor bem-estar e autoestima. Contrariamente, pessoas que realizam frequentemente uma reavaliação emocional, são mais otimistas, têm mais satisfação para com a vida e melhor autoestima (Teixeira, Silva, Tavares & Freire, 2015).

1.4. Promoção da Saúde Mental em Portugal

O bem-estar mental é uma componente essencial da definição de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Uma boa saúde mental, permite às pessoas a realização pessoal, suportar as tensões normais no decorrer da vida, ter um emprego, ser produtivo e estar inserido na vida da comunidade (OMS, 2013).

Segundo o Programa nacional para a saúde mental 2017-2020, num primeiro estudo epidemiológico realizado em Portugal (2007-2016), concluiu-se que o nosso país tem uma das maiores prevalências de doenças mentais da Europa, muitas destas pessoas continuam sem acesso a cuidados de saúde mental e sem beneficiarem de programas de tratamento e de reabilitação psicossocial tão defendidos atualmente, mantendo-se assim, afastado das metas preconizadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Para que haja uma reaproximação com estas a nível europeu, devem ser feitas alterações profundas, quer a nível político, como a nível dos serviços de saúde mental no nosso país (DGS, 2017).

Em 2016 foi inaugurada na região centro do país, no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), uma nova unidade de internamento em pedopsiquiatria (República Portuguesa, 2018). Acrescenta-se ainda que no relatório realizado sobre “Portugal-saúde mental em números 2015”, também é referido que no sistema nacional de saúde (SNS), existem internamentos especializados para crianças e adolescentes no Departamento de saúde mental da infância e adolescência no Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), concretamente no Hospital da D. Estefânia e no Centro Hospitalar do Porto (CHP). O CHLC iniciou em 2015 registos próprios de atividade no internamento e serviço de urgência (SU). Apresentou os seguintes dados: admissão de 1500 adolescentes em SU, em que a faixa etária prevalente foi dos 16 anos em diante, deste valor numérico, 10% foram alvo de internamento, em que as principais causas do mesmo, de forma decrescente, relacionaram-se com perturbações de ansiedade (20%), com perturbações psicóticas (4%) e perturbações alimentares (2%). É de salientar que, no relatório acima referido, a *Joint Action on Mental Health and Well-being*, de entre as várias recomendações no âmbito da saúde mental e psiquiatria para este relatório, foi decidido dar destaque à importância da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários (CSP), de modo a facilitar a acessibilidade aos clientes e criar pontes de ligação entre os CSP

e outros especialistas em saúde mental (DGS, 2016). Deste modo, a relevância da promoção da saúde mental é destacada nos principais planos e estratégias a desenvolver em Portugal e a nível internacional, no entanto, esta área no nosso país, ainda é realizada de forma pouco sustentada no tempo e de forma isolada (CNS,2019).

No que diz respeito à adolescência, é fundamental que os profissionais da área de saúde mental e psiquiatria desenvolvam atividades e habilidades que promovam o relacionamento interpessoal, o desenvolvimento de aptidões sociais e emocionais dos adolescentes, por forma a que estes desenvolvam competências na resolução de problemas e aprendizagens na gestão das emoções (OMS, 2020). Ainda segundo este artigo, estima-se que 10% a 20% dos adolescentes sofram de transtornos mentais, contudo sem um diagnóstico adequado. As perturbações emocionais surgem frequentemente na adolescência, destacando-se as reações excessivas de irritabilidade, raiva ou frustração. Globalmente, a depressão é a quarta causa principal de doença mental entre os adolescentes de 15 e 19 anos, a décima quinta entre os 10 e os 14 anos, acrescenta ainda que, ansiedade está em nono e sexto lugar como causa principal de distúrbio emocional para os respetivos grupos etários, contribuindo para o absentismo escolar, para o prejuízo do respetivo desempenho escolar e académico e consequentemente para o isolamento social, solidão, em que, na pior das possibilidades pode levar à depressão e ao suicídio (OMS, 2020).

De acordo com o relatório do conselho nacional de saúde, apresenta dados do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), que identifica alguns riscos psicossociais nas escolas em Portugal. A amostra portuguesa, incluiu alunos que frequentam o 6º, 8º e 10º ano em Portugal continental, onde revela que a saúde mental é um problema nos nossos alunos. Destacando-se sintomas de mal-estar, desregulação emocional, preocupações intensas e até mesmo a presença de tristeza extrema. Sendo que em 2018, dos alunos inquiridos, 9,2% referiram sentir-se tristes quase todos os dias e 5,9% sentiam tristeza extrema, 27,6% sente-se preocupado todos os dias, 27,6% refere que frequentemente as coisas não correm da forma como expectavam e 26,2% não sentiam confiança nas suas capacidades para a resolução de problemas pessoais. Mesmo assim, 81,7% dos adolescentes considera-se feliz. Por estes motivos, torna-se evidente a importância de desenvolvimento de intervenções em crianças e adolescentes dirigidas para a promoção da saúde mental, nomeadamente na gestão e autorregulação das emoções, na aquisição de estratégias

de resolução de problemas e na promoção da autoconfiança (CNS, 2019). Por tal, a promoção da saúde mental e das competências socioemocionais, estão incluídas no Eixo da capacitação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), no entanto, segundo este relatório, no ano escolar de 2016/2017, só 18,8% dos alunos é que usufruíram de intervenções neste âmbito.

Medeiros (2015), destaca alguns autores, tais como Csikszentmihalyi (2011), Seligman & Csikszentmihalyi (2000) e Freire (2006 e 2009) onde mencionam que “o desenvolvimento positivo dos jovens refere-se ao envolvimento em comportamentos pró-sociais e evitamento de comportamentos que comprometem e prejudicam a saúde e o futuro” (Medeiros, 2015, p.49) e que esta forma de desenvolvimento “centra-se por isso, nas potencialidades, qualidades, talentos, interesses e na promoção do potencial futuro dos jovens” (Medeiros, 2015, p.49). Neste novo mapa conceptual e como promotores desta abordagem, dão ênfase:

- Ao bem-estar psicológico, que integra as seguintes dimensões da pessoa: a *aceitação de si*, das suas características positivas e negativas e avaliando positivamente o seu passado. Ser capaz de desenvolver *relações positivas com os outros*, ter *autonomia* para decidir em concordância com os padrões individuais. Quanto ao *domínio do meio*, este confere-lhe a competência na forma como lida com o mesmo, por outro, não menos importante, ter a capacidade de estabelecer *objetivos na vida* a atingir que direcionam o caminho da pessoa e por fim, o *crescimento pessoal* que permite o desenvolvimento crescente e permeável a experiências novas;
- Ao bem-estar subjetivo com a vida, ou seja, a forma como a pessoa percebe a sua qualidade de vida em geral, tem a função de amortecer os episódios negativos na vida e, portanto, promove a manutenção da saúde mental;
- À autoestima, em que é um determinante de um bom funcionamento social e bem-estar psicológico, onde o autoconceito define o modo como uma pessoa se sente autorrealizada nos diferentes domínios (físico, social e académico);
- À regulação emocional, em que as estratégias adotadas para esta regulação (fatores intrínsecos e extrínsecos) estão intimamente relacionadas com a expressão das emoções positivas e negativas, com o

bem-estar psicológico, com a autoestima e com a satisfação pela vida (Medeiros, 2015).

1.5. Enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tem como foco a promoção da saúde mental, a prevenção da doença psiquiátrica, o diagnóstico de enfermagem e a definição de uma intervenção psicoterapêutica, ajustada ao processo que origina a necessidade de intervenção na pessoa e mediante as respostas desta, desenquadradas ou desadaptadas dos processos de transição e que originam sofrimento mental, bem como de doença mental. (OE, 2018).

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências do âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro com especialização em enfermagem de SMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade. Aquando do processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade, no decorrer do ciclo vital, a especificidade anteriormente referida, permite desenvolver e percecionar intervenções terapêuticas na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, como também, na reabilitação psicossocial e no tratamento (OE, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros regulamentou as competências do enfermeiro especialista em SMP, como sendo as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
 - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
 - c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
 - d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
- (OE, 2018, p. 21427)

Nos últimos anos, vivencia-se uma alteração do paradigma da prática de cuidados do modelo biomédico e centralizado no hospital, para uma intervenção holística mais direcionada para a comunidade. O EESMP presta cuidados de

enfermagem centrados na pessoa e no decorrer do seu ciclo vital, seja em contexto profissional, na comunidade ou internamento, tendo em consideração o contexto onde está inserido (família e comunidade), “respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser co-responsável em todo o processo de cuidados” (OE, 2017, p. 4). Para isso, é cada vez mais premente a necessidade de difundir ações no âmbito da promoção e literacia em saúde mental de modo a prevenir a perturbação mental, a exclusão social e a estigmatização (OE, 2017). A elaboração de um plano de intervenção em ESMP, de acordo com a ordem dos enfermeiros (OE) e o *international council of nurses*, implica que tenha por base um “juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)” (OE, 2017, p.3).

A distinção na prática clínica entre um enfermeiro de cuidados gerais e um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, consiste na competência deste em prestar cuidados de enfermagem no âmbito psicoterapêutico (Sampaio, Sequeira & Canut, 2018). Assim, foi desenvolvido um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem (Anexo I), tendo por base a autonomia da prática clínica, pressupondo por isso, uma avaliação inicial para identificação dos diagnósticos de enfermagem, de forma a possibilitar a decisão da intervenção psicoterapêutica, com as respetivas intervenções de enfermagem. Este modelo tem por objetivo sistematizar a prática clínica de enfermagem na intervenção psicoterapêutica (Sampaio, Sequeira, & Lluç Canut, 2017a). Acrescenta-se ainda que este veio clarificar a diferença entre a intervenção psicoterapêutica e a psicoterapia:

a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem distingue-se da Psicoterapia “tradicional” pelo facto de ser mais limitada no tempo, ter como ponto de partida um diagnóstico de Enfermagem, poder decorrer noutros *settings* que não, exclusivamente, o de gabinete / consultório e por se circunscrever à utilização de técnicas de Psicoterapia sob a forma de intervenções integradas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L., 2018, p.78)

1.6. Intervir à luz da Teoria de Sistemas de *Betty Neuman*

Sendo a adolescência uma etapa do ciclo vital, onde ocorrem inúmeras transformações, que simbolizam a despedida da infância e a necessidade de renovar a sua identidade, o seu papel com os seus pares e com o mundo exterior (Braconnier & Marcelli, 2000), fez-me sentido olhar para esta etapa, numa perspetiva holística, à luz da Teoria de Sistemas de *Betty Neuman*. Segundo Marriner & Alligood (2004), esta teórica, deu o seu contributo para o envolvimento da enfermagem na saúde mental, contribuindo para a evolução da mesma na comunidade. A sua fundamentação teórica sustenta-se na teoria de sistemas, em que apresenta a pessoa como sendo um cliente num sistema aberto, que funciona em interação dinâmica com o ambiente onde está inserido, e onde, os fatores fisiológicos (biológicos), socioculturais, psicológicos, espirituais e de desenvolvimento refletem a natureza desse mesmo ambiente do cliente. O modelo de *Neuman*, posiciona-se numa visão dos cuidados centrados na pessoa e de forma holística, pois como Marriner & Alligood (2004) afirmam, segundo esta teórica “os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica.” (p.337), por isso, todas as componentes implícitas no sistema do cliente (psicológicas, fisiológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) estão em permanente interação com o ambiente envolvente do mesmo, de modo que esta interação pode ser afetada positivamente ou negativamente, um pelo outro, existindo desta forma, uma tendência de manter ou de procura do equilíbrio entre as respetivas forças que operam dentro do sistema ou fora dele (Parker, 2001). Pressupõe por isso, uma abordagem sistémica, aberta e dinâmica para cuidar do cliente, que é o foco de intervenção e definição dos problemas de enfermagem para possibilitar a compreensão da interação entre o ambiente e o cliente, este por sua vez, pode representar uma pessoa, uma família, um grupo ou um tema de saúde. Acrescenta-se ainda, que esta autora na construção da sua teoria, baseia-se no conceito de *stress* e na adaptação do indivíduo (pessoa, grupo família ou comunidade) ao respetivo ambiente (Marriner & Alligood, 2004), assenta por isso, em dois pressupostos, que são: o *stress* e a reação do indivíduo a este, onde o tempo, a intensidade do agente stressor, o tipo de evento, as condições atuais ou passadas da pessoa e os respetivos recursos necessários têm significância no processo de readaptação. São estes agentes stressores, que podem potenciar a instabilidade no sistema cliente-ambiente, consequentemente, o indivíduo pode entrar em desequilíbrio com o seu meio e abre

a possibilidade para a doença, quando a sua linha normal de defesa perde a capacidade de se adaptar aos agentes stressores, estes, por seu lado, podem ser de natureza intra, inter e extrapessoais. Deste modo, a intervenção do enfermeiro tem como finalidade atuar no sistema, de forma a reduzir o impacto do agente stressor e se necessário, desenvolver intervenções para que o indivíduo reforce a sua linha de defesa e minimize a possibilidade de doença (Souza & Silvino, 2010). Para *Neuman*, o sistema cliente é composto pela linha normal de defesa, linha flexível de defesa e a linha de resistência. A linha normal de defesa representa um *continuum* estado normal dinâmico, em que a pessoa consegue adaptar-se e permanecer equilibrado, apesar das tensões que ocorram na interação do sistema cliente-ambiente. A linha flexível de defesa, funciona como um tampão protetor, por forma a evitar a invasão do sistema do cliente por agentes stressores, reforçando assim a linha normal de defesa, permitindo desta forma, a readaptação do cliente perante a exposição a esses eventuais agentes stressores, tais como: alteração do padrão do sono, défice nutricional, desidratação. Por fim, a linha de resistência é ativada quando esses agentes stressores ultrapassam as linhas anteriores, atuando como protetores da estrutura básica do cliente e da linha normal de defesa, com a finalidade de manter o equilíbrio entre os fatores externos e internos do sistema do cliente. A recuperação do nível do bem-estar para um nível maior ou menor, depende da extensão da invasão do agente stressor, podendo inclusive ocorrer a morte do cliente (Parker, 2001).

Assim, o foco de intervenção de enfermagem para esta teórica assenta na prevenção, sendo ela a nível primário, secundário ou terciário. Quanto à prevenção primária, envolve intervenções de enfermagem que contribuem para a manutenção da linha normal de defesa, promovendo o bem-estar do cliente e prevenindo o risco de exposição ao agente stressor; essencialmente através de programas de educação para a saúde. Relativamente à prevenção secundária, esta é desencadeada quando há uma reação ao agente stressor para proteger a estrutura básica do cliente, fortalecendo as linhas de resistência do cliente; tem assim por finalidade desenvolver intervenções de enfermagem que promovam o restabelecimento e a readaptação do cliente, restituindo assim a saúde e o bem-estar do mesmo. Por último, a prevenção terciária, envolve intervenções de enfermagem com o intuito de restabelecer a saúde e bem-estar do cliente. Este tipo de prevenção tende a favorecer o reinício da prevenção primária, possibilitando intervenções de cariz educacional. É por isso, um ciclo dinâmico, em que as três modalidades de prevenção se cruzam para potenciar

as sinergias dos benefícios do sistema do cliente, neste caso com o adolescente que que está em permanente desenvolvimento emocional e interação com o meio onde está inserido (Parker, 2001). Deste modo, sendo os adolescentes parte integrante de um sistema, que é influenciado por todos os fatores que esta autora descreve na sua teoria, torna-se importante a intervenção do EESMP na promoção da saúde mental, com intervenções psicoterapêuticas ao nível da promoção da regulação emocional.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO EESMP

Tendo por base o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, elaborei um quadro com as respetivas atividades desenvolvidas em estágio que darão resposta às respetivas competências e me guiaram na elaboração deste relatório de estágio (Apêndice I).

2.1. Ensino Clínico I: Contexto Comunitário

O estágio em contexto comunitário decorreu num centro de atendimento ao jovem e adolescente (CAJA) integrado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros Saúde (ACES) entre 23 de novembro de 2020 e 19 de fevereiro de 2021, com as respetivas interrupções letivas do Natal e Carnaval. O CAJA é composto por uma equipa multidisciplinar: psicóloga a tempo parcial, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, médica de clínica geral e familiar a tempo parcial. Esta unidade tem um protocolo de parceria com o DICAD (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) do..., em que os jovens com comportamento aditivo, ou risco deste, usufruem de acompanhamento deste serviço, sendo referenciados para o mesmo pelo CAJA. Esta unidade apresenta uma característica de funcionalidade que o torna diferente das outras unidades do ACES, é uma unidade de atendimento de jovens e adolescentes dos 11 aos 21 anos, de “porta aberta”, desburocratizado, com possibilidade de atendimento personalizado, conferindo maior acessibilidade aos cuidados de saúde a esta faixa etária e num contexto individualizado, fora do contexto do médico de família e respetiva unidade dos CSP, o que lhes transmite mais segurança e confiança na procura deste atendimento, nomeadamente a partir dos 16 anos, com mais autonomia e certeza da confidencialidade relativamente ao motivo que os leva à procura dos cuidados de saúde, podendo usufruir assim de atendimento e aconselhamento individualizado, da possibilidade de participarem em sessões de educação para a saúde e promoção da saúde mental, acompanhamento psicológico e por decisão própria manterem o sigilo desta situação em relação à família, já que, segundo a

Norma 015/2013, atualizada em novembro de 2015 pela Direção geral da saúde (DGS):

“A regra geral é a de que qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia” (p. 7).

Acrescenta-se ainda que atendimento ao jovem e adolescente no CAJA não pressupõe o critério de residência no concelho de Sintra. A difusão da existência deste espaço é realizada frequentemente nas escolas, pelos professores e equipas de saúde escolar, bem como pelos próprios adolescentes entre si. Apesar do contexto pandémico em que este estágio decorreu, foi visível a procura deste espaço pelos adolescentes, mães, pais, outros familiares, uma amiga (o) que leva outra amiga (o), no intuito de solicitarem ajuda para este período da adolescência ou por se sentirem impotentes relativamente a esta fase e respetivas mudanças que ocorrem na mesma.

Também constatei que as necessidades de ajuda que impulsionam primariamente o adolescente e o jovem na procura deste espaço, segundo a EESMP, responsável pela orientação do meu estágio, os motivos de procura do CAJA, prendem-se maioritariamente com a procura de informações sobre a sexualidade, que vão desde aquisição de conhecimentos e esclarecimentos sobre iniciação de atividade sexual, aconselhamento sobre métodos contraceptivos, dúvidas relacionadas com o ciclo menstrual, falhas na toma do anticoncepcional oral (ACO) e suporte emocional na decisão sobre interrupção voluntária da gravidez (IVG). Atualmente, devido à situação pandémica, a consulta médica no CAJA tornou-se totalmente não presencial e muito esporádica, motivo pelo qual, sempre que a situação clínica o exigia, tornou-se relevante o acionamento da articulação com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e as Unidades de Saúde Familiares (USF). Posteriormente e após o primeiro contacto com o adolescente, no decorrer da relação terapêutica que se vai estabelecendo, surgem então os motivos ocultos da procura deste espaço, sendo eles frequentemente relacionados com necessidade de apoio na gestão das emoções na adolescência, insegurança para com este período de transição, conflitos familiares, o término de um namoro, presença de ansiedade.

Nesta unidade, pelas suas características particulares de privacidade, percebi que os jovens que ali se dirigem, sentem-se confortáveis para partilhar os seus

sentimentos, medos e receios. Sendo totalmente direcionado para esta faixa etária, permite ao jovem sentir-se mais confortável e enquadrado socialmente, sentindo-se por isso, mais à vontade para se dirigir a uma unidade saúde e expor as suas necessidades de ajuda, sem as barreiras do segurança, nem dos procedimentos administrativos, dadas as suas características desburocratizadas, que respeita a individualidade e a privacidade do adolescente. Dada a especificidade deste estágio, senti necessidade de relembrar alguns conhecimentos relacionados com a contraceção, prevenção da gravidez na adolescência, questões legais relacionadas com a tomada de decisão de um adolescente, por quanto à interrupção voluntária da gravidez, iniciação de um método contraceptivo e os respetivos protocolos de encaminhamento para a IVG no CAJA, recorri assim também à minha orientadora de estágio, que me ajudou nesta atualização e integração no funcionamento do CAJA, pois um enfermeiro é perito naquilo que exerce diariamente, potenciando a articulação do conhecimento aliado à prática clínica de enfermagem que desenvolve (Benner, 2001).

De notar ainda que, dadas as circunstâncias pandémicas por covid-19, só era permitida a entrada de adolescentes e jovens na unidade após triagem de sintomas suspeitos de covid-19 e a realização duma primeira abordagem do motivo de procura pelo CAJA à entrada do mesmo (hall do edifício), só então seria permitida a subida do adolescente para a unidade propriamente dita. Para garantir a privacidade e favorecer a construção da relação terapêutica, o atendimento personalizado era realizado num gabinete (respeitando as regras de distanciamento e o uso de máscara) e para a realização de intervenções a grupos existia uma sala, que dadas as medidas de prevenção de disseminação e controlo da covi-19 preconizadas, só era possível estarem em simultâneo 3 adolescentes.

Numa fase inicial, apesar das circunstâncias anteriores, tive oportunidade de me integrar no serviço e compreender a sua orgânica de funcionamento. Tive oportunidade de atender alguns jovens e adolescentes dando-lhes resposta mediante as suas necessidades de ajuda. Consciencializei a importância da utilização de mim como instrumento terapêutico, por forma a favorecer o desenvolvimento da relação terapêutica. Dando resposta à primeira competência do EESMP:

- a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21427);

No final da primeira semana de estágio realizei um jornal de aprendizagem, onde fiz uma reflexão crítica, tendo por base o ciclo de Gibbs (Jasper, 2003), descrevendo algumas situações da prática com que me deparei, sentimentos e emoções por mim vivenciados, de modo a realizar uma introspeção e consciencializar de que forma algumas situações foram vivenciadas por mim, com a finalidade de perceber dificuldades e desafios necessários com o intuito de contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional neste contexto de estágio. Dei ênfase à importância da comunicação verbal e não verbal com o adolescente, a importância de conferir privacidade no momento da procura de ajuda por este, mediante o cenário atrás descrito e a relevância de promover um *setting* terapêutico para a realização de uma entrevista inicial e consequente desenvolvimento de uma relação terapêutica, contribuindo para a elaboração de um diagnóstico de enfermagem e respetivas intervenções (Apêndice II).

Na segunda e terceira semana de estágio fui confrontada com algumas situações pertinentes, tais como uma adolescente de 17 anos, que se dirigiu ao serviço, por apresentar atraso menstrual de 2 semanas. Na avaliação inicial percebeu-se existir um risco de gravidez, pois ela e o namorado não utilizavam nenhum método contraceptivo, dado que este era contra a utilização do preservativo, defendendo que o coito interrompido era um método eficaz na prevenção da gravidez. Propus-lhe então a realização de um diagnóstico imunológico de gravidez (DIG), com o qual ela concordou. Após a realização deste, verificou-se que estava positivo, tendo ela ficado surpreendida e ao mesmo tempo assustada. Demonstrei-lhe disponibilidade e aceitação, o que permitiu que partilhasse os seus receios comigo, que se relacionavam com a incapacidade financeira, de maturidade e de autonomia para tomar conta de um filho, por outro lado, partilhou que não queria que a família dela soubesse de nada, e que já tinha conversado com o namorado sobre a eventual existência de uma gravidez, onde este lhe tinha dito, que a decisão de avançar com a gravidez ou de realizar uma IVG, era totalmente dela. Desenvolvi uma atitude de aceitação e compreensão empática com esta adolescente, forneci-lhe suporte emocional, ajudando-a a tomar consciência do real significado daquela gravidez para ela, quais eram as suas crenças e valores sobre a IVG, como é que ela se via no papel de assumir esta decisão sozinha. No final da consulta de enfermagem expliquei-lhe os procedimentos necessários caso decidisse interromper a gravidez, disponibilizei-me para o facto de ela necessitar de refletir sobre o que estava a vivenciar deixando

a possibilidade de se dirigir nos dias seguintes à unidade para partilhar sobre o que tinha decidido e assim planearmos futuramente uma intervenção de enfermagem conjunta. No dia seguinte, a adolescente revelou que a sua decisão era realizar a IVG. Foram respeitados os aspetos burocráticos, tendo ela mantido a opinião de sigilo absoluto para com a família, assumindo o compromisso de que, após esta IVG, se dirigisse ao CAJA, no intuito de planearmos, conjuntamente, uma intervenção de enfermagem adequada a este momento por ela vivenciado, que incluiria suporte emocional, promoção à consciencialização da autonomia na decisão sobre prevenção da gravidez, promoção da responsabilidade individual, por forma a favorecer o bem-estar emocional, já que esta adolescente referiu sentir que o “peso” desta decisão sozinha tinha-lhe desencadeado sentimentos de solidão e de culpa, por não conseguir partilhar este momento da sua vida com os seus pais, devido aos seus conceitos de valores e religiosos que se prendiam com uma posição contrária à dela sobre a IVG.

Outra situação relevante foi a de uma adolescente de 17 anos, que se tinha dirigido ao CAJA na semana anterior para vir renovar o pedido de ACO e na semana seguinte recorre novamente com uma amiga mais nova do que ela, concretamente com 15 anos, a solicitar informação sobre iniciação de atividade sexual e “pormenores mais aprofundados sobre ACO”, senti que era um pretexto para trazer a amiga e de forma indireta solicitar ajuda para a mesma, que nunca tinha vindo ao CAJA. Tendo percecionado esta necessidade de ajuda oculta, questionei-as sobre que temas gostariam de esclarecer e a amiga mais velha foi perentória na resposta, afirmando que queriam esclarecer dúvidas sobre métodos contraceptivos e orientações pelo facto de serem adolescentes, quanto à possibilidade de acederem às consultas de PF (Planeamento familiar).

A pertinência das situações descritas anteriormente, enquadram-se numa necessidade de ajuda frequentemente manifestada pelos adolescentes e jovens que procuram este serviço, como constatado por mim e mencionado pela minha orientadora de estágio, que frequentemente está associada a problemáticas emocionais, sugeriu-me assim, que para além da implementação do meu projeto de estágio, seria pertinente a realização de uma sessão psicoeducativa no âmbito da sexualidade. Assim, foi realizado o planeamento da respetiva atividade a partir do seguinte diagnóstico de enfermagem da NANDA (Apêndice III):

- Conhecimento insuficiente sobre utilização dos serviços de saúde e prevenção da gravidez ou de IST (infecções sexualmente transmissíveis),

relacionado com prática sexual sem recurso a nenhuma medida de prevenção, manifestado por partilha das adolescentes em contexto de consulta de enfermagem (Herdman, & Kamitsuru, 2018).

2.2. Operacionalização do Projeto: *Gestão das emoções como fator promotor de saúde mental nos adolescentes*

2.2.1. Problemática

Face à necessidade de contextualizar a problemática por mim escolhida como foco de intervenção e desenvolvimento das minhas competências de EESMP, sustentando a minha prática baseada na evidência (PBE), a revisão de literatura surge como um instrumento necessário para fundamentar a temática escolhida para a operacionalização da metodologia de projeto. Atendendo a estes pressupostos, foi realizada uma pesquisa na literatura cinzenta e nas bases de dados acessíveis através da Escola Superior de Enfermagem (ESEL): *Cinhal complete, Cochrane, Medline complete, Psychology and Behavioral Sciences collection*. Foram apurados 13 artigos em *full text*, em inglês, situados entre janeiro de 2015 e abril de 2021, através das palavras-chave: *adolescent, emotion, regulation, mental health, nursing*. Foram utilizadas as expressões booleanas AND. Para este método de pesquisa, foi utilizado a metodologia de pesquisa PICo (Joanna Briggs Institute, 2020), em que a mnemónica significa o seguinte: P (população), I (fenómeno de interesse) e o C (contexto). Tendo em conta o método selecionado, a população são os adolescentes entre os 10 e os 19 anos; o fenómeno de interesse são as emoções e o contexto são a regulação das emoções, a saúde mental e a enfermagem.

Dos 13 artigos apurados na base de dados, foram selecionados 3, por serem aqueles que apresentavam maior relevância para a temática deste relatório. Assim, segundo Neal (2021) a autorregulação ou *locus* de control interno tem um papel essencial para o sucesso na vida. O primeiro passo para a autorregulação, requer que se seja capaz de identificar sentimentos internos e compreender como o cérebro e o corpo funcionam em conjunto. Aquando da existência de incapacidade em regular as emoções, conseqüentemente as crianças e os adolescentes são incapazes de determinar no ambiente a melhor forma de lidar com as situações adversas. Na

população infantil e adolescente a autorregulação tem sido correlacionada com o comportamento dos mesmos e respetivo sucesso ou insucesso escolar. Noutro estudo publicado por Melnyk et al. (2015) sobre a aplicação de um programa psicoeducacional e ensino de habilidades cognitivo-comportamentais com o nome de *COPE (Creating Opportunities for Personal Empowerment) Healthy Lifestyles TEEN (Thinking, Emotions, Exercise, Nutrition)* em várias escolas a adolescentes entre os 14 e os 16 anos nos EUA, que frequentavam cursos na área de saúde, composto por 15 sessões sobre estilos de vida saudáveis na adolescência, tais como: promoção da autoestima e pensamento positivo, *stress and coping*, regulação emocional, atividade física, nutrição saudável e estilos de comunicação. Os autores concluíram que existem benefícios na utilização de intervenções educacionais neste âmbito sobre ensino de habilidades cognitivo-comportamentais, que incluem aprendizagem sobre reavaliação cognitiva, regulação emocional e comportamental, utilização de estratégias de *coping* perante situações de *stress*, aprendizagem sobre estratégias de resolução de problemas e definição de objetivos que permitem adoção de um estilo de vida saudável (Melnyk et al., 2015). Num outro estudo realizado em adolescentes entre os 15 e os 17 anos na Irlanda sobre as motivações dos adolescentes para a automutilação e implicações na enfermagem de saúde mental, concluíram que 79% automutilavam-se para obter alívio do sofrimento mental, de modo a obterem alívio de emoções angustiantes, tais como sentimento de desalento, raiva e frustração. Por outro lado, apesar da automutilação ser um fenómeno com relevância entre os adolescentes, ainda há falta de informação sobre as motivações para tal, pelo que uma melhor compreensão dessas motivações pode contribuir de forma positiva para a prática clínica de enfermagem de saúde mental (Doyle, Sheridan & Treacy, 2017).

Para reforçar esta problemática, recorrendo ainda a outros autores, Loureiro, Ferreira & Santos (2013) realizaram um estudo em Portugal, dirigido a adolescentes entre os 16 e os 18 anos, sobre as dificuldades destes ao nível do desenvolvimento de competências sociais positivas e das intervenções possíveis de serem desenvolvidas pelos enfermeiros, por forma a contribuir para reduzir as consequências negativas na saúde mental dos mesmos. Quanto às dificuldades nas competências sociais, destacaram que a inaptidão para lidar com as emoções: medo, vergonha, frustração, agressividade, insegurança, inveja e ansiedade são acompanhadas de algum sofrimento mental e desencadeiam sensações de ameaça, com repercussão a nível físico e manifestações variadas, tais como: taquicardia,

sudorese, dificuldade em falar, rubor das faces e tremores, com conseqüente interferência na memória, concentração e atenção. Por outro lado, verificaram ainda neste estudo, que muitas vezes, os adolescentes com receio de não sentirem aprovação quanto às suas crenças e opiniões pelos seus pares, acabam por não agirem de acordo com as mesmas e resguardarem-se para segundo plano, limitando por isso, a capacidade de dizer “não” ou de lidarem com as críticas daí resultantes. Este conhecimento, é essencial para os enfermeiros compreenderem e poderem desenvolver intervenções específicas sobre esta temática, que deve ser adequada ao contexto e ao grupo a que se destina, pois “existe uma necessidade do desenvolvimento de competências sociais em crianças e adolescentes, derivada de uma preocupação com a promoção da saúde mental das pessoas” (p.80).

De acordo com Chervonsky & Hunt (2019), na adolescência à medida que o cérebro do adolescente se desenvolve, paralelamente, podem ser mais permeáveis às influências do seu ambiente e meio social. Há por isso, uma maior tendência para desenvolver novas amizades e focar-se na interação com os seus pares, e, por oposição, um menor tempo despendido para os pais, para lhes permitir desenvolver mecanismos de autonomia nesta dualidade pais-filhos. As experiências ocorridas neste período podem influenciar no futuro as suas interações sociais e o seu bem-estar psicológico. Experiências negativas, como *bullying*, *stress* social e situação social desfavorecida, podem incrementar sentimentos negativos associados a ansiedade, depressão, baixa autoestima e transtornos psicológicos. Estudos longitudinais revelam que adolescentes com sintomas de ansiedade e depressão apresentam uma deterioração do bem-estar social no decorrer do tempo, incluindo frequentes problemas sociais, diminuição do apoio social e aumento do comportamento de vitimização entre os seus pares, para além disso são reveladores de relacionamentos entre pais e filhos mais pobres, com problemas na comunicação e de relacionamento nesta dualidade, com conseqüente menor apoio dos respetivos pais (Chervonsky & Hunt, 2019). Numa outra pesquisa efetuada sobre a importância da relação entre a autoestima e a regulação emocional nos jovens, num estudo de Anto & Jayan (2016) defendem que a desregulação emocional, também é apontada como estar associada a abuso de substâncias, baixo desempenho e comportamento agressivo, é considerada ainda como fator chave para os transtornos de ansiedade. Por isso, a capacidade para aprender a identificar as emoções, expressá-las e regulá-las é um contributo essencial para a saúde mental. Aplicaram a escala DERS (*The*

Difficulties in Emotion Regulation Scale), que é composta por seis subescalas e mede vários aspetos da regulação emocional, em que os resultados revelam que a baixa autoestima conduz a uma saúde mental diminuída e a alta autoestima conduz a uma maior saúde mental (Anto & Jayan, 2016).

Segundo o artigo de Sloan et al (2019), o período de transição da adolescência para o jovem adulto caracteriza-se por apresentar pontos críticos de vulnerabilidade que podem prejudicar o desenvolvimento da saúde mental. De acordo com vários estudos, 75 % dos transtornos mentais iniciam-se antes dos 25 anos, numa mediana de início entre os 17 e os 22 anos. Por outro lado, acrescentam que muitos destes jovens e adolescentes têm contextos sociais difíceis, distúrbios relacionados com o apego, problemas de autoestima, vivenciam situações conflituosas e são vítimas de abuso e maus-tratos, o que contribui para o prejuízo de um desenvolvimento de emoções saudáveis e a sua respetiva regulação, por consequência apresentam um aumento da excitação emocional, baixa resiliência, pouca consciência das suas emoções e dificuldade na compreensão das mesmas. Por estes motivos, neste estudo sugerem que a regulação emocional, deve ser vista como uma dimensão onde pode dar o seu contributo na intervenção precoce nestes jovens e adolescentes, por outro lado, a OMS (2020), defende que a promoção da saúde mental nos adolescentes visa reforçar a competência de regulação emocional, o desenvolvimento da resiliência perante momentos ou adversidades difíceis e a promoção de ambientes e redes sociais favoráveis.

2.2.2. Metodologia

A metodologia de projeto em enfermagem baseia-se na investigação-ação, pretende realizar translação do conhecimento da prática clínica baseada na evidência científica para a prática clínica durante o estágio, pretende por isso, diagnosticar a situação, definir o problema, planejar intervenções eficazes para a sua resolução, com consequente avaliação e divulgação dos resultados em relatório (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O projeto ancorou-se assim numa questão de partida, para ser desenvolvida em contexto de estágio com o respetivo planeamento e desenvolvimento de intervenções e atividades de enfermagem que visaram contribuir para a resolução de problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010):

Questão de partida: *Qual o impacto da gestão das emoções na promoção da saúde mental em adolescentes?*

Tendo como **objetivo geral** desenvolver intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da regulação das emoções nos adolescentes e como **objetivos específicos** os seguintes:

- Identificar os adolescentes com necessidade de ajuda na promoção da regulação das emoções;
- Prestar cuidados psicoterapêuticos e psicoeducacionais ao adolescente, tendo em conta o seu contexto e dinâmica individual promovendo o *insight* para a importância da autorregulação emocional e consequente bem-estar psicológico;

Tendo por referência Goleman (2012) e Queirós (2014), foi planeada uma intervenção psicoeducativa com o nome Regul@-T, inicialmente composta por 5 sessões psicoeducativas no sentido de promover a saúde mental, em que as temáticas se baseavam nas seguintes emoções:

- Vergonha;
- Medo;
- Raiva;
- Tristeza;
- Alegria.

A operacionalização do projeto decorreu no estágio da comunidade, direcionado para os adolescentes entre os 10 e os 19 anos, tendo por base a definição de adolescência da organização mundial da saúde e os seus limites cronológicos (Eisenstein, 2005) e os seguintes **critérios de inclusão**:

- Ter idade entre 10 e 19 anos;
- Sem compromisso cognitivo;
- Ser frequentador do CAJA;
- Aceitar integrar o projeto;

Assim, aos adolescentes participantes no Regul@-T, foram-lhe atribuídos nomes fictícios no sentido de os personalizar e, por outro lado, proteger as suas identidades. Foi realizada uma entrevista inicial para colheita de dados (Apêndice V), e aplicado o Questionário de Regulação Emocional para crianças e adolescentes (ERQ-CA) (Anexo I), validado para a população portuguesa (Teixeira, Tavares, & Freire, 2015), que foi autorizado pela direção do Aces. Este é constituído por um questionário de 10 itens, estes, são avaliados numa escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos (em que 1 representa discordo totalmente e 5 representa concordo totalmente). Engloba ainda duas subescalas, onde uma é direcionada para a capacidade de Reavaliação Emocional composta por 6 itens (1, 3, 5, 7, 8 e 10) e a subescala é composta por 4 itens (2, 4, 6 e 9) e avalia a Supressão Emocional. As pontuações são obtidas através do somatório de todos os itens de cada subescala, em que não há itens reversos. As pontuações para a subescala de reavaliação emocional podem variar entre 6 e 30 e na subescala de supressão emocional podem variar de 4 a 20. A pontuação mais alta corresponde a uma maior utilização da estratégia respetiva de regulação emocional (Teixeira, Tavares, & Freire, 2015).

Os agendamentos desta intervenção psicoterapêutica foram realizados de acordo com as disponibilidades e contextos vivenciados por estes adolescentes para a dinamização das respetivas sessões (Apêndice VI). Foi utilizado o método expositivo e interativo com os adolescentes. Nas sessões seguintes, foi feito um breve resumo da sessão anterior, realizado reforço positivo pela adesão ao plano de intervenção psicoterapêutico e interesse demonstrado na participação do mesmo. Em cada sessão, foi realizada uma avaliação da mesma pelo adolescente de forma oral com base no guião previsto no projeto (Apêndice VII), visando assim, promover um

momento interativo e de participação ativa do adolescente. Foi realizado um registo observacional de acordo com a atenção, interação, comportamento e expressividade emocional de cada adolescente na respetiva sessão, onde anexo em apêndice o guião previamente elaborado (Apêndice VIII). Quanto à avaliação global do Regul@-T, foi realizada oralmente por opção de cada adolescente, pois dado o contexto de intervenção individualizada, que decorreu no seguimento dos respetivos pedidos de ajuda que os motivaram a recorrer ao CAJA, permitiu-lhes partilhar a sua evolução enquanto pessoas, os seus sentimentos e de que forma contribuíram para o desenvolvimento das suas habilidades e estratégias de regulação emocional, neste processo de transição para o estado adulto que caracteriza esta etapa da adolescência.

2.2.3. Considerações éticas e deontológicas

Tendo em conta que a intervenção do enfermeiro, parte sempre dos pressupostos éticos e deontológicos da profissão, os locais de estágio foram identificados de uma forma genérica, sem outras descrições desnecessárias da prática clínica dos mesmos (Nunes, 2013).

Quanto à aplicação do projeto de estágio, foi solicitada autorização à Direção do Aces, que foi concedida pela Direção Clínica do mesmo (Anexo II).

Para a participação dos adolescentes na intervenção psicoeducativa, o Regul@-T e preenchimento do questionário ERQ-CA, foi solicitado consentimento informado apenas aos adolescentes, dado que os participantes tinham idade igual ou superior a 16 anos e tendo em consideração que segundo a norma da Direção Geral da Saúde (DGS), de um modo geral,

“com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico ou terapêutico que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia” (Norma 015/2013, p.7).

Os dados recolhidos através dos adolescentes foram tratados de forma anónima e de acordo com a proteção de dados dos mesmos, sem emissão de juízos de valor (Nunes, 2013), quanto aos nomes próprios foram substituídos por outros fictícios.

2.2.4. Descrição da implementação do projeto de estágio

No decorrer do estágio no CAJA, a pandemia, após as férias letivas do Natal, sofreu um agravamento acentuado no nosso país, que obrigou a um acréscimo de medidas de contenção da disseminação da covid-19, com impacto no acesso dos adolescentes ao CAJA devido à necessidade de recolhimento domiciliário obrigatório e à suspensão letiva presencial a partir de 22/01/2021. Assim, em janeiro, apercebi-me que apenas recorriam os adolescentes com necessidade de ajuda por eles percebida como inadiável. Estes fatores interferiram na operacionalização do projeto, composto por uma intervenção psicoeducativa em grupo, no âmbito da promoção da gestão das emoções, com o nome Regul@-T, tendo sido obrigatoriamente ajustado às circunstâncias da crise pandémica vivenciada naquele momento no nosso país e dos contextos vivenciados pelos adolescentes que integraram o projeto. Assim, o Regul@-T, foi implementado a cada adolescente participante em contexto individualizado, pois segundo diretrizes da Direção do Aces, os atendimentos dos utentes nas unidades de saúde, para além das medidas de prevenção e controlo da transmissão da covid-19, deveriam de ser em contexto individualizado e foram suspensas as atividades grupais.

Integraram o Regul@-T três adolescentes: duas raparigas, com 17 e 19 anos e um rapaz com 16 anos. Os motivos que os levaram à procura de ajuda ao CAJA foram:

- ✓ **Adolescente com 17 anos:** Recorreu ao CAJA com pedido de ajuda para prevenção da gravidez, desmotivação para com a escola e revolta com os pais pela proibição do seu namoro, motivado por crenças religiosas, com consequentes conflitos em casa com os mesmos, o que lhe estava a gerar ansiedade e revolta;
- ✓ **Adolescente de 16 anos:** Recorreu ao CAJA em estado de “crise”, com evidente estado de ansiedade verbalizado pelo mesmo, medo de ficar doente mental para sempre relacionado com consumo de “um charro” (sic.) há um mês com os amigos. Desde então, sente-se constantemente ansioso e nervoso. Apresentava postura de grande inquietação e tensão corporal, a verbalizar que precisava mesmo de ajuda;
- ✓ **Adolescente com 19 anos:** Recorreu ao CAJA, por se sentir sozinha, com isolamento social secundário à pandemia, o que lhe estava a gerar

ansiedade, por outro lado verbaliza sentir que ninguém a compreende, que é diferente dos outros, sendo facilmente rejeitada no grupo, com piadas do gênero: “Lá vem a Alice com as suas ideias!” (sic.).

Para dar resposta aos pedidos de ajuda destes adolescentes, foram levantados os respetivos diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados no âmbito da intervenção psicoterapêutica, sendo que a elaboração de um plano de intervenção em ESMP, de acordo com a ordem dos enfermeiros (OE) e o *international council of nurses*, implica que tenha por base um “juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem” (OE, 2017, p.3). Foi realizada uma entrevista inicial de colheita de dados, para avaliação e decisão diagnóstica, sendo elaborado um plano de cuidados de enfermagem individualizado (Apêndice IV), posteriormente, foi-lhes proposto a integração na intervenção psicoeducativa, o Regul@-T, com a qual concordaram. Quanto à necessidade de ajuda do adolescente com 16 anos, que se enquadrava numa intervenção na crise, fui confrontada com a necessidade de refletir sobre as possíveis respostas e articulação com outros serviços de outras instituições, devido à inexistência de apoio multidisciplinar especializado em psiquiatria no CAJA, para o contexto da ajuda solicitada por este adolescente. Nesta sequência, senti necessidade de elaborar um jornal de aprendizagem sobre os contributos desta situação para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo assim para um desenvolvimento acrescido das competências do EESMP (Apêndice II).

Sendo o Regul@-T uma intervenção psicoeducativa e segundo Sequeira & Sampaio (2020) esta tem por objetivo capacitar as pessoas de conhecimento, este tipo de intervenção, deve ter pelo menos 3 sessões, realizadas semanalmente, com a duração entre 45 a 90'. Tendo em conta o enquadramento teórico e a problemática do projeto, salienta-se que a desregulação emocional, compromete a qualidade das relações interpessoais e a busca pela identidade própria do adolescente na família, no seu meio e na sociedade. Assim, a promoção da gestão das emoções e aprendizagem de competências socioemocionais é fundamental para o adolescente ultrapassar o desequilíbrio provocado pelos sentimentos resultantes das emoções negativas (OMS, 2020). Adita-se ainda, que a aprendizagem de habilidades para identificar e expressar as emoções contribui para a regulação emocional do próprio, para a capacitação do adolescente quanto à aquisição de conhecimento na

autorregulação da emoções, à autoconsciencialização, ao desenvolvimento de habilidades em reconhecer em si e nos outros as mesmas, assim como à expressão e comunicação das respectivas emoções, favorecendo por isso, as relações interpessoais dos adolescentes (Medeiros, 2015). Visa por isso a educação e o treino em saúde mental, por forma a ajudar a pessoa a “atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.” (OE, 2018, p. 21430). Permitindo ao enfermeiro (a) desenvolver intervenções de enfermagem através de atividades tais como: ensinar, descrever, instruir e capacitar (OE, 2018).

Contudo, o Regul@-T, como já referido, dado o agravamento da pandemia por covid-19 a partir do mês de janeiro de 2021, necessitou de ser adaptado de acordo com os imprevistos associados à mesma que surgiram no decorrer deste estágio, com consequentes limitações na sua aplicabilidade:

- Necessidade de ser aplicado em contexto individual a cada adolescente, dado o elevado risco de transmissibilidade da covid-19 durante o restante período de estágio;
- Uma adolescente ficou em isolamento profilático durante 14 dias;
- Um adolescente que integrou o projeto, pela sua condição de saúde mental, foi necessário primariamente articular com outros serviços, nomeadamente o SU do Hospital da Especializado em Pediatria e aguardar que o seu estado mental permitisse integrar o Regul@-T;
- A data prevista de término de estágio em contexto de comunidade seria a 19/02/2021;

Neste sentido e no seguimento dos fatores anteriores, foi apenas possível realizar as primeiras três sessões psicoeducativas previstas no Regul@-T (que se encontram no Apêndice VI) aos três adolescentes que integraram a intervenção psicoeducativa, com as temáticas: **Vergonha, Medo e Raiva.**

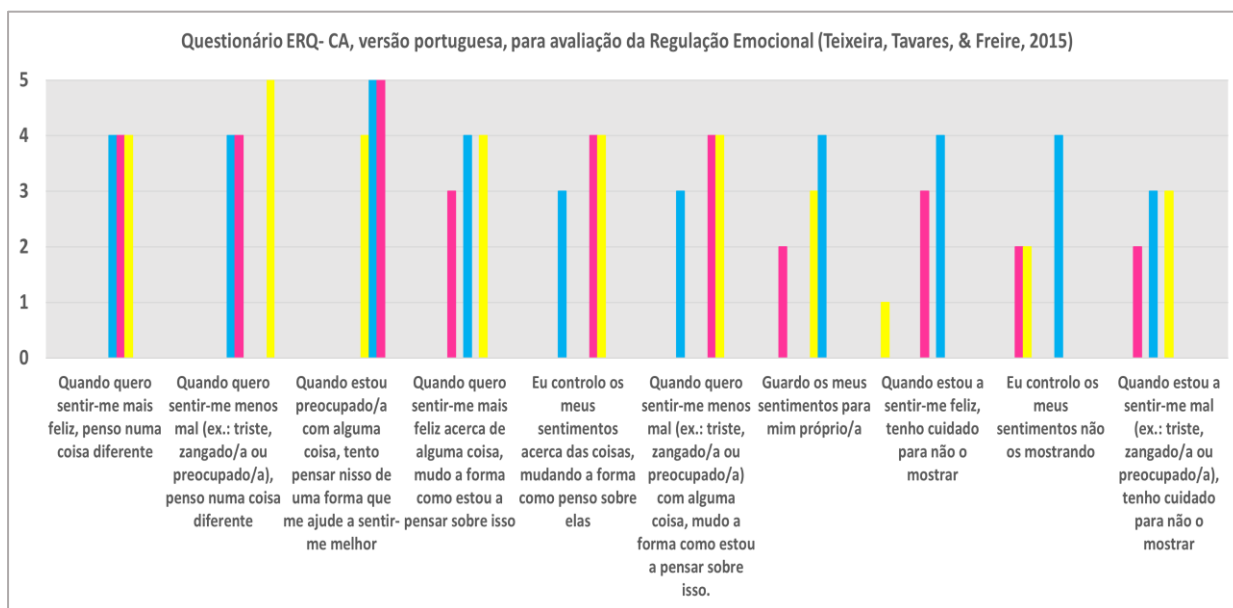
2.2.5. Análise dos resultados obtidos

A realização das entrevistas aos adolescentes que integraram o Regul@-T, evidenciaram questões que são descritas por vários autores, quanto à influência do desenvolvimento do processo de vinculação adolescentes-pais. Os três adolescentes caracterizaram o período de adolescência como um momento de grandes mudanças e acontecimentos, sendo perceptível, na colheita de dados, a transformação da relação de vinculação parental, onde esta sofre mudanças na proximidade emocional, expressão do afeto e necessidade de diminuir o tempo que passam com os pais, em que por oposição aumenta a necessidade de procura e identificação com os seus pares e procura por maior privacidade e individualidade. Este processo de construção da autonomia, numa fase de transição, origina frequentemente um choque entre as necessidades de suporte parental, aquando de momentos de maior *stress* e de exigência por parte dos pais ou outras figuras da sociedade decorrentes do confronto com os processos desenvolvimentais na adolescência e as necessidades de exploração por parte do adolescente, contribuindo assim, para o desenvolvimento da autoconfiança e individualização deste face aos pais.

Assim, fazendo uma análise crítica das entrevistas iniciais, destaca-se a importância que estes três adolescentes dão à relação com os seus pares, em que a Andreea e o João, devido aos seus contextos familiares, sentem mais dificuldade em usufruir das relações com os seus amigos, onde eles sentem que são prejudicados e têm menos liberdade para que possam desenvolver a sua interação social junto dos seus pares, contribuindo para o desenvolvimento da sua autonomia e construção da sua identidade, por outro lado, é notória alguma supressão emocional nas relações com as figuras parentais, por forma a evitar discussão (João) ou agravamento das restrições (Andreea). Quanto à Alice, dado o contexto de “desvinculação” dos pais desde os seus 16 anos, após o divórcio dos mesmos, percebe-se que tem bastante autonomia, tem uma relação “desligada” com a mãe, contudo apresenta uma relação segura com o pai, mas devido à pandemia e aos sucessivos confinamentos decretados pelos vários países (já que ela estudava em Inglaterra), é notório o impacto no seu processo de reflexão consigo própria, a constatação de uma fraca estrutura familiar e de um fraco suporte emocional por parte da mãe, trazendo-lhe à tona sentimentos de medo de abandono e de solidão. Quanto às emoções negativas com maior impacto nesta etapa do ciclo vital, os três adolescentes que integraram o Regul@-T, referiram ser a raiva e a Alice acrescentou também o medo.

Quanto aos questionários ERQ-CA, apresento os resultados em gráfico e procurei realizar um breve resumo interpretativo dos mesmos.

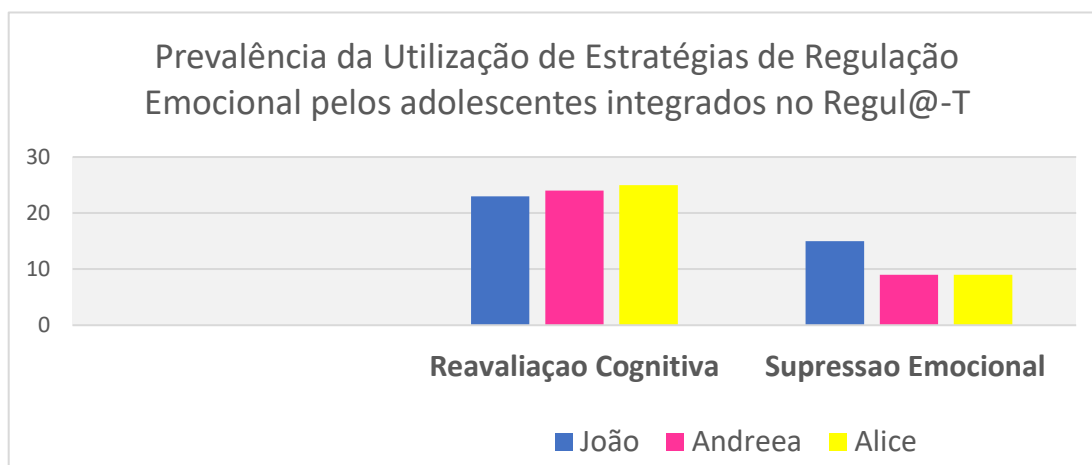
Gráfico 1:



Legenda: Adolescente João (Azul) Adolescente Andreea (Verde) Adolescente Alice (Amarelo)

Eixo Vertical: Score do Questionário baseado numa Escala de Likert de 0 a 5, em que 1 representa Discordo totalmente e 5 Concordo Totalmente. **Eixo Horizontal:** Perguntas do questionário ERQ-CA

Gráfico 2:



Eixo Vertical: Pontuação obtida do somatório das respostas baseadas na escala de Likert

Deste modo, relativamente às respostas da subescala reavaliação cognitiva, onde estão incluídas perguntas sobre estratégias adotadas para potenciar sentimentos de bem-estar, destaca-se que de um modo geral, a Alice e a Andreea (19 e 17 anos respetivamente), apresentam maior consciencialização sobre a forma de

reavaliar os eventos e de desencadear estratégias de adaptação cognitiva para potenciarem o seu bem-estar psicológico, quanto ao João, apesar de se notar a presença de adoção de estratégias de adaptação e de reinterpretação cognitiva, nota-se ainda alguma indefinição nas questões 5 e 6. Este dado, pode prender-se com o facto deste ser o adolescente mais novo (16 anos) e do que pude observar e avaliar no seu acompanhamento individual, este adolescente encontra-se num momento em que pretende desenvolver maior autonomia do seu pai e integrar-se mais num grupo de amigos, pois apresenta-se num estágio de alguns conflitos com o pai na conquista por essa autonomia, em que ele não sente que possa “falar abertamente com o meu pai sobre os meus dilemas” (sic.). Relativamente às questões da subescala supressão emocional, a Alice é a que utiliza menos esta estratégia de regulação emocional, de acordo, com o que pude observar e avaliar no acompanhamento individual desta adolescente durante a intervenção psicoterapêutica, que se relacione, com o facto de ter 19 anos e estar mais perto do estado adulto e com o seu grau de autonomia mais desenvolvido, dado o seu contexto de vida, apesar da pandemia ter alterado a sua dinâmica no grupo de pares e de se sentir mais sozinha por apresentar uma estrutura familiar mais singular. Transparece maior consciencialização e aceitação do processo que está a vivenciar, mesmo verbalizando ansiedade com o mesmo, evidencia maior tolerância à frustração e o facto de ter percebido a possibilidade de passar uns dias no contexto familiar do pai, permitindo-lhe dar um *continuum* à proximidade da relação afetiva e de partilha de sentimentos com o mesmo, diminuiu-lhe a sensação de solidão. A Andrea, também demonstra utilizar pouco a estratégia de supressão emocional, apesar de durante a entrevista inicial ter sido clara a dificuldade em explanar os seus sentimentos e pontos de vista junto dos pais, no entanto, apesar de ser “às escondidas”, consegue usufruir do grupo de pares e do namorado, o que lhe permite as trocas sociais, desempenhar o confronto de papéis e trocas afetivas; contudo é de referir que durante a referida entrevista descreve que o fim de semana lhe gera *stress* e ansiedade, pois sente-se alvo do “controlo” dos pais, não podendo estar com o namorado ou com os seus amigos. Quanto ao João, é notório também, a utilização mais marcada, da supressão emocional como estratégia de regulação emocional, penso que esteja relacionado com o que este adolescente partilhou na entrevista inicial, em que dispõe de poucas possibilidades de expôr os seus sentimentos com o pai e a família, com a exceção da irmã mais velha, devido ao facto de serem muito “rígidos com ele” (sic.), não lhe permitindo com facilidade a integração

num grupo com os seus pares, sentir dificuldade em expressar a sua opinião com o pai, pois prefere evitar a discussão. Acrescenta-se ainda, “o facto de ter incorrido num momento de transgressão em que consumiu *cannabis*” (sic.) o que lhe desencadeou medo de se tornar doente mental e de ficar dependente do pai, sentindo-se culpado, porque estava a falhar com o mesmo, gerando-lhe elevada ansiedade.

2.2.6. Avaliação da Intervenção Psicoeducativa: O Regul@-T

A realização das sessões psicoeducativas permitiram fornecer aos adolescentes conhecimento sobre as diferentes emoções e potenciar a expressão dos seus sentimentos; capacitá-los para identificar as emoções no próprio e nos outros; capacitar os adolescentes de estratégias de resolução de problemas relacionados com a expressão das emoções e dos sentimentos e incentivar o desenvolvimento da capacidade de comunicação interpessoal e expressão dos sentimentos por parte dos mesmos. Segundo eles, também foi importante compreender que sentir emoções, mesmo sendo as negativas não significava serem adolescentes desequilibrados, mas sim, que o importante era saber identificá-las e gerirem-nas por forma a terem uma comunicação mais assertiva, principalmente com as figuras parentais. No decorrer das mesmas e tendo por referência o registo observacional da atividade psicoterapêutica e a avaliação das sessões realizadas por estes adolescentes, a Alice, o João e a Andreea participaram nas sessões com um comportamento adequado, atenção mantida, partilhando sentimentos e emoções que já experienciaram em cada uma das sessões. Seguidamente faço uma descrição sumária destas partilhas que decorreram ao longo das respetivas sessões psicoeducativas:

- **Vergonha:** Nesta sessão psicoeducativa, os três adolescentes consciencializaram que até por volta do 7º ano de escolaridade, foram tímidos e envergonhados, utilizavam por isso frequentemente a estratégia para lidar com a vergonha de evitamento ou de fuga nos intervalos das aulas, tinham medo de ser “gozados” por outros colegas, inclusive a Alice e a Andreea referem que sofreram *bullying* na escola, devido às roupas que utilizavam não serem “adequadas”. Quanto ao João, refere que na altura tinha muita dificuldade em fazer amigos, porque era muito tímido. Com o crescimento e o amadurecimento, referem ter ganho mais autoconfiança e conseqüentemente integraram-se num grupo de amigos. Acrescentaram que foi muito importante

compreenderem a emoção vergonha, pois quando forem confrontados com potenciais eventos geradores de sentimentos intimidantes ou de insegurança, irão compreender melhor o que sentem e tentar gerir melhor esta emoção. Apreciaram ainda que a apresentação desta temática lhes clarificou a importância da emoção vergonha na modelagem do comportamento em alguns contextos sociais, evidenciando as desvantagens da desinibição desenquadrada do contexto e que a utilização de um comportamento adequado ao mesmo é mais eficaz no desenvolvimento das relações interpessoais (Apêndice VI).

- **Medo:** Nesta sessão psicoeducativa, os adolescentes consciencializaram as vantagens da função protetora do medo com alguma surpresa, referindo que achavam que sentir medo era sempre negativo, por outro lado, visto que os três têm em comum a ansiedade, nesta etapa do ciclo vital, referiram ser significativo terem compreendido a diferença entre ansiedade e medo. Todos partilharam e concordaram que estavam numa etapa em que o processo de vinculação adolescentes-pais estava a sofrer alterações, e que a importância do grupo estava a assumir um papel preponderante, principalmente a Andreea e o João, onde o conflito parental em casa é mais premente, em que tinham dificuldade em participar nos grupos dos seus pares motivado por restrições das figuras parentais, admitindo assim a existência do medo social, com consequente prejuízo de desenvolvimento da sua autonomia. A Andreea acrescentou que em consequência dessas mesmas limitações tinha medo de perder o namorado. O João, durante esta sessão, interveio com a intenção de aferir melhor os conceitos ministrado na mesma fazendo a ponte para o seu medo atual relacionado com a possibilidade de ficar doente mental em consequência do consumo de cannabis, o que lhe gerou muita ansiedade e pânico, acrescentando que o medo neste caso também “tinha funcionado como alerta para o facto de poder estar a ir por um caminho de risco” (sic.) (Apêndice VI).
- **Raiva:** quanto a esta sessão psicoeducativa, os adolescentes referiram que foi muito importante para consciencializarem que ainda sentem dificuldade em gerir sentimentos de tolerância à frustração e adoção de uma perspetiva resiliente por forma a alterar o sentimento que lhes conduz a esse estado, no entanto, todos eles, referiram que conseguem controlar a raiva, quanto à

manifestação da mesma, não escalando para a violência física. Relativamente à utilização da violência verbal, esta pode eventualmente acontecer no grupo, quando há um confronto intenso de ideias. No contexto familiar, a Andreea e o João, não expressam os sentimentos de raiva devido à dificuldade em estabelecerem uma comunicação de negociação com as figuras parentais. A Alice referiu que com a sua mãe, sendo uma relação conflituosa, facilmente sente raiva por ela, decorrendo rapidamente uma discussão intensa. Concluiu assim, que teria de refletir em como poderia comunicar com a mãe sem ficar tão desgastada emocionalmente (Apêndice VI).

Como avaliação final do Regul@-T, estes adolescentes referiram que estas sessões tinham-nos ajudado a refletir sobre a importância de reconhecer as emoções contribuindo assim para aprenderem a geri-las melhor, verbalizando que tinham consciencializado a importância das emoções na comunicação com os outros e na gestão da manifestação das mesmas. Acrescentaram que o conjunto destas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, tinham sido muito significativas para eles, principalmente nesta fase de desenvolvimento e do contexto de pandemia que a sociedade estava a viver. O João acrescentou ainda que para ele tinham funcionado como um “guia de pensamento” (sic.) sobre si e sobre o que queria ser quando fosse adulto. Em jeito de conclusão, no final das atividades de enfermagem desenvolvidas, estes adolescentes demonstraram gratidão, verbalizando que tinha sido muito importante poderem falar com alguém sem se sentirem julgados e que os ouvisse. Consciencializaram que em parte as dificuldades vivenciadas nesta etapa de vida se prendiam com a adolescência e os desafios próprios desta fase. Destacaram o contributo das mesmas para desenvolverem estratégias de comunicação mais assertivas, principalmente no seio familiar. A Andreea partilhou que tinham contribuído para melhorar a comunicação com os pais e adotar uma atitude mais resiliente e compreensiva para com os seus conceitos de valores, permitindo-lhe uma maior reaproximação afetiva para com os mesmos. Quanto à Alice, sendo a adolescente com um processo de autonomia já bastante desenvolvido em relação aos pais, referiu ter sido importante para refletir sobre possíveis estratégias de adaptação e de maior resiliência para poder participar no seio familiar do pai, já que este a convidava frequentemente para o efeito e assim poder contribuir para diminuir o sentimento de solidão que vivenciava atualmente.

2.3. Ensino Clínico II – Contexto de Internamento

O estágio em contexto de internamento decorreu no serviço de internamento em psiquiatria de agudos, no período de 22/02/2021 a 01/04/2021, este serviço é constituído por 15 camas, acolhe pessoas acima dos 18 anos, todavia, por informação da enfermeira-chefe e da equipa de enfermagem, a faixa etária mais recorrente é acima dos 35-40 anos de idade. Este serviço articula com o serviço de urgência deste hospital, ou de outros hospitais da sua área de influência, em que o quadro clínico do doente justifique o seu internamento e estejam sem capacidade de resposta para o efeito. A equipa multidisciplinar é constituída por psiquiatras, médicos internos de psiquiatria, enfermeiros especialistas em ESMP, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e duas técnicas do serviço social. Atualmente, não tem terapeuta ocupacional, motivado pela saída deste elemento para outra instituição.

Os cuidados de enfermagem são organizados segundo o método do enfermeiro responsável, com a finalidade de prestar cuidados individualizados e centrados na pessoa. O acolhimento da pessoa com doença mental é realizado pelo enfermeiro que se encontra de serviço e com disponibilidade para tal, sendo responsável pela colheita de dados, pertinentes e adequados ao momento e situação, em adição à informação previamente recebida do serviço que transfere a pessoa para esta unidade. Seguidamente, e dependendo do estado mental do doente, é-lhe apresentada a unidade e as regras de funcionamento da mesma. Dado o contexto de pandemia atual, às referidas regras acrescentam-se o uso obrigatório de máscara cirúrgica pelas pessoas aí internadas, a ingestão das refeições junto ao leito, a gestão de grupos na sala multiusos, por forma a prevenir aglomerados de pessoas no mesmo espaço físico e ainda a inexistência de visitas no serviço.

A realização deste estágio, inicialmente, revelou-se um grande desafio dada a minha inexperiência profissional na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa internada num serviço de psiquiatria, Assim, numa fase inicial, partilhei as minhas emoções e sentimentos de insegurança e alguma ansiedade com a minha orientadora, a qual foi de extrema importância, fornecendo-me suporte emocional e impulsionando-me para delinear os meus objetivos para este estágio, por forma a dar a continuidade ao desenvolvimento das competências do EESMP. Tudo isto foi motivo de reflexão individual, impulsionando a realização de um jornal de aprendizagem (Apêndice II). Deste modo, visto que no estágio anterior não me foi possível a

elaboração do estudo de caso, pensei que este seria uma estratégia adequada para este contexto, o que na minha opinião foi bastante enriquecedor quanto aos contributos para o meu desenvolvimento a nível pessoal e profissional relativamente à pessoa com doença mental. Tive também oportunidade de elaborar uma sessão psicoeducativa em grupo, com título “Vou ter alta e agora?” (Apêndice XI), com o objetivo de incentivar à promoção da autogestão do regime medicamentoso e, de participar em sessões de eletroconvulsivoterapia (ECT) segundo o protocolo existente neste serviço (Anexo II).

Por forma a colmatar a minha inexperiência na prática clínica neste contexto de estágio, favorecer a minha autoconfiança na prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença mental, diminuir os meus mecanismos de defesa para me proteger da minha ansiedade, resultante da insegurança, com prejuízo na neutralização da minha tensão impedindo-me de **interagir** neste ambiente de modo funcional (Chalifour, 2008) e, deste modo conseguir estabelecer uma relação de confiança e terapêutica com a mesma, por forma a dar resposta às competências do EESMP preconizadas pela OE (2018), recorri à minha orientadora de estágio e outros colegas do serviço, à leitura de documentos existentes no serviço, bem como a diversa bibliografia. Este estágio, permitiu reforçar a consciência da importância da comunicação e da utilização do “eu” como instrumento fundamental para promover a relação terapêutica e de confiança com a pessoa com doença mental. Segundo Chalifour (2008), cada interveniente, que é o profissional que vai utilizar um modelo de ajuda profissional, define a sua forma personalizada de estar na relação com os clientes, através da sua formação e das suas experiências, contudo, ao sistematizar as intervenções, destaca que elas são influenciadas pela personalidade, pelos conhecimentos resultantes da prática clínica, pelas crenças, pelos conceitos de pessoa e saúde, também pela aceitação dos motivos que originam o pedido de ajuda psicológica pelo cliente. Ainda pelo modo como o interveniente se posiciona em relação ao mesmo, tendo em conta o respetivo contexto onde se desenrola a intervenção. Segundo Rogers (2009), “as atitudes e os sentimentos do terapeuta são mais importantes que a sua orientação teórica. Os seus processos e as suas técnicas são menos importantes do que as suas atitudes” (p. 69), no seguimento da mesma linha de pensamento, este autor escreve que deve ser realçada a importância da forma como o terapeuta apreende os conhecimentos e as suas atitudes, pois têm implicação na relação. Também Peplau (1992), diz que, na generalidade, após a

satisfação de determinadas necessidades, surge espaço para que novas surjam, por sua vez mais maduras e complexas, pelo que exige que o enfermeiro tenha perícia e disponibilidade de tempo, para conseguir conhecer o cliente como pessoa. (p. 69). Na linguagem verbal, o terapeuta deve possuir habilidades e técnicas de comunicação relacionadas com saber colocar questões e reformular as mesmas, de forma a conduzir a entrevista para conseguir identificar a necessidade de ajuda do cliente. É com base nestas habilidades, que o terapeuta consegue com o cliente uma relação eficaz e com qualidade, utiliza por isso, atitudes terapêuticas sendo elas: compreensão empática, autenticidade, respeito caloroso e para além destas, numa situação em que o cliente está em sofrimento, também são primordiais a compaixão e a esperança (Chalifour, 2008)

2.3.1. Acompanhamento Individual – Estudo de Caso

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação empírica que investiga fenómenos inseridos no contexto real, procura explorar, compreender, descrever e aprofundar conhecimentos sobre a complexidade do fenómeno em estudo, contribuindo assim, para a tomada de decisão clínica em enfermagem. O estudo de caso clínico em enfermagem implica a obtenção detalhada tanto quanto possível de recolha de dados, com anexação de informações oriundas de várias fontes de informação, por forma a permitir uma investigação detalhada e profunda da realidade atual, num contexto holístico, contribuindo para um entendimento das características dos fenómenos complexos, eventos associados (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Ainda segundo Andrade et al. (2017), o estudo de caso é um método de pesquisa que exige do pesquisador de cuidados a explicação dos procedimentos formais, o reconhecimento das limitações e pontos fortes para a realização do estudo, no sentido de clarificar e responder a “questões que expliquem circunstâncias atuais de algum fenómeno social, na formulação de como ou por que tal fenómeno social funciona” (p. 2). A realização de estudos de caso permitem dar resposta às competências do EESMP preconizadas pelo regulamento destas pela OE (2018). Deste modo, o estudo de caso desenvolvido foi com uma jovem de 22 anos, internada devido a tentativa de suicídio, embora ainda com um diagnóstico clínico pouco esclarecido, no entanto, por ser tão jovem aproximava-se da população que tinha delimitado no meu projeto. Também por apresentar um enquadramento social e familiar complexo, em que se perspetivava um internamento um pouco superior que a

maioria das pessoas ali internadas, decidi que o seu estudo de caso traria benefícios ao nível da relação terapêutica, maior enfoque para a implementação das intervenções de enfermagem e assim contribuir para a melhoria da sua condição de saúde mental. Para a realização deste estudo de caso, que incluí em apêndice (Apêndice X), recorri a informação disponibilizada pela Sofia (nome fictício) em contexto de entrevista, à avaliação do estado mental e evolução do mesmo, à informação existente no seu processo clínico, à partilha de dados com a equipe de enfermagem e médica que acompanhou esta jovem durante o seu internamento. Deste modo foi-me possível desenvolver o processo de enfermagem, segundo a taxonomia norteadora para a elaboração dos respetivos diagnósticos de enfermagem e planificação das respetivas intervenções psicoterapêuticas, tendo por base a Nanda e as NIC, com a respetiva avaliação dos resultados obtidos. A realização deste estudo de caso contribuiu indubitavelmente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional na intervenção de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica com a pessoa jovem com doença mental. Constituiu-se também essencial o seu contributo para a continuação do desenvolvimento das competências do EESMP preconizadas pela OE (2018). Sendo que, o EESMP “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (OE, 2018, p. 21428). Para a realização do estudo de caso foi fundamental a criação e desenvolvimento da relação terapêutica com a Sofia, permitindo-me, deste modo, a colheita de dados sistematizada e, através da sua análise, interpretação e recurso a um pensamento crítico, contribuíram para a elaboração de um diagnóstico de saúde mental e respetivo planeamento das intervenções psicoterapêuticas com os resultados esperados. A intervenção do EESMP deve ser negociada com a pessoa alvo dos seus cuidados e com a equipe de saúde da respetiva unidade de saúde. Pretende-se assim com a gestão de um caso,

“promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais” (OE, 2018, p. 21428).

2.4. Contributos para o desenvolvimento das competências do EESMP

O EESMP, presta cuidados de enfermagem centrados na pessoa e no decorrer do seu ciclo vital, seja em contexto profissional, na comunidade ou internamento, tendo em consideração o contexto onde está inserido (família e comunidade), “respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser co-responsável em todo o processo de cuidados” (OE, 2017, p. 4). Para isso, é cada vez mais premente a necessidade de dinamizar ações no âmbito da promoção e literacia em saúde mental de modo a prevenir a perturbação mental, a exclusão social e a estigmatização (OE, 2017). A implementação da intervenção psicoeducativa, o Regul@-T, permitiu dar resposta às competências do EESMP preconizadas pelo regulamento da OE:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
 - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
 - c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
 - d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
- (OE, 2018, p. 21427).

onde desenvolvi o meu autoconhecimento enquanto pessoa e profissional, consciencializei mais a importância do “eu” enquanto instrumento terapêutico numa relação terapêutica com o adolescente alvo dos meus cuidados, permitindo-me assistir o adolescente na promoção e na recuperação da saúde mental, de acordo com a etapa do ciclo vital em que o mesmo se encontra enquadrado no seu contexto social e familiar. Por outro lado, sendo a adolescência, segundo Erikson (Verissimo, 2002), um período de transição entre a infância e o estágio de adulto, onde nesta etapa do ciclo vital, o adolescente passa por processos transformacionais ao longo do seu desenvolvimento psicossocial, nomeadamente quanto à construção do seu *self*, por forma a desenvolver uma identidade, o seu papel na sociedade, os seus

conceitos de valores e crenças, encontrando desta forma qual o melhor papel que se adapta a si, enquanto pessoa. O Regul@-T, permitiu-me também dar resposta a um projeto no âmbito da promoção da saúde mental no adolescente, tendo em conta o seu contexto individual, familiar, social e o impacto destes mesmos fatores na gestão das emoções do adolescente, por forma a manter e a melhorar a saúde mental do mesmo. Deste modo e tendo em conta o enquadramento teórico e a problemática deste projeto, salienta-se que a dificuldade na regulação emocional, compromete a qualidade das relações interpessoais e a busca pela identidade própria do adolescente na família, no seu meio e na sociedade. Neste sentido, o autocontrolo das emoções reflete-se nas habilidades comportamentais e cognitivas perante a gestão de determinados eventos específicos, favorecendo um maior bem-estar psicológico e controlo das emoções (Leite, 2016). Ter controlo emocional, potencia o desenvolvimento de determinadas características: aumento das sensações positivas, reduzindo o número de episódios negativos, diminuição de comportamentos agressivos e autodestrutivos; aumento da tolerância à frustração, construção de um clima de confiança e diminuição de sentimentos relacionados com *stress*, solidão e ansiedade generalizada, reforçando o bem-estar psicológico (Goleman, 2012; Queirós, 2014). Assim, a promoção da gestão das emoções e aprendizagem de competências socioemocionais é fundamental para o adolescente ultrapassar o desequilíbrio provocado pelos sentimentos resultantes das emoções negativas (OMS, 2020). Acrescenta-se ainda, que a aprendizagem de habilidades para identificar e expressar as emoções positivas e negativas contribui para a regulação emocional do próprio (Medeiros, 2015).

A implementação individual do Regul@-T em consequência do contexto da pandemia por covid-19, no seguimento da intervenção psicoterapêutica previamente planeada e adequada aos pedidos de ajuda destes adolescentes revelou-se no meu entender uma experiência muito positiva para estes adolescentes, pois permitiu desenvolver uma relação terapêutica e de confiança em que eles se sentiam seguros e confortáveis nas suas partilhas. Permitiu o levantamento dos respetivos focos de enfermagem com a elaboração de um diagnóstico de enfermagem em saúde mental e conseqüente planeamento e desenvolvimento das respetivas intervenções psicoterapêuticas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório pretendeu dar cumprimento ao proposto como elemento avaliativo da unidade curricular: Estágio com Relatório, é também onde foram reunidos todos os documentos, reflexões que foram desenvolvidos em ambos os contextos de estágio e considerados relevantes ao longo desta experiência clínica. Pretendeu-se ao longo do mesmo, fazer uma sistematização da informação de modo a dar resposta ao objetivo geral e específicos inicialmente propostos no projeto de estágio, bem como as respetivas reflexões críticas e jornais de aprendizagem sobre o trabalho desenvolvido.

A concretização dos estágios foi fundamental para o desenvolvimento das novas competências enquanto futura EESMP, conferiu a oportunidade de operacionalizar e concretizar os saberes teóricos, processuais e relacionais em contexto de prática clínica adquiridos ao longo do Mestrado em enfermagem na especialização de saúde mental e psiquiátrica.

Evidenciam-se neste relatório, os aspetos mais relevantes que contribuíram para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria regulamentadas pela OE (2018), entre as quais a possibilidade de operacionalizar as entrevistas e intervenções de relação de ajuda, a utilização da comunicação terapêutica como contributo do desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa alvo dos cuidados, a planificação das intervenções psicoterapêuticas com a respetiva elaboração dos planos de cuidados em saúde mental e psiquiátrica, a realização das sessões psicoeducativas como intervenção grupal e individual.

Dou ainda destaque à possibilidade de ter conseguido operacionalizar o Regul@-T, previamente delineado em projeto, apesar dos constrangimentos e desafios de adaptabilidade necessária devido ao contexto de pandemia vivenciado aquando da realização do estágio, e, em paralelo, às dificuldades e pressão à qual os enfermeiros nos seus contextos de trabalho têm sido alvo, em conjunto com a necessidade de adaptar-se rapidamente aos cuidados de enfermagem exigidos pelo governo, em função das necessidades de resposta à pandemia.

Como limitações e desafios para a concretização desta unidade curricular, para além do mencionado, ressalvo a necessidade imperiosa de uma exigente adaptação perante os desafios existentes nas unidades onde estagiei, relacionadas com a

pandemia, trazendo-me momentos de algum desgaste e incerteza quanto à possibilidade de conseguir atingir os objetivos, no entanto reconheço que impulsionou ainda mais a minha capacidade de resiliência, de adoção de um pensamento de “viver a vida no aqui e agora”, desenvolvendo a adaptabilidade, desta forma conferindo algum conforto à incógnita que cada desafio foi trazendo ao longo dos estágios.

Acrescento ainda que a realização deste estágio, nos referidos contextos de comunidade e de internamento, exercendo eu atualmente enfermagem nos cuidados de saúde primários, desencadeou em mim um pensamento reforçado, essencialmente, quanto à importância da articulação entre o internamento de psiquiatria e os cuidados de saúde primários, no sentido em que percebi que o enfoque dos cuidados à pessoa com doença mental ainda é nos cuidados centralizados no Hospital, o que dificulta a acessibilidade da pessoa às respetivas consultas de acompanhamento e frequência do Hospital de Dia, dada a necessidade de deslocações por vezes distantes do seu local de residência, descontextualizado da sua realidade social e familiar, onde os cuidados de saúde primários, neste âmbito, detêm um conhecimento mais global do contexto familiar e comunitário onde a pessoa com doença mental está inserida. Concluo ainda que, na minha opinião e de acordo com o programa nacional para a saúde mental (DGS, 2017), apesar de já existirem alguns projetos no âmbito da saúde mental e psiquiatria nos cuidados continuados, o nosso país deveria investir na multidisciplinaridade na área da saúde mental e psiquiatria nos cuidados de saúde primários, descentralizando estes para a comunidade, contribuindo assim para uma maior acessibilidade da pessoa com doença mental e respetivos cuidadores, indo assim ao encontro do que a *Joint Action on Mental Health and Well-being* recomenda no âmbito da saúde mental e psiquiatria (DGS, 2016).

Também, a realização do estágio contribuiu para reforçar a minha opinião quanto à aposta na promoção da saúde mental nas várias etapas do ciclo vital da pessoa nos cuidados de saúde primários, contribuindo assim para a prevenção da doença mental, em particular nos adolescentes, sendo esta uma etapa fundamental para a construção da sua identidade e bem-estar emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J. P., & Miga, E. M. (2010). Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *Journal of social and personal relationships*, 27(2), 181-190.

Andrade, S. R. D., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(4).

Anto, S. P., & Jayan, C. (2016). Self-Esteem and Emotion Regulation as Determinants of Mental Health of Youth. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23(1).

Arruda, M. D. J. F. C. (2014). *O ABC das emoções básicas: implementação e avaliação de duas sessões de um programa para promoção de competências emocionais* (Doctoral dissertation). Disponível em:

[O ABC das emoções básicas \(uac.pt\)](http://uac.pt)

Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical child and family psychology review*, 14(2), 198. Disponível em:

[s10567-011-0092-5.pdf \(springer.com\)](https://www.springer.com/s10567-011-0092-5.pdf)

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bisquerra Alzina, R., & Escoda, N. P. (2007). *Las competencias emocionales*. Disponível em:

[nº 10- letra nueva.qxd \(uned.es\)](http://uned.es)

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1*. Loures: Lusodidacta.

Chervonsky, E., & Hunt, C. (2019). Emotion regulation, mental health, and social wellbeing in a young adolescent sample: A concurrent and longitudinal investigation. *Emotion*, 19(2), 270. Disponível em:

<https://www.edubeing.com/resources/ChervonskyHunt2019.pdf>

Coslin, Pierre G. (2009). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Instituto Piaget.

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS. Disponível em:

<http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS- -TEMPO-A-PE RDER.pdf>

Damásio, A. (2000). *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa América.

Damásio, António (2012), *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Temas e Debates.

Diniz, Julia da Silva Papi, Batista, Karla de Melo, Luciano, Luzimar do Santos, Fioresi, Mirian, Amorim, Maria Helena Costa, & Bringuento, Maria Edla de Oliveira. (2019). Intervenção de enfermagem baseada na teoria de Neuman mediada por jogo educativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(6), 600-607. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900084>

Direcção Geral da Saúde, Norma 015/2013, atualizada a 04/11/2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Disponível em:

[Direcção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://dgs.pt)

DGS (2017). Portugal – *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAarySzltzVUy81MsTU1MDAFAH zFEfkPAAAA>

Doyle, L., Sheridan, A., & Treacy, M. P. (2017). Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(2-3), 134-142. Disponível em:

[Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses - Doyle - 2017 - Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing - Wiley Online Library](#)

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7. Disponível em:

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=Eisenstein+E.+Adolesc%C3%Aancia%3A+defini%C3%A7oes%2C+conceitos+e+crit%C3%A9rios+.+Adolesc+Saude.+2005%3B2%282%29%3A6-7&btnG=

Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS—Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107.

Goleman Daniel (2012). *Inteligência emocional* (17ª ed., reimpresso, 2019). Maia. Temas e Debates – Círculo de Leitores.

Gouveia, M. J. C. (2013). *Conflito interparental, vinculação aos pais e competências sociais do jovem adulto* (Doctoral dissertation).

Godinho Natércia (2020). Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA. *Centro de Documentação e Biblioteca – ESEL*

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. Disponível em:

[Gross+\(1998\).pdf \(squarespace.com\)](#)

Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice*. Nelson Thornes. Disponível em:

[http://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/SelectiveBooks/Nursing/Fundations%20in%20Nursing%20and%20Health%20Care%20\[Wigens,%20Lynne\].pdf](http://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/SelectiveBooks/Nursing/Fundations%20in%20Nursing%20and%20Health%20Care%20[Wigens,%20Lynne].pdf)

Kerntopf, M. R., de Lacerda, J. F. E., Fonseca, N. H., do Nascimento, E. P., Lemos, I. C. S., Fernandes, G. P., & de Menezes, I. R. A. (2016). Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. *Adolescencia e Saude*, 13(2), 106-113. Disponível em:

[Revista Adolescência e Saúde- Sexualidade na adolescência: uma revisao crítica da literatura \(adolescenciaesaude.com\)](http://www.adolescenciaesaude.com)

Laarson, L. W. & Brown, J. R. (2007). Emotional development in adolescence: what can be learned from a high School Theater Program?. *Child Development*, vol. 78, (4), 1083-1099. Disponível em:

https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-8624.2007.01054.x?casa_token=3VnR2CawsaMAAAAA:DU7xU_YQPaxNUIQBy0Ft2SAQoRegy8lr2IDsj0-XCoWVOKJEa8kYWWeSKkRZwLB7U3NG6BAZ70yCJq

Leite, R. (2016). *Conceção de um programa de Saúde Mental Positiva para docentes do ensino básico*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17329>

Loureiro, C., Frederico-Ferreira, M. M., & Santos, M. R. (2013). Identificação dos fatores determinantes no desenvolvimento das competências sociais dos adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 79-88. Disponível em:

[serlIn10a10.pdf \(mec.pt\)](#)

Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista portuguesa de pedagogia*, 5-28.

Marriner-Tomey, Ann; Alligood, Martha Raile (2004) - *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (pp.185-207; 335-375) 5ª ed. Loures: Lusociência.

McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - a concept analysis. *Nurse education in practice*, 8(6), 412-419. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147159530800019X>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred Nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479. Disponível em:

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.13652648.2006.04042.x?casa_token=gT7uPLwJM1kAAAAA%3A-fBAkH49U17Jf5TVOu_AjLdx8LdKwqP596forL1e7Zj2mNYoy1ROdspZha921WR0FF5QTMUGsXygpq

Melnik, B. M., Jacobson, D., Kelly, S. A., Belyea, M. J., Shaibi, G. Q., Small, L., ... & Marsiglia, F. F. (2015). Twelve-Month Effects of the COPE Healthy Lifestyles TEEN Program on overweight and depressive symptoms in high school adolescents. *Journal of school health*, 85(12), 861-870. Disponível em:

[Twelve-Month Effects of the COPE Healthy Lifestyles TEEN Program on Overweight and Depressive Symptoms in High School Adolescents - Melnyk - 2015 - Journal of School Health - Wiley Online Library](#)

Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20(1), 153-162. Acedido a 09/10/2020, em:

<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n1/1413-8271-pusf-20-01-00153.pdf>

Neal, A. M. (2021). Somatic interventions to improve self-regulation in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Disponível em:

[Somatic interventions to improve self-regulation in children and adolescents - Neal - - Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing - Wiley Online Library](#)

Nunes, Lucília (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setubal. Departamento de Enfermagem ESS / IPS

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf

OMS (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Organisation mondiale de la Santé. Disponível em:

[9789242506020_fre.pdf \(who.int\)](#)

OMS (2020). *Salud mental del adolescente*. Disponível em:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Pardal, A. C. R. (2012). *Regulação das emoções, padrões adaptativos de aprendizagem & satisfação com a vida: Estudo de Tradução e Validação do Regulation of Emotion Questionnaire 2 para a população portuguesa* (Doctoral dissertation). Disponível em:

[Regulação das emoções, padrões adaptativos de aprendizagem & satisfação com a vida: Estudo de Tradução e Validação do Regulation of Emotion Questionnaire 2 para a população portuguesa | Estudo Geral \(uc.pt\)](#)

Parker, M. E., & Aylward, P. D. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis.

Peplau Hikdegard E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermeira*. (reimp). Barcelona: Masson-Salvat Enfermeria

Pinheiro, M. J. S. (2018). *(Des) regulação emocional na adolescência: estratégias de regulação e problemas emocionais e de comportamento* (Doctoral dissertation).

Disponível em:

[ulfpie053333_tm_tese.pdf](#)

Queirós, M. (2014). *Inteligência emocional- aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.

Rogers C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. (1ª ed). Lisboa: Padrões Culturais Editora

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, pp. 2-37. Disponível em:

[Metodologia de Projecto: colectânea descritiva das etapas \(ips.pt\)](#)

Sequeira Carlos & Sampaio Francisco (2020) - *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções*. Lousã: Lidel - Edições técnicas, Lda.

Teixeira, A., Silva, E., Tavares, D., & Freire, T. (2015). Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): relations with self-esteem and life satisfaction. *Child Indicators Research*, 8(3), 605-621.

Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12187-014-9266-2>

República Portuguesa (2018). *Rede de referência hospitalar – Psiquiatria da infância e da adolescência*. Lisboa: República Portuguesa- Saúde. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017a). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-156. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716302412>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77-84.

Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a10.pdf>

Sloan, E., Hall, K., Youssef, G. J., Moulding, R., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2019). Profiles of emotion regulation in young people accessing youth mental health and drug treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 43(4), 769-780.

Souza Martins, T. S., & Silvino, Z. R. (2010). Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da Teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15(2).

Disponível em:

<https://core.ac.uk/download/pdf/328056426.pdf>

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.

Anexo I

*Portuguese validation of the Emotion Regulation Questionnaire for Children
and Adolescents (ERQ-CA)*

Table 2 The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) and Portuguese translated version (QRE-CA)

	ERQ-CA (Gullone and Taffe 2012)	QRE-CA (Portuguese items)
Cognitive reappraisal	<p>1. When I want to feel happier, I think about something different.</p> <p>3. When I want to feel less bad (e.g. sad, angry or worried), I think about something different.</p> <p>5. When I'm worried about something, I make myself think about it in a way that helps me feel better.</p> <p>7. When I want to feel happier about something, I change the way I'm thinking about it.</p> <p>8. I control my feelings about things by changing the way I think about them.</p> <p>10. When I want to feel less bad (e.g. sad, angry or worried) about something, I change the way I'm thinking about it.</p>	<p>1. Quando quero sentir-me mais feliz, penso numa coisa diferente.</p> <p>3. Quando quero sentir-me menos mal (ex.: triste, zangado/a ou preocupado/a), penso numa coisa diferente.</p> <p>5. Quando estou preocupado/a com alguma coisa, tento pensar nisso de uma forma que me ajude a sentir-me melhor.</p> <p>7. Quando quero sentir-me mais feliz acerca de alguma coisa, mudo a forma como estou a pensar sobre isso.</p> <p>8. Eu controlo os meus sentimentos acerca das coisas, mudando a forma como penso sobre elas.</p> <p>10. Quando quero sentir-me menos mal (ex.: triste, zangado/a, ou preocupado/a) com alguma coisa, mudo a forma como estou a pensar sobre isso.</p>
Expressive suppression	<p>2. I keep my feelings to myself.</p> <p>4. When I am feeling happy, I am careful not to show it.</p> <p>6. I control my feelings by not showing them.</p> <p>9. When I'm feeling bad (e.g. sad, angry or worried), I'm careful not to show it.</p>	<p>2. Guardo os meus sentimentos para mim próprio/a.</p> <p>4. Quando estou a sentir-me feliz, tenho cuidado para não o mostrar.</p> <p>6. Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando.</p> <p>9. Quando estou a sentir-me mal (ex.: triste, zangado/a, ou preocupado/a), tenho cuidado para não o mostrar.</p>

Anexo II

Autorização do ACES para implementação do projeto de estágio

pedido de autorização de projecto de estágio



Sinalizar para seguimento.



[Redacted] | Presidente CCS ACES [Redacted]

sex, 11/12/2020 10:48

Para: Susana Marques | UCC [Redacted]

Cc: Conselho Clínico e de Saúde [Redacted]



Bom dia Sr. Enfª Susana Marques

Com as devidas desculpas pelo atraso na resposta, vimos comunicar a nossa autorização , para o projecto de estágio que nos apresentou.

Desejamos os maiores sucesso e aproveitamento

Com os melhores cumprimentos,

Mário Silva

Presidente do Conselho Clinico e da Saúde

Anexo III

Protocolo de Electroconvulsivoterapia



Protocolo da Electroconvulsoterapia

Objetivo:

Elencar o uso do tratamento de electroconvulsoterapia (E.C.T.) nos transtornos mentais.

Introdução:

A electroconvulsoterapia (E.C.T.) é uma aplicação de corrente elétrica no cérebro, sob anestesia geral, com duração, por volta, de 5 minutos. Esta carga produz uma descarga cerebral originando uma convulsão induzida juntamente com anestésicos e relaxantes neuromusculares.

O paciente é mantido sob monitorização eletrocardiográfica, de pressão arterial, oximetria de pulso e feita a ventilação do paciente.

No serviço de Anestesia há um carrinho com o aparelho para efetuar o eletrochoque e outro no caso de haver paragem cardiorrespiratória durante o procedimento.

O paciente deve estar em jejum de 12 horas antes do procedimento, para evitar bronco aspiração.

A Associação Psiquiátrica Americana considera o E.C.T. um tratamento de primeira escolha quando:

- a) É necessário uma melhora rápida e consistente;
- b) Os riscos de outros tratamentos são maiores do que os riscos de E.C.T.;
- c) Há história prévia de resposta parcial aos psicofármacos ou boa resposta ao E.C.T.;
- d) O utente em tratamento prefere este tipo de procedimento.

Este procedimento está bem fundamentado nos utentes com depressão, incluindo a ideação suicida acentuada, em casos de mania e de esquizofrenia. E, quando o utente tem história de resistência aos tratamentos farmacológicos. Este tratamento pode, ainda, evitar a morte em utentes catatónicos e tem sido utilizado com eficácia aos síndromes malignos dos neurolépticos e na doença de Parkinson.

Pré-requisitos:

- Avaliação do psiquiatra assistente;
- Discussão do caso em reunião de equipa;
- Esclarecimento ao utente do procedimento e autorização assinada por este;
- Avaliação do utente pela equipa de anestesia;
- Exames: análises clínicas + eletrocardiograma (E.C.G.);
- Avaliação neurológica, se solicitado.

Indicações Clínicas:

- Depressão Major;
- Resposta inexistente após toma de medicação per'os e/ou injectável;
- Catatonia Grave;
- Transtorno Mental Grave associado à gestação;
- Transtorno bipolar (episódio de mania/depressão prolongados);
- Esquizofrenia (psicose grave);
- Discinésia precoce;
- Doença de Parkinson.

Contra - Indicações (não absolutas):

- Recente enfarte agudo do miocárdio e /ou instabilidade cardiovascular grave;
- ICC descompensada; estenose aórtica; valvulopatia; angina;
- Aneurisma; malformação vascular com risco de rutura por aumento de P.A.;
- Aumento da pressão intracraniana, pode haver lesões expansivas e tumores cerebrais;
- Enfarte cerebral recente;
- Doença crónica obstrutiva grave e/ou crónica; asma; pneumonia;
- Condições prováveis de descolamento da retina; glaucoma de angulo agudo; entre outras.

Planeamento/Implementação – papel do Enfermeiro:

Antes do tratamento:

- Assegurar que o médico obteve o consentimento informado e que se encontra previamente assinado pelo utente;
- Verificar se há exames laboratoriais + eletrocardiograma recentes;
- Assegurar que o utente não tomou benzodiazepinas (se prescrito) na refeição do deitar da noite antecedente exame – E.C.T.;
- Uma (1) hora antes: avaliar parâmetros vitais; remover placas dentárias, se o utente tiver, assim como, lentes de contacto, óculos, jóias, ganchos do cabelo e ter o cabelo seco;
- O utente deve, ainda, vestir pijama da instituição; ir à casa de banho urinar; colocar fralda (devido possível relaxamento dos esfíncteres);
- Colocar um cateter numa das veias dos membros superiores + um soro fisiológico de 500cc num sistema de soros simples, com torneira de três vias e prolongamento, a correr lentamente;
- Ligar para o piso ... (Serviço de psiquiatria) e combinar com a Srª enfermeira responsável pelos E.C.T's, após falar com o médico que vai efetuar o tratamento e /ou saber as horas que deverá ir para o serviço de anestesia piso ...;
- Falar com o utente para o ajudar a acalmar a ansiedade/medos. Manter uma atitude positiva em relação ao procedimento e encorajar o utente a verbalizar sentimentos.
- Quando levar o utente para o serviço de anestesia, piso ..., levar o processo.

Durante do tratamento:

- Aplicar os eléctrodos do aparelho (do E.C.T's) que são posicionados, geralmente, nas têmporas ou um eléctrodo na têmpora e outro na região superior da cabeça. Assim, é possível monitorizar na sua a crise convulsiva, durante a estimulação, através de um encefalograma;

Veja nas seguintes imagens a composição do aparelho do ECT:

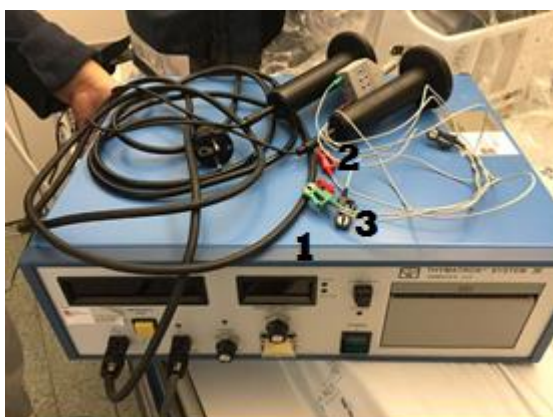


Figura 1



Figura 2

- Nesta máquina de ECT, os eléctrodos de cor vermelha (2) são colocados em ambas as têmporas, o eléctrodo verde (1) na região superior da cabeça e os eléctrodos pretos (3) atrás de ambas as “orelhas”;
- Colocar a manga do aparelho de tensão arterial; o eléctrodo num do terceiro (3) dedo de uma das mãos; eléctrodos na parte anterior do tórax para posterior registo do eletrocardiograma;
- Colocar aparelho de aspiração de secreções à mão, assim como, máscara de oxigénio, bloqueador da via aérea/mordedor “bucal” de esponja;
- Colocar “gel indutor” na pás dos eléctrodos que vão ser colocados nas têmporas;
- Limpar as têmporas com um produto próprio de limpeza da zona;
- Posicionar o aparelho de E.C.T. s do lado contrário ao do soro, assim facilita a movimentação dos técnicos;
- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Facilitar a aspiração se necessário;
- Saber o tipo de medicação que a anestesista vai usar [esta administra via endovenosa com um anestésico de ação curta, como o tiopental sódico – Pentothal- entre outros e um relaxante muscular, geralmente cloreto de succinilcolina - Anectine-. A via de administração é endovenosa para impedir contrações musculares severas durante a convulsão, reduzindo assim a possibilidade de ossos fraturados ou deslocados. Uma vez que a succinilcolina paralisa também os músculos respiratórios o utente é oxigenado com oxigénio durante o tratamento, exceto o breve intervalo de estimulação eléctrica, até a respiração espontânea regressar (Sadock e Sadock, 2007)].
- Observar as leituras do monitor que regista: sinais vitais e o funcionamento cardíaco;
- Observar a carga que a médica psiquiatra introduz no aparelho de E.C.T. e quando esta pedir para carregar no botão para a estimulação, não retirar o dedo enquanto a médica não terminar o procedimento - da estimulação;
- Observar a compulsão do utente;
- Apoiar os braços e as pernas do utente se necessário.

Após o tratamento:

- Depois da convulsão o anestesista continuar a oxigenar o utente com oxigénio puro até as respiração espontânea regressar. Muitos utentes despertam após dez (10) minutos ou quinze (15) minutos após o tratamento, por vezes, mostram-se confusos e desorientados, outros utentes, dormem por uma (1) ou duas (2) horas, após o tratamento;
- O utente, faz normalmente um (1) gr. de paracetamol endovenosa, se indicação da médica psiquiátrica e/ou da anestesia;
- Todos os utentes necessitam de ser observados atentamente nesse período imediato, e normalmente ficam no serviço de anestesia durante uma (1) ou duas (2) horas.

Após o enfermeiro do serviço de anestesia contactar o enfermeiro do serviço de psiquiatria para ir buscar o utente, devemos:

- Saber como o utente esteve;
- Observar o estado do utente; posicioná-lo se necessário; questionar o utente e perceber se este reconhece o enfermeiro; se está orientado; orientar o utente quanto ao tempo e local, descrever o que aconteceu;
- Assegurar ao utente que qualquer perda de memória que o utente possa ter é apenas temporário;
- Permitir que o utente verbalize medos e ansiedades sobre o tratamento;
- Não esquecer o processo do utente no serviço de anestesia;

No serviço:

- Permanecer com o utente até este estar totalmente desperto, orientado e capaz de executar as atividades de auto - cuidado sem auxílio;
- Providenciar o pequeno-almoço ao utente e administrar a terapêutica respetiva.
- Se o utente estiver muito sonolento deixá-lo descansar, senão observar como ele está junto aos pares e equipa;
- Retirar o soro;
- Se o utente sair para o exterior retirar o cateter.

Número de Sessões de E.C.T.:

O número de sessões de ECT é variável de utente para utente, é estabelecido através da resposta clínica de cada um. Em média, são necessárias entre 8 a 12 sessões.

Contudo, alguns pacientes necessitam até 20 sessões.

Os tratamentos são administrados no início da manhã, em dias alternados, duas ou três vezes por semana.

Parece não haver diferença no desfecho final entre esses regimes, com exceção de uma melhora mais rápida no tratamento realizado 3 vezes por semana.

Dosagem Elétrica da E.C.T.:

A dosagem elétrica influencia tanto o sucesso terapêutico como a magnitude dos efeitos colaterais cognitivos. Deve ser utilizada a que for necessária para desencadear uma crise convulsiva tônico-clônica, e geralmente dura no mínimo de 25 a 30 segundos. O limiar convulsivo varia muito entre os utentes, é influenciado por fatores como: idade, sexo, posição dos eletrodos e medicações utilizadas. O limiar convulsivo aumenta substancialmente ao longo da fase aguda da ECT, sendo que atinge um platô na fase de continuação e de manutenção.

A melhora do paciente parece estar associada com a relação entre a dosagem elétrica utilizada e o valor do limiar convulsivo, e não apenas com o valor absoluto da dosagem.

Bibliografia:

American Psychiatric Association (APA). The practice of ECT: recommendations for treatment, training, and privileging (Task Force Report on ECT). Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.

Berrios GE. The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 1997; 8:105-119.

Figiel G, McDonald W, McCall W, Zorumpski C. Electroconvulsivetherapy. In: Schatzberg A, Nemeroff CB, editors. *Textbook of Psychopharmacology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998. p. 523-545.

Russell E. Running an ECT department. *Adv Psychiatr Treat* 2001; 7: 57-64.

Townsend, Mary C. - *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica –Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*, sexta edição, 2011, ISBN: 978-972-8930-61-5, Editora-Lusociências- Edições Técnicas e Científicas, Lda., pág.348 a 354.

www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/.../2521-042-eletroconvulsoterapia.

APÊNDICE I

Atividades a desenvolver em contexto de estágio

	Discussão de situações de prática clínica de cuidados com a equipa do serviço	Revisão contínua bibliográfica	Sessão psicoeducativa	Implementação do Projeto: Intervenção Psicoterapêutica: Regul@-T	Plano de cuidados de enfermagem especializados em ESMP	Estudo de caso	Realização e apresentação do Relatório de estágio
Competências Comuns: Domínios							
A - Responsabilidade Profissional Ética e Legal	X		X	X	X	X	X
B - Melhoria Contínua da Qualidade	X	X					
C - Gestão dos Cuidados	X						
D - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	X	X	X	X	X	X	X
Competências Específicas do EESMP							
1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto	X		X	X	X	X	X

<p> pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. </p>							
<p> 2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. </p>	X			X	X	X	
<p> 3 — Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. </p>	X			X	X	X	
<p> 4 — Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. </p>		X	X	X	X	X	

APÊNDICE II

Jornais de Aprendizagem

**11º Mestrado em Enfermagem na Especialização de
Saúde mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem: Da entrevista inicial à
consciencialização de *si* – um contributo para o
autoconhecimento e autorreflexão**

Susana Lourenço Marques

**Lisboa
2020**

**11º Mestrado em Enfermagem na Especialização de
Saúde mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem: Da entrevista inicial à
consciencialização de *si* – um contributo para o
autoconhecimento e autorreflexão**

Susana Lourenço Marques

Professor Orientador:
José Falé

**Lisboa
Novembro, 2020**

“o termo “entrevista” designa um tipo particular e interações verbais e não verbais entre um interveniente e um cliente, ao longo das quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para este fim.” (Chalifour, 2008, p. 36)

Neste jornal de aprendizagem, vou começar por alguns conceitos que senti necessidade de aferir nesta minha primeira semana de estágio. As intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria na promoção da saúde mental nos adolescentes, visam fortalecer a sua capacidade de regular as emoções, fomentando por isso, estratégias que promovam o evitamento de comportamentos de risco, o desenvolvimento da resiliência em momentos difíceis e o contributo para o estabelecimento de redes sociais favoráveis. Esta abordagem tem ainda um interesse particular nos adolescentes mais vulneráveis (OMS, 2020).

Sendo assim, pareceu-me pertinente definir o conceito de saúde mental, segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar, no qual a pessoa compreende as suas habilidades, de modo a enfrentar os agentes stressores naturais da vida, no contribuir para a comunidade e a ser produtivo em resultado do seu trabalho, por forma a sentir-se bem a nível físico, social e mental, não sendo só, ausência de perturbação mental ou deficiência (WHO, 2018).

Neste estágio na comunidade, nomeadamente no CAJA, que é um centro de atendimento ao jovem e adolescente numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), pretendo implementar o projeto no âmbito da promoção da gestão das emoções nos adolescentes como fator promotor da saúde mental dos mesmos, sendo que para isso, considere relevante compreender que este se enquadra na literacia em saúde mental, um dos determinantes estabelecidos pelo colégio da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo estes fatores associados a distintos papéis da saúde mental, que se agrupam em quatro grandes dominações: “os fatores e experiências individuais; as interações sociais; as estruturas e recursos sociais; e os valores culturais” (OE, 2017, p.13) Falando de literacia em saúde, esta pressupõe que as pessoas tenham acesso a informação em saúde que lhes permita desenvolver conhecimentos e habilidades, por forma a promover a aquisição de competências que fomentem a adoção de estilos de vida saudáveis, o desenvolvimento pessoal, social e cultural. A literacia em saúde mental, visa então,

que a pessoa desenvolva competências pessoais, nomeadamente ao nível da autoestima; do autoconhecimento; das competências comunicacionais e estabelecimento de relações interpessoais, do autocontrolo e autoeficácia; do desenvolvimento de estratégias de *coping* e de resolução de problemas (OE, 2017).

No decurso da primeira semana de estágio na comunidade, sendo que este, vai decorrer também, em contexto de Pandemia por covid-19, um momento transversal a toda a sociedade mundial, inevitavelmente, com uma influência atroz na prática clínica dos cuidados de saúde, estes totalmente absortos, pela necessidade imperiosa de se dar resposta premente aos projetos de intervenção no sentido de controlar e prevenir a disseminação da covid-19. Nos cuidados de saúde primários, sendo estes a linha primária de contacto com a respetiva comunidade, estão numa espécie de suspensão de “normal” funcionamento! Logo era para mim expectável, quando chegasse a esta unidade, de que não seria muito diferente, do que aquilo que eu já vivenciava no meu local de trabalho!

Senti, portanto, que teria de encontrar no corre... corre... da unidade, uma oportunidade com a minha orientadora de estágio, para definirmos uma forma exequível de eu desenvolver neste estágio as competências que se preconizam para um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Um desafio, que se evidencia tornar-se permanente no decurso da evolução da pandemia durante o meu estágio. Esta situação, fez-me questionar a mim própria, até onde eu seria capaz de gerir as minhas emoções, que se prendem com o medo de não conseguir desenvolver na prática clínica intervenções que dêem resposta às competências preconizadas pela ordem dos enfermeiros para o enfermeiro especialista de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Pois não sei... Reconheço em mim competências comunicacionais, de resiliência e de capacidade de adaptação. Para além disto, sou uma pessoa de esperança, o que me traz sempre a sensação de que ainda é possível, pelo que tenho por hábito pensar: vamos só refletir e reformular de que forma?

Nesta semana tive a possibilidade de realizar três entrevistas iniciais, para então dar início à implementação do projeto delineado previamente para este estágio. Para mim, num desafio primário, a minha orientadora, disse-me que os adolescentes quando chegam à unidade, a administrativa no rés-do-chão contacta-nos para o 1º andar, e a regra atualmente instituída no serviço, relacionada com as contingências da pandemia, preconiza que se realize a “triagem” no hall das escadas do respetivo rés-do-chão. Solicitei autorização à coordenadora da unidade para que após esta

mesma “triagem”, pudesse subir com o adolescente para um espaço acolhedor, o qual me facilitou e me foi disponibilizado um gabinete bastante confortável. A primeira questão pessoal que me surgiu foi: de que forma eu iria lidar com a situação? De que modo, num momento tão curto de intervenção, para estabelecer uma relação de confiança inicial com o adolescente, conseguiria eu cativar o adolescente para um atendimento mais privilegiado? Para isto, Utilizei algumas estratégias de comunicação que são essenciais para a mesma, que numa primeira abordagem prendem-se com o tomar consciência do seu estado de desenvolvimento (Sequeira, 2016). Para tal, primariamente, consciencializei que naquele primeiro momento, a comunicação não-verbal também iria ter um contributo fundamental naquele primeiro encontro, pois esta é reveladora da maneira de estar e de ser do profissional de saúde, assim como é revelador da forma como exterioriza as dimensões do interior do mesmo, que se prendem com a autoconfiança, força pessoal, autoestima, estima pelo outro, bem como a aparência do respetivo profissional, quanto à maneira de se vestir e de se cuidar, espelham respeito quer por si próprio, quer pelos outros (Sequeira, 2016). Posto isto, para aquele evento tão curto, tive em conta também os seguintes aspetos da comunicação com o adolescente: cumprimentá-lo em primeiro lugar; tive o cuidado de me apresentar e de uma forma simples descrever-lhe o que estava ali a fazer e qual era a minha intenção; utilizei um fâcies simpático, que mesmo tendo uma máscara, os olhos continuam a desempenhar um grande papel na expressão facial; tive atenção à minha postura corporal, direcionando-me com o corpo para o adolescente e optando por ter gestos suaves, tive de me “esforçar” para não cruzar os braços, pois aquele primeiro espaço, onde se recebe os adolescentes, sinto-o desadequado, visto que não é acolhedor, é constrangedor enquanto enfermeira, e acredito que para o adolescente o seja igualmente, pois abordar questões relacionadas com a intimidade da pessoa, sobre a sexualidade e métodos contraceptivos fora de um *setting* terapêutico adequado expõe a privacidade e limita a possibilidade de se criar uma aliança terapêutica. Simultaneamente, senti-me confrontada com o meu conceito de valores relativamente ao respeitar a privacidade e a intimidade dos outros.

Contudo, perante este “cenário” inicial de confrontação emocional comigo e com a insegurança em como iria ultrapassar estas questões iniciais da abordagem primária do adolescente, tive oportunidade de ultrapassar este panorama com 3 adolescentes, onde realizei as entrevistas iniciais. Para estas, tenho um gabinete

bastante apropriado, espaçoso, com boa luminosidade natural, aquecedor e cadeiras confortáveis, quer para mim, quer para os clientes. Para a realização das mesmas, tive o cuidado de promover o distanciamento seguro e as medidas preventivas adequadas à situação pandémica. Para além disso, utilizei um momento de quebra-gelo, onde permiti que falássemos de temas relacionados com a escola, o local da residência, a proximidade das férias escolares do Natal. A primeira entrevista decorreu com uma jovem de 18 anos, para a realização desta, enfatizei a importância da confidencialidade e da sua autorização e vontade de participar na mesma, com a qual concordou. Em jeito de proposta, perguntei-lhe, se preferia ser ela preencher o guião da entrevista, ou que fôssemos conversando sobre as questões da mesma sendo eu a preenchê-lo no decorrer da mesma, com o registo das suas respostas, ao qual ela me respondeu que seria mais interessante se fôssemos desenvolvendo a mesma em forma de diálogo. Achei ótimo, pois seria uma maneira de interagir num *continuum* na realização da mesma, adequiei, portanto, a formulação das questões de forma a facilitar a cominação verbal. Na comunicação com o adolescente, é crucial ter em atenção o estado de desenvolvimento em que o mesmo se encontra, tratando-o com respeito, respeitando o seu espaço pessoal, não realizar juízos de valor, valorizar o seu conhecimento, ser flexível, evidenciar disponibilidade para a escuta, ter uma atitude empática, envolver o adolescente e apresentar um plano de intervenção adequado à sua disponibilidade e motivação para a adesão ao mesmo, clarificar dúvidas, fazer uma síntese dos pontos principais e agendar um próximo encontro (Sequeira, 2020).

Após esta primeira entrevista, concluí que a realização da mesma era acessível, e que a utilização da mesma era pertinente para estabelecer uma relação terapêutica, que permitia a partilha de vivências relacionadas com os sentimentos e emoções experienciadas pelos adolescentes neste estadió de transição para a vida adulta.

Uma dos três adolescentes que entrevistei, no decurso da mesma, trouxe-me um evento para o qual não estava preparada, que foi aquando da colheita de dados sociodemográficos, a adolescente, partilhou que o pai tinha falecido há 2 anos de doença oncológica, imediatamente, a adolescente ficou com os olhos rasos de lágrimas e no decorrer de toda a entrevista exteriorizou sentimentos relacionados com a perda do pai, nomeadamente as saudades que sentia dele, tinha episódios de ansiedade, sentimentos de medo da morte e da doença oncológica, foi evidente a

labilidade emocional que esteve presente maioritariamente durante a entrevista. No momento desta partilha de uma perda significativa para esta adolescente, num período tão significativo para a construção do seu papel social e identificação com o mesmo, numa “fração de segundos” fiquei num estado de surpresa e tristeza ao mesmo tempo pela experiência vivenciada por esta jovem. Pelo que, tanto mais breve, quanto que me foi possível, reformulei a minha postura de modo a proporcionar um momento de escuta adequado àqueles sentimentos descritos, senti necessidade de estabelecer uma relação terapêutica direcionada para o contexto da adolescente e as características implícitas do mesmo. Segundo Chalifour (2008), o interveniente, deve reconhecer que a comunicação numa relação profissional detém um papel central, e utilizá-la por isso, de forma estratégica e centrada no cliente, como se defende na *Gestalt* terapia. O modo como o interveniente se posiciona em relação ao cliente, deve considerar o contexto onde se desenrola a intervenção. Ainda segundo Rogers (2009), “as atitudes e os sentimentos do terapeuta são mais importantes que a sua orientação teórica. Os seus processos e as suas técnicas são menos importantes do que as suas atitudes.” (p.69) ainda na mesma linha de pensamento, este autor escreve que deve ser realçada a importância da forma como o terapeuta empreende os seus conhecimentos e as suas atitudes, pois têm implicância na relação, o que na minha opinião vai de encontro ao que senti no momento em que fiquei surpreendida, apreensiva perante as minhas capacidades de dar continuidade à entrevista, de forma a que fosse benéfico para a jovem. Noutra vertente minha, identifiquei-me com a tristeza da perda de alguém tão significativo na nossa vida, o que me obrigou a consciencializar este fenómeno e abdicá-lo daquele contexto de relação terapêutica, no entanto, permitiu-me compreendê-la melhor. Eu também tenho na minha experiência pessoal, a vivência da perda de um ente muito querido na minha vida, que foi a minha avó materna, principalmente, porque vivi com ela uma parte da minha infância, ela foi para mim um exemplo, no sentido que era viúva e apesar disso, conseguia delinear objetivos pessoais, passear, socializar com outras pessoas, dedicar-se ao autossustento e gestão da sua vida pessoal, era uma pessoa muito bem-disposta e livre. Isso contribuiu para o desenvolvimento de características minhas, que ainda hoje identifico.

Em jeito de conclusão desta primeira semana de estágio, tomei consciência de que a relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente desenvolve-se num sistema aberto, em que para se alcançar os objetivos pretendidos é importante

que valorizar o ambiente e as condições do mesmo. A maneira como realiza a entrevista e utiliza as estratégias terapêuticas têm influência na qualidade e estrutura da mesma, assim, de acordo com Chalifour (2008), o cliente é alguém com características individuais que lhe conferem singularidade, desde as relacionadas com as suas experiências vividas e interiorizadas por *si* àquelas resultantes das suas características físicas, psicológicas e hereditárias. Neste sentido, é através da capacidade do terapeuta na colheita de informação relacionada com as diversas componentes do “eu” do cliente, que consegue tanto melhor desenvolver a entrevista, reconhecer as necessidades de ajuda e posteriormente, então desenvolver, planejar a relação de ajuda.

A par destas questões, a autoconsciência: *awareness* assemelha-se-me assim, como um desafio, no qual impera conhecer-me a mim própria quanto às minhas limitações, fragilidades e competências para ir de encontro ao cliente, neste caso, o adolescente.

Considero que a realização deste jornal de aprendizagem, a descrição dos eventos acima referidos, incentivou-me à autorreflexão da prática clínica e à interrogação de mim própria como interveniente, quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional. Penso que após esta análise crítica e reflexiva das situações acima referidas, vai permitir-me dar uma resposta ainda mais adequada e satisfatória no decorrer das próximas semanas de estágio na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1.* Loures: Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.* Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf

Organização Mundial da Saúde (2020). *Salud mental del adolescente.* Disponível em:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Sequeira C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda.* Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda

Rogers C. (2009). *Tornar-se Pessoa.* (1ª ed). Lisboa: Padrões Culturais Editora

WHO, (2018). *Strengthening mental health promotion. Geneva,CH: World Health Organization.* Health promotion glossary. Geneva, CH: World Health Organization.

Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

**11º Mestrado em Enfermagem na Especialização de
Saúde mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Contributos para o desenvolvimento pessoal e
profissional – A consciencialização das competências
do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e
Psiquiatria**

—
Lisboa
2021



**11º Mestrado em Enfermagem na Especialização de
Saúde mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Contributos para o desenvolvimento pessoal e
profissional – A consciencialização das competências
do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e
Psiquiatria**

Professor Orientador:
José Falé



**Lisboa
Fevereiro, 2021**



SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CAJA - Centro de Atendimento ao Jovem e adolescente

CRI - Centro de Respostas Integradas

EESMP – Enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica

Contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional – A consciencialização de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

No decorrer destas semanas de estágio no CAJA, tive oportunidade de desenvolver competências do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica (EESMP), neste jornal de aprendizagem vou realizar uma reflexão das mesmas em articulação com a intervenção na crise junto do adolescente, relação de ajuda e de que forma têm contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira.

A necessidade de ajuda que leva o adolescente a recorrer ao CAJA maioritariamente, daquilo que pude observar até à presente realização deste jornal de aprendizagem, é o aconselhamento sobre métodos contraceptivos, prevenção da gravidez e a gravidez não planeada com conseqüente conflito decisional sobre interrupção voluntária da mesma. Contudo, visto que este Centro de atendimento ao jovem e adolescente (CAJA) caracteriza-se por ser uma unidade de “porta aberta” para atendimento aos jovens e adolescentes, ser desburocratizado e a sua existência estar difundida na comunidade escolar entre a população juvenil, contribui para que alguns adolescentes e jovens recorram ao CAJA com necessidade de ajuda a nível do sofrimento mental, recorrendo assim a este espaço, como primeira instância de procura de ajuda. Por tal, durante o meu estágio, surgiram alguns jovens e adolescentes a verbalizarem a necessidade de ajuda neste âmbito, nomeadamente, com ansiedade, dificuldade relacional dentro do seio familiar por confronto com a família relacionado com dificuldades na comunicação, com oposição de crenças e valores.

Uma dificuldade por mim sentida neste estágio, prendeu-se com a articulação com outros serviços de saúde mental que possibilitem a referenciação de determinadas situações clínicas para uma equipa multidisciplinar. O CAJA comporta consultas de psicologia uma vez por semana, no entanto, a lista de espera é grande e a resposta assistencial não é imediata, pois esta psicóloga não é exclusiva do CAJA, mas sim exerce funções no Agrupamento do Centro de Saúde (ACES). Abordei estas minhas inquietações com a minha orientadora de estágio, que me informou da existência de uma parceria com o Centro de Respostas Integradas (CRI) do..., que

possibilitam a referência para o mesmo de adolescentes e jovens que apresentem comportamento aditivo. Relativamente às necessidades de ajuda relacionadas com as outras situações que impliquem sofrimento mental, perante a avaliação global realizada, se apresentarem sinais de necessidade de intervenção multidisciplinar urgente ou emergente, estes jovens e adolescentes devem ser encaminhados para os serviços de urgência dos hospitais da área, inclusive para o SU de um Hospital Especializado em Pediatria.

Para intervir junto do adolescente em situação de sofrimento mental ou em situação de crise, numa primeira abordagem e de acordo com as competências do EESMP, este deve realizar uma avaliação global tanto quanto possível:

F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente:

F2.1.1. Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos.

F2.1.2. Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos.

F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde:

F2.2.1. Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente.

Mental do indivíduo e família.

F2.2.2. Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental.

F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

(OE, 2018, p. 21428)

Tendo em conta esta competência, fui confrontada com a necessidade de intervir na crise perante um adolescente de 16 anos, ao qual lhe vou chamar João. Este chegou à unidade a referir que precisava de ajuda, que não se sentia bem. Estava visivelmente nervoso e inquieto, andava de um lado para o outro e era evidente a emoção do medo na sua expressão. Relatou que há 1 mês fumou um “charro” sozinho com a namorada e imediatamente a seguir sentiu-se muito nervoso, com taquicardia, “descontrolado e com medo de ficar naquele estado para sempre” (sic.). Desde então,

sente que não é o mesmo, não se consegue concentrar em nada, fica constantemente nervoso, tem dificuldade em ir para a escola, só lhe apetece estar sozinho. No fim de semana anterior, quando estava a estudar para um teste, sentiu-se incapaz de se concentrar e descreveu um evento, que aparenta ter sido um ataque de pânico. Neste primeiro contacto, exigiu sigilo absoluto quanto ao consumo de cannabis, sente-se muito culpado e com medo de desiludir o pai, a mãe dele faleceu quando ele tinha 5 anos.

Nesta primeira abordagem tive o cuidado de estabelecer uma relação terapêutica de confiança com o mesmo, proporcionando um *setting* terapêutico tranquilo e seguro, de acordo com Sequeira (2016), existem estratégias de comunicação verbais e não verbais que ajudam o profissional de saúde a intervir junto do utente numa situação de desequilíbrio emocional com consequente crise, posto isto interiorizai algumas estratégias a utilizar naquele momento:

- Mantive uma distância proxémica segura, que senti ser a adequada entre o adolescente e eu;
- Consciencializei que a minha comunicação não verbal e verbal, deveria de conferir conforto e segurança ao João, para lhe permitir a expressão dos seus sentimentos e consequente avaliação da dimensão do seu problema;
- Necessitei de consciencializar de que eu própria, teria de gerir o meu medo de estar perante uma eventual situação de ajuda psíquica emergente, onde não existe suporte multidisciplinar neste serviço. Para esta gestão da minha ansiedade, reconheço que foi útil a minha experiência de ter trabalhado vários anos no serviço de urgência, pois tenho presente ainda hoje, a perceção e o reconhecimento de quando estamos perante uma situação de descontrolo emocional, que necessita de uma intervenção emergente, e portanto, acionei o mecanismo de que no decorrer da entrevista e consoante a sua evolução, teria de ter presente a necessidade de contactar o 112;
- Utilizei a escuta ativa, uma atitude empática e a relação de ajuda para os atendimentos individualizados que seguiram a esta primeira intervenção psicoterapêutica.

Tendo em conta as competências do EESMP do regulamento da Ordem dos Enfermeiros, perante a situação acima descrita, fui confrontada com a necessidade de estabelecer um diagnóstico de enfermagem em saúde mental, diferenciar a exacerbação do mesmo, qual o impacto que estava a ter na vida deste adolescente,

tendo em consideração a possibilidade de estar perante uma emergência psiquiátrica, perceber o risco para o próprio e para os outros.

F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade:

- F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.
- F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.
- F3.1.3. Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados.
- F3.1.4. Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos.
- F3.1.5. Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença.
- F3.1.6. Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.
- F3.1.7. Avalia e deteta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência.
- F3.1.8. Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros.

(OE, 2018, p. 21429)

No decorrer da avaliação global, os sentimentos partilhados e os sintomas evidenciados pelo João enquadravam-se com um estado de ansiedade exacerbado, mas não verbalizou ou demonstrou sinais de perigo para ele próprio ou para os outros, estava visivelmente em sofrimento mental e verbalizava que precisava de ajuda para sair daquele estado. Partilhei esta situação com a minha orientadora de estágio, que me indicou que existia a possibilidade de referenciar a situação para o Centro de Respostas integradas (CRI) do..., para agendamento de consulta em Psicologia e que esta era célere.

No decorrer desta primeira ajuda, foi proposto a este adolescente a possibilidade de referenciação para o CRI, com a qual ele concordou. Contudo foi reforçada a importância de partilhar a vivência deste quadro de ansiedade com o pai, sendo este um pilar na sua vida (em que numa primeira fase poderia optar por não

partilhar o consumo de cannabis), para o caso de vivenciar um episódio de descontrolo emocional, o pai estar preparado para o levar a um serviço de urgência. Ele consciencializou que estava de facto a precisar de ajuda e que se partilhasse este sofrimento com o seu pai, teria suporte emocional e ajuda facilitada para recorrer a ajuda especializada. Assumiu o compromisso de ir ao CRI do... e que ia refletir sobre a partilha desta situação com o pai. Ficou agendado um contacto telefónico com o intuito de monitorizar a evolução da situação. No final desta primeira abordagem, senti que tinha conseguido estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com este adolescente. No dia seguinte com previamente combinado, contactei-o telefonicamente, onde ele verbalizou indecisão sobre acionar o agendamento no CRI e recorrer à ajuda do pai perante o quadro emocional que estava a viver, por medo e vergonha do pai por achar que o ia desiludir. Foi abordado no sentido de promover novamente a consciencialização do seu estado, qual o impacto que este sofrimento estava a ter na sua vida quotidiana e qual era a pessoa de referência em que ele sentia confiança e segurança para recorrer e solicitar ajuda nesta etapa da sua vida. Ele validou mais uma vez que tinha a certeza de precisar de ajuda e que o seu pai era um contributo essencial nesta fase que estava a atravessar. Assumiu o compromisso de que iria partilhar com o pai a sua situação e pedir-lhe ajuda para agendamento de consulta médica. Durante o contacto telefónico, senti que apesar do sofrimento em que se encontrava, não estava descontrolado emocionalmente. No contacto telefónico seguinte, ele partilhou que já tinha falado com o pai e que este o tinha levado ao médico de medicina geral e familiar, que lhe disse estar com ansiedade, prescreveu-lhe *Lyrica* 25 mg de 12/12 horas. Referiu que se sentia mais aliviado por ter desabafado com o pai e por ter obtido ajuda médica. Foi-lhe proposto atendimento no CAJA, ao qual ele aceitou prontamente. Neste segundo atendimento, tinha por objetivos:

- Identificar e aferir em conjunto com o adolescente os agentes stressores significativos;
- Auxiliar o adolescente a consciencializar o significado que atribui a esses eventos que lhe desencadeiam os sentimentos de ansiedade;
- Incentivar o adolescente a expressar as suas emoções;
- Aferir a colheita de dados iniciada na primeira entrevista;
- Auxiliar o adolescente a definir meios para atingir as metas previamente negociadas (ex: em caso de agravamento do estado de ansiedade ou em

presença de sentimento de descontrole emocional, deveria de recorrer ao serviço de urgência do Hospital especializado em pediatria);

- Definir prioridades para a intervenção de enfermagem (Sequeira & Sampaio, 2020).

Este adolescente acabou por solicitar ao pai no fim de semana seguinte para o levar ao Serviço de urgência do Hospital especializado em pediatria, onde lhe foi dito pelo pedopsiquiatra que estava com Transtorno de Ansiedade Generalizada e medicou-o com *Lyrice* + *Sertralina* e *diazepam* em SOS, ficou com agendamento para a semana seguinte em consulta programada para reavaliação. O João continuou a recorrer ao CAJA para usufruir de acompanhamento individualizado, ele disse que para ele estava a ser importante poder partilhar com alguém o que estava a viver e ter a sensação de ser compreendido.

Para dar seguimento a esta intervenção psicoterapêutica para este adolescente, necessitei de relembrar e aprofundar conhecimentos em algumas temáticas, tais como ansiedade na adolescência, intervenção na crise, relação de ajuda e comunicação com o adolescente.

Segundo a Nanda (Herdman & Kamitsuru, 2018), o diagnóstico de enfermagem de Ansiedade é definido da seguinte forma:

Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (p. 614).

A ansiedade é uma emoção adaptativa e normalmente não representa gravidade, é uma reação que tem subjacente a percepção de uma situação como sendo perigosa ou ameaçadora, que consoante a personalidade de cada pessoa pode ser sentida de forma excessiva e apresentar dificuldade na gestão da mesma. O impacto da ansiedade na vida da pessoa relaciona-se com a duração da mesma no tempo e a intensidade do sentimento desta, interferindo assim de forma negativa no próprio, consoante etapa do seu ciclo de vital (Medeiros, 2015).

Sendo a adolescência um período de vida transitório entre a infância e a vida adulta, esta caracteriza-se por grandes mudanças a nível fisiológico e psicossocial,

vendo-se o adolescente confrontado com a necessidade de se identificar com um papel na sociedade de entre os vários que observa e admira. Para tal, é fundamental a identificação com os seus pares e a pertença a um grupo, onde possa experimentar estes mesmos papéis, estabelecendo assim uma definição do que quer ser, do que gosta ou não. É nesta fase, que se torna relevante para o adolescente, perceber como é que os outros o vêem como pessoa e que impressão causa nos mesmos, por forma a integrar um sentido para a sua identidade, adequado à sua personalidade e de acordo com as suas capacidades, competências sociais e limitações. Permitindo-lhe assim, lidar com as suas angústias e defesas, contra eventuais ameaças associadas à expressão dos seus impulsos e necessidades. Contudo, no desenvolvimento deste papel social, se o adolescente integrar na sua personalidade inseguranças com o seu desempenho na integração social da sua identidade, resultará numa desadequação do funcionamento deste, desencadeando dificuldades em lidar com o desconhecido, provocando uma atitude retraída e uma interação social ineficaz (Verissimo, 2002).

Nesta etapa do ciclo vital, existem inúmeros eventos, que para o adulto podem ser irrelevantes, no entanto para o adolescente podem facilmente funcionar como agentes stressores e conseqüente dificuldade em lidar com eles. Os maiores agentes de *stress* na adolescência relacionam-se com a pressão do grupo dos seus pares e a respetiva necessidade de estarem à altura do mesmo. Por outro lado, as expectativas em torno do adolescente, por parte do grupo, da família, da escola, podem funcionar como amplificadores do sentimento de fracasso e minimização do sentimento de êxito perante os desafios aos quais é exposto quotidianamente, suscitando assim sentimentos negativos com repercussão na autoestima, autoconfiança e sintomatologia ansiosa (Medeiros, 2015).

Para se desenvolver uma intervenção psicoterapêutica com o adolescente é fundamental ter em conta a utilização do “eu” como instrumento facilitador que promova uma relação terapêutica de confiança no qual as estratégias de comunicação adequadas a esta fase têm uma relevância significativa. Por isso dando resposta à competência especializada do EESMP regulamentada pela ordem dos enfermeiros:

F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas:

F1.1.1. Identifica no aqui-e- agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores

pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.

F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

F1.1.4. Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

(OE,2018,p. 21428)

Tomei consciência nestas semanas de estágio, que tenho determinadas características pessoais que me permitem estabelecer uma relação com o adolescente, onde sinto que este se sente confortável na partilha das suas necessidades de ajuda e vontade de continuar num processo terapêutico. Sendo elas, a minha capacidade de comunicar com o mesmo, sem emitir juízo de valor, respeitando o seu processo de mudança, o seu conceito de valores e crenças conferindo-lhe autoconfiança na expressão dos seus sentimentos e dilemas relacionados com o seu estadio de evolução. Tenho facilidade de entrar em *rapport* com o adolescente e de lhe transferir a sensação de ser compreendido. Para esta minha atitude, apercebo-me que comunico com os adolescentes de forma mais informal, livre de preconceitos, com uma linguagem adequada à sua faixa etária e ao contexto terapêutico. Por outro lado, constato que ter duas filhas quase adultas e o seu período de adolescência ter sido vivenciado por mim com prazer e adaptação ao seu desenvolvimento, e ainda, o facto de trabalhar com adolescentes há alguns anos e também ser uma etapa do ciclo vital com a qual eu gosto de trabalhar, pela significância que lhe atribuo como período significativo de consolidação da identidade pessoal, de modo a permitir uma transição para a fase adulta com autoconfiança e capacidade de autonomia. Sinto que me confere habilidades e competências socioemocionais facilitadoras, permitindo-me compreender a descrição dos contextos sociais que os próprios adolescentes apresentam e, portanto, desenvolver com maior facilidade uma atitude empática durante a relação terapêutica.

Quanto à necessidade de intervenção na crise junto do adolescente acima descrito, constatei que após a resolução da mesma deveria de aprofundar alguma teoria sobre esta, pelo que opto por neste jornal de aprendizagem, fazer um breve resumo da minha leitura. Segundo a Phaneuf (2005), “uma situação de crise é um

estado psicológico que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa” (p. 526). Conseqüentemente perante um evento que potencia um sentimento de incapacidade de enfrentar o mesmo com os seus mecanismos internos adaptativos esgotando os mesmos perante situações ansiogénicas, surge, portanto, uma desorganização do comportamento e incapacidade de agir por ela própria a determinados acontecimentos desencadeando uma situação de crise. Esta por vezes, resulta da interpretação que a própria pessoa confere ao episódio vivenciado, atribuindo-lhe um significado gerador de *stress*, manifestando sentimentos de culpa, vergonha, medo e impotência (Phaneuf, 2005). Foram estes sentimentos que foram evidentes no João quando se dirigiu ao CAJA, demonstrava grande culpa por ter fumado uma “ganza”, onde posteriormente se sentiu assustado com a desorganização comportamental após a mesma, seguidamente ficou com medo extremo de “ficar assim para sempre” (sic.) e vir a sofrer de doença mental, nomeadamente, esquizofrenia, ficando assim incapaz de manter a sua autonomia e passar a ser dependente de outros, neste caso do pai. Na sua história familiar, existem alguns elementos familiares com patologia de transtorno de ansiedade generalizada: o tio paterno e a prima; tem uma irmã de 19 anos com Síndrome de X-Frágil e um primo com esquizofrenia. Referiu mais tarde, que após ter ido ao Hospital especializado em pediatria se sentiu um pouco mais tranquilo, por lhe terem dito que os seus sintomas não se relacionavam com esquizofrenia.

No contexto anteriormente descrito, sendo a relação de ajuda uma relação de natureza terapêutica em contexto profissional, esta pareceu-me a intervenção psicoterapêutica adequada para esta situação clínica nas sessões intermédias, dado que esta tem como principal objetivo dar ênfase às características internas da pessoa, para que esta se consiga autoatualizar. É por isso, uma abordagem centrada na pessoa, permitindo a esta, que se sinta aceite, compreendida, que possa ser autêntica, potenciando a utilização de recursos dela própria para desenvolver e encontrar estratégias ao seu alcance e que a ajudem na resolução dos seus problemas (Sequeira & Sampaio, 2020). É durante a realização das sessões que no decorrer do encontro, se desenvolve a relação terapêutica e a enfermeira

“estabelece uma relação de confiança, essencial a qualquer aliança terapêutica, dado que ajuda a pessoa a descobrir-se, a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades.”

(Phaneuf, 2005, p.324)

A relação de ajuda que estabeleci com este adolescente em risco, tem vindo a constituir-se como um elemento terapêutico, tendo em vista favorecer, o seu crescimento a nível pessoal, por forma a possibilitar um melhor funcionamento de si como pessoa e a consciencializar as suas capacidades para melhor enfrentar a vida (Phaneuf, 2005). Para Chalifour (2008), a relação de ajuda é definida como sendo uma interação específica entre duas pessoas, em que cada uma dá o seu contributo para a satisfação da necessidade de ajuda do cliente, para isso, o interveniente adota uma forma de estar e de fazer, através da comunicação verbal e não verbal consoante os objetivos a atingir, tendo em conta a capacidade que o terapeuta tem para compreender a necessidade de ajuda do cliente. Sendo assim, para o enfermeiro executar esta intervenção psicoterapêutica, pressupõe-se que reúna alguns conhecimentos e características, tais como: “aceitação do outro, respeito, empatia, autenticidade, congruência, confrontação, conhecimentos sobre si mesmo, sobre o utente e sobre estratégias de comunicação e relação terapêutica” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.183). a relação de ajuda contribui para que a pessoa compreenda melhor o que está a vivenciar, favorecendo a sua aceitação de modo a possibilitar uma possível adaptação, mudança e evolução no seu estado, desenvolvendo competências para lidar com a adversidade e mais autonomia (Phaneuf, 2005). Neste sentido, para se implementar esta intervenção psicoterapêutica, é relevante o seu planeamento e a entrevista clínica, a qual deve permitir realizar uma avaliação da história de vida do cliente, o seu contexto, identificar os seus recursos e focos de atenção associados, para facilitarem a criação do diagnóstico de enfermagem e planeamento da respetiva intervenção. Para a prescrição da relação de ajuda, o pedido de ajuda do cliente deve constituir-se num foco de atenção onde haja compromisso de índole emocional e/ou relacional, em que a pessoa, reconhece necessitar de ajuda e vê no EESMP a competência de lhe conferir ajuda na resolução do seu problema. Os diagnósticos de enfermagem levantados para a situação clínica do João segundo a Nanda (2018-2020), foram:

- Ansiedade relacionada com medo de ser doente mental e prejudicar o seu desenvolvimento e autonomia;
- Conflito de Decisão relacionado com dilema em pedir apoio ao pai para obter ajuda especializada médica, motivado por ter consumido cannabis, do qual crê ter resultado o estado em que se sente atualmente, refletindo-se em culpa e ansiedade (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Para concluir este jornal de aprendizagem, consciencializei que quando fui para este serviço realizar este estágio na comunidade, não tinha refletido sobre a possibilidade de ser confrontada com uma situação clínica que implicasse um “olhar” no sentido de avaliar onde estaria o limite e a fronteira de estar na iminência de uma pessoa com sintomas emocionais descontrolados, a ponto de ter de ser considerada a possibilidade de contactar 112. Fez-me questionar a mim própria sobre a segurança da decisão profissional em âmbito de comunidade, perante uma situação de risco de emergência em saúde mental. Por outro prisma, desencadeou “ferramentas” e estratégias com as quais já tinha contactado em contexto de serviço de urgência, contudo com uma grande diferença: na comunidade, nos cuidados de saúde primários, frequentemente existe um fraco suporte multidisciplinar para dar apoio perante situações clínicas especializadas. Esta situação permitiu-me conhecer melhor os recursos disponíveis no Conselho de Sintra e refletir sobre possível articulação e encaminhamento de uma pessoa para uma ajuda emergente especializada na área de saúde mental e psiquiatria, contribuindo assim, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1*. Loures: Lusodidacta

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Suplemento ao Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020, 11ª ed.* Porto Alegre: Artmed Editora.

Medeiros, T. (2015). *Adolescência – Desafios e Riscos, 2ª ed.* Ponta Delgada: Letras Lavadas.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em:

<https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Sequeira C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda

Sequeira Carlos & Sampaio Francisco (2020) - *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções*. Lousã: Lidel - Edições técnicas, Lda.

Verissimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: RV Productions. Disponível em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>

**11º Mestrado em Enfermagem na Especialização de
Saúde mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Contexto de Internamento
“Saída da Zona de Conforto” – Contributo para o
desenvolvimento pessoal e profissional**

Susana Lourenço Marques

—

2021



**11º Mestrado em Enfermagem na Especialização de
Saúde mental e Psiquiátrica**

Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem:
Contexto de Internamento
“Saída da Zona de Conforto” – Contributo para o
desenvolvimento pessoal e profissional**

Susana Lourenço Marques

Professor Orientador:
José Falé

**Lisboa
Março, 2021**

A large, solid green decorative shape is located in the bottom right corner of the page. It is a curved, upward-pointing shape that resembles a stylized wave or a corner of a page, extending from the bottom edge towards the right edge.

O estágio no internamento de agudos em psiquiatria no piso ..., revelou-se rapidamente num grande desafio para mim, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Senti-me bastante deslocada nos primeiros 2 turnos, pois constatei que sou enfermeira há 25 anos e somente nos primeiros 7 anos de profissão é que exerci a profissão em contexto de internamento com todas as rotinas de protocolos associados: dias da realização de determinados exames, preparação dos mesmos, carrinho de medicação, rotinas pré-estabelecidas pela equipa de enfermagem de modo a favorecer uma orgânica uniforme e facilitadora para todos os enfermeiros e assistentes operacionais. Os restantes anos de profissão foram em contexto de urgência geral e obstetrícia em Torres Vedras (estes serviços são particularmente dinâmicos, quer pela duração de internamento da pessoa, quer a sua situação clínica que precipita o seu internamento, sendo frequentemente transitória. Nos últimos 9 anos exerço a minha profissão em contexto de Centro de Saúde, mais concretamente na comunidade e na saúde escolar. Acrescentando ainda estes fatores, o facto de não ter qualquer experiência com pessoas com doença mental em contexto de internamento hospitalar.

A nível pessoal foi também um grande desafio devido a que, apesar de durante o decurso das aulas teóricas no Mestrado na Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, os conteúdos abordarem vários conceitos e uma linguagem utilizada na saúde mental e psiquiatria, a boa da verdade é que a confrontação e constatação destes para compreendê-los em contexto real, aquando da prestação de cuidados de enfermagem a uma pessoa com doença mental agudizada em internamento de psiquiatria para mim foi um pouco difícil, gerando em mim alguma ansiedade e *stress*, visto que me senti insegura, como se tivesse “levado” com uma grande quantidade de informação ao mesmo tempo com necessidade de interiorizar e de me familiarizar, questionando-me se realmente iria conseguir evoluir como mestranda neste estágio... Para vencer tais “bloqueios iniciais”, senti necessidade de me focar “no aqui e no agora” e aceitar as minhas características limitantes para a realização deste estágio e por outro lado, consciencializar e encontrar meios mais satisfatórios para dar respostas às minhas necessidades, por forma a adaptar-me e alcançar os meus objetivos pretendidos. Para tal, recorri à minha capacidade de resiliência adquirida ao longo das experiências de vida que me assolaram e também em resultado da minha experiência profissional, olhar para as minhas competências comunicacionais e de aceitação dos outros, que ao longo do

meu desempenho como enfermeira e pessoa têm sido valorizadas pelos utentes, como pelas pessoas, com que me relaciono mais intimamente. necessitei de fazer uma espécie de “reset” emocional, pois segundo Goleman (2012) reconhecer um sentimento no momento em que ele surge é essencial para a introspeção e autoconhecimento, promovendo uma noção mais segura do que se sente em função da necessidade das decisões a tomar, e ainda, “mobilizar as emoções ao serviço de um objetivo é essencial para concentrar a atenção, para a automotivação, para a competência e para a criatividade” (p. 55) contribuindo assim para um maior autocontrolo das minhas emoções adiando a recompensa, tendo por base ultrapassar mais esta etapa deste mestrado na especialização em enfermagem de SMP. Partilhei a minha inexperiência com a minha orientadora de estágio, que perante os utentes que me foram atribuídos, falou-me dos diagnósticos e dos vários termos em psiquiatria utilizados para realizar os registos de enfermagem e ajudou-me a fazer a conexão entre a teoria e a prática clínica.

No decorrer deste estágio, à medida que me fui sentindo mais à vontade no serviço e que fui interiorizando os conteúdos e conceitos relacionados com os utentes que me eram atribuídos fui-me sentindo mais tranquila para realizar a apreciação de enfermagem, estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver os cuidados de enfermagem à pessoa com doença mental, para posteriormente realizar os registos de enfermagem na respetiva plataforma informática da unidade. Para Townsend (2011) existem diferentes características que potenciam o desenvolvimento de uma relação terapêutica, sendo que, a consciencialização das mesmas e dos conceitos que lhes estão associados constituem-se como uma ferramenta terapêutica no desenvolvimento das relações interpessoais pelo enfermeiro com o cliente, são elas o **Rapport**, a **Confiança**, o **Respeito**, a **Empatia** e a **Autenticidade**. Para criar **rapport** numa relação terapêutica está implícito a aceitação por parte do enfermeiro da singularidade do cliente, tendo uma atitude não crítica, mas sim de aceitação, simpatia, o estabelecimento de rapport, primariamente, pode ser conseguido pela abordagem de temas diferentes dos relacionados com a saúde. Para estabelecer uma relação de **confiança** entre o enfermeiro e o cliente, este deve sentir que o enfermeiro é íntegro e verdadeiro aquando da prestação dos cuidados de enfermagem. Esta credibilidade deve ser conquistada pelo enfermeiro no desenvolvimento da respetiva relação, é demonstrada durante as intervenções de enfermagem, sendo acompanhadas de uma transmissão intencional de um sentimento de preocupação

para com o cliente. O progresso da relação terapêutica enfermeiro-cliente é tão mais benéfica, quanto mais esta permitir ultrapassar o nível superficial, pois só assim, é que o enfermeiro consegue ultrapassar a barreira dos cuidados relacionados com o suprimento das necessidades básicas. O **respeito** implica a aceitação incondicional positiva do cliente, mesmo que o enfermeiro possa ter uma opinião diferente do mesmo sobre crenças e valores, no entanto, o respeito pela sua individualidade fomenta a relação terapêutica. Por outro lado, é importante que em psiquiatria, o cliente se sinta tratado com dignidade, pois frequentemente pelas características da sua doença e repercussões sociais ou familiares são facilmente rejeitados socialmente. Por todos estes motivos é tão importante tratar o doente em contexto de internamento pelo nome, promover momentos de privacidade que facilitem a partilha dos seus sentimentos, passar algum tempo com o cliente e mostrar essa disponibilidade. A **autenticidade** na relação terapêutica é fundamental, para isso, o enfermeiro deve ser congruente com o que expressa, com o que sente e com o que verbaliza com o cliente, contudo o enfermeiro deve utilizar a autorrevelação de forma intencional e cuidadosa, pois esta pode ser facilitadora na partilha pelo cliente de sentimentos, no entanto, quando utilizada sem autoconsciencialização da mesma, o enfermeiro pode incorrer no risco de subverter o papel do enfermeiro e do cliente. Por último, a **empatia** permite ao enfermeiro no decorrer da relação terapêutica com o cliente, compreender o mesmo pelo seu ponto de vista e por tal encorajá-lo a partilhar esses sentimentos e pensamentos, permitindo ao enfermeiro percecioná-los e explorá-los junto do cliente, possibilitando e incentivando a que este consiga traduzir em palavras os seus sentimentos ou comportamentos. A empatia é uma das características mais importantes da relação terapêutica, pois à medida que a pessoa vai expondo os seus sentimentos e estes são explorados pelo enfermeiro potencia a consciencialização do cliente sobre si próprio, contribuindo para o autoconhecimento positivo do mesmo.

Sendo a comunicação de extrema importância em saúde mental, por forma a permitir desenvolver a referida relação terapêutica, para mim neste estágio de internamento de doença aguda em psiquiatria, foi motivo de reflexão para mim, pela minha inexperiência neste contexto de enfermagem, logo apercebi-me rapidamente dessa necessidade e de refletir sobre o mesmo, por forma a ser um instrumento terapêutico no estabelecimento da relação de confiança com o cliente. Na comunicação terapêutica, o enfermeiro tem um intencionalidade dirigida para o cliente

e a sua situação, requerendo assim o uso de habilidades e competências do enfermeiro, tais como capacidade de escuta, aceitação, adequação do *setting* terapêutico, tendo em conta a comunicação verbal e não verbal: o posicionamento corporal, o toque, a distância proxêmica, o olhar, o uso do silêncio, a exploração da informação recebida, a utilização das questões e reformulação da mensagem e a observação da pessoa (Sequeira, 2014). Nos primeiros dias de estágio tive alguma dificuldade em me sentir tranquila na abordagem das pessoas aí internadas e que me estavam atribuídas para prestar cuidados de enfermagem em conjunto com a minha orientadora de estágio, constatei que me senti insegura, pois pude verificar que frequentemente, os doentes aí internados eram apelativos, olhavam para os enfermeiros com desconfiança, outros apresentavam uma atitude mais retraída e também percecionei que no decorrer da evolução do turno da manhã, alguns utentes, iam apresentando deterioração no comportamento para desadequado, com atitudes de heteroagressividade para com alguns pares, o que gerava um ambiente transitoriamente tenso e necessidade de intervenção da equipe de enfermagem junto destes utentes, tais como a aplicação de contenção química ou mesmo mecânica.

Assim, para estabelecer uma aliança terapêutica com a pessoa com doença mental neste internamento, exigiu de mim um maior desenvolvimento da primeira competência descrita no regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, consciencializando o meu “eu” enquanto instrumento na relação terapêutica a desenvolver com a pessoa com doença mental. Deste modo, numa primeira abordagem para mim, como estagiária, adotei uma postura algo observadora, por forma a permitir-me refletir, aprender com os enfermeiros que trabalham nesta unidade e adaptar-me ao contexto de estágio de internamento de agudos em psiquiatria, permitindo-me desta forma fluir com mais segurança e autoconfiança na prestação dos cuidados de enfermagem neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Goleman Daniel (2012). *Inteligência emocional* (17ª ed., reimpresso, 2019). Maia. Temas e Debates – Círculo de Leitores

Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), 6-8.

Townsend, Mary C. (2011) – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidencia*. 6ª Ed. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas Lda., Loures.

APÊNDICE III

Sessão psicoeducativa: “Sexualidade e Adolescência”

SESSÃO PSICOEDUCATIVA A GRUPO: “Sexualidade e Adolescência”

Tema: Sexualidade na adolescência

Segundo a OMS, a sexualidade é definida como sendo multidimensional, é por isso influenciada pelas componentes a nível físico, psicológico, social, económico, político e cultural (WHO, 2006). Ainda segundo a OMS, a adolescência, abrange o período entre os 10 e os 19 anos de idade, onde os adolescentes são alvo de várias transformações físicas, biológicas, emocionais e socioculturais, pelo que é fundamental que as políticas governamentais assegurem os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, bem como a educação sexual dos mesmos. Sendo esta fase marcada por mudanças profundas no seu desenvolvimento quanto à, aquisição de competências para a construção da sua autonomia, identidade sexual, interação social e da capacidade de tomada de decisões, torna-se imperioso a garantia dos direitos à saúde sexual e reprodutiva como parte integrante dos direitos humanos, por forma a que os adolescentes beneficiem de acesso a cuidados de saúde que favoreçam a vivência da sua sexualidade, construção da sua identidade sexual, através de escolha de práticas sexuais seguras e tomada de decisão quanto à contraceção adequada. É na adolescência que frequentemente ocorre a iniciação da atividade sexual, pelo que é fundamental a promoção nesta fase da consciencialização do adolescente para a adoção de um comportamento sexual responsável a fim de evitar consequências indesejáveis, tais como uma gravidez não planeada, uma infeção sexualmente transmissível. Esta consciencialização, passa muito pela aprendizagem sobre utilização de métodos contraceptivos e tomada de decisão consciente sobre a importância da utilização dos mesmos (Kerntopf et al., 2016).

De acordo com Medeiros (2015), a socialização sexual tem um papel essencial na influência de como o adolescente absorve informações sobre a sexualidade e os comportamentos sexuais que advêm da família, do meio social onde está inserido, dos seus pares, da comunicação social e através do acesso aos meios tecnológicos, desenvolvendo assim, as suas crenças e valores sobre a sexualidade e respetivos comportamentos implícitos. Desta forma, no nosso país, o ministério da saúde e da educação conferem um papel crucial na educação para a sexualidade e prevenção de

comportamentos sexuais de risco através das escolas e dos profissionais de saúde. Esta abordagem contribui assim para a promoção de construção e desenvolvimento de fatores de proteção do adolescente, no entanto, qualquer intervenção no âmbito da prevenção deve ter em conta o contexto social e de vida da pessoa, no sentido de diminuir o risco da não adesão, potenciar a ativação das suas redes sociais de apoio e fomentar a promoção das competências pessoais do adolescente: gestão das emoções, autorregulação das mesmas e resolução de problemas.

Auxiliar os adolescentes na resposta a dificuldades relacionadas com as suas competências sociais contribui para o desenvolvimento da sua autonomia, das suas capacidades individuais e do seu conhecimento, promovendo o seu *empowerment* pessoal, potenciando assim a sua capacidade de tomada de decisão relativamente a comportamentos de saúde e a uma interação social mais eficaz. Este treino de competências sociais insere-se numa abordagem preventiva e educacional, no sentido de promover a educação para a saúde (Loureiro, Frederico-Ferreira & Santos, 2013). A educação para a saúde tem como foco de enfermagem os comportamentos de saúde e as atitudes para com os mesmos, tem como finalidade a instrução, o fornecimento de experiências e o desenvolvimento da aprendizagem, por forma a contribuir para uma adaptação voluntária na adoção de um comportamento de saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

De acordo com a temática acima abordada, tornou-se pertinente a realização de uma sessão psicoeducativa no âmbito da sexualidade a 3 adolescentes que recorreram ao CAJA com necessidade de ajuda relacionada com atividade sexual presente, sem utilização de qualquer método contraceutivo e, em que uma delas com gravidez presente, perante a qual optou por IVG (interrupção voluntária da gravidez). Após a primeira consulta de enfermagem, onde foram identificados os fatores relacionados com o desconhecimento e desinformação sobre acesso a serviços de saúde e a possibilidade de obter contraceção adequada ao contexto de cada uma delas, foi-lhes proposto a participação numa sessão psicoeducativa sobre “Sexualidade e adolescência” em grupo, com a qual concordaram.

Esta intervenção de enfermagem e segundo a Nanda 2018-2020, decorre do levantamento do seguinte diagnóstico de enfermagem:

- Conhecimento insuficiente sobre utilização dos serviços de saúde e prevenção da gravidez ou de IST (infecções sexualmente transmissíveis), relacionado com prática sexual sem recurso a nenhuma medida de

prevenção, manifestado por partilha das adolescentes em contexto de consulta de enfermagem (Herdman, & Kamitsuru, 2018).

Tendo por base a NIC, o plano da sessão, foi elaborado de acordo com a seguinte intervenção psicoterapêutica de enfermagem (BulecheK et al., 2010):

- Melhoria da autocompetência (5395)

Moderadores da sessão: Aluna do Mestrado em Enfermagem na Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Susana Marques e Enf.^a orientadora de estágio – Paula Filipe

Data: 10/12/2020, das 11:00 h às 12:00 h

Local: Centro de Atendimento ao Jovem e adolescente (CAJA)

Duração: 60 minutos

Número de participantes: 3

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Adolescentes que recorreram ao CAJA, sem compromisso cognitivo, com necessidade de ajuda sobre prevenção da gravidez, de IST e aquisição de conhecimento sobre utilização dos serviços de saúde para o efeito;
- Adolescentes com idade aproximada ou superior a 16 anos;
- Adolescentes que aceitem participar na sessão.

Sessão Psicoeducativa

TEMA DA SESSÃO: Sexualidade e Adolescência

Conteúdos da sessão

- Ensinar sobre importância da sexualidade responsável na adolescência;
- Esclarecer sobre a influência da família e do contexto social onde o adolescente está inserido no comportamento sexual deste;
- Desmistificar a utilização do preservativo na relação sexual;
- Abordar a importância da prevenção da gravidez na adolescência e suas consequências;
- Esclarecer sobre a importância da prevenção das IST;
- Ensinar sobre métodos contraceptivos adequados ao contexto do adolescente;
- Ensinar sobre contraceção de emergência;
- Informar sobre os métodos contraceptivos disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários e de acesso gratuito;
- Informar sobre os serviços de saúde disponíveis para o adolescente se dirigir e obter a informação correspondente à sua necessidade de ajuda;
- Resumo da sessão.

Objetivos

- Promover autoconfiança no adolescente para desempenhar autonomamente um comportamento de procura de saúde;
- Disponibilizar conteúdos e informação acessível e de fácil interiorização para fomentar a adaptação a um comportamento promotor de saúde do adolescente;
- Promover literacia sobre prevenção da gravidez e prevenção das IST;
- Promover a partilha de sentimentos, fatores e dificuldades relacionadas com a adesão a medidas de prevenção da gravidez e IST;
- Promover *insight* para a importância da prática sexual responsável como fator protetor de saúde mental;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Capacitar os adolescentes de conhecimento sobre a utilização, acessibilidade e funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, de modo a contribuir para a tomada de decisão sobre adesão a medidas de prevenção da gravidez e de IST;▪ Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida
Atividades de enfermagem a desenvolver	<p>Melhoria de Autocompetência (5395):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Estabelecer um momento de “quebra-gelo”, promovendo um <i>setting</i> terapêutico adequado à atividade a desenvolver, esclarecendo os objetivos da sessão e as regras do funcionamento da mesma;▪ Incentivar o envolvimento de cada adolescente para a consciencialização da importância de uma prática sexual responsável, como sendo um contributo para o desenvolvimento de fatores protetores da saúde mental;▪ Proporcionar um <i>setting</i> terapêutico que fomente a aprendizagem de habilidades e conhecimentos necessários para a adoção de um comportamento de procura de saúde;▪ Adequar o ensino e a linguagem ao contexto da idade do adolescente, ao contexto social e familiar onde está inserido, recorrendo a folhetos e dispositivos didáticos existentes no CAJA como forma de lhes permitir visualizar os vários métodos contraceptivos e compreenderem a utilização adequada de cada um;▪ Treinar competências sobre utilização adequada dos métodos contraceptivos, medidas de prevenção das IST e da contraceção de emergência, realizando reforço positivo para o <i>insight</i> que cada adolescente demonstra;▪ Identificar as limitações e barreiras de cada um, quanto à adesão a medidas de prevenção da gravidez e proteção contra IST;▪ Incentivar à partilha da perceção de cada adolescente sobre a consciencialização dos riscos para a não adesão a um comportamento de saúde relacionado com a temática em questão;▪ Oferecer reforço positivo e suporte emocional para a tomada de decisão sobre a importância de uma prática sexual responsável;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Finalizar a sessão dando destaque a pontos fortes da mesma e incentivando à reflexão e à partilha da opinião sobre a temática apresentada;▪ Realizar a avaliação da sessão.
Recursos	Sala adequada que permita a criação do <i>setting</i> terapêutico para a sessão decorrer num contexto tranquilo e adequado; Cadeiras para os adolescentes e moderadores da sessão se colocarem em círculo; Folhetos e dispositivos didáticos sobre a temática da sessão;
Avaliação	A avaliação da sessão é realizada através da verbalização dos adolescentes que participaram na mesma, relativamente aos benefícios desta, quanto aos conceitos e temas desenvolvidos no decorrer da mesma

AVALIAÇÃO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA:

A sessão decorreu sem intercorrências, num ambiente propício, em que foi possível a participação dos adolescentes, a partilha de sentimentos, barreiras e dúvidas sentidas sobre o acesso aos cuidados de saúde primários e desinformação sobre a utilização dos métodos contraceptivos de forma adequada, inclusive a contraceção de emergência.

Os conteúdos foram abordados e adequados ao contexto de cada adolescente, resultante da partilha da experiência individual de cada uma.

Relativamente à adolescente de 17 anos, que tinha sido alvo de IVG, ela partilhou que não tinha tomado medidas preventivas adequadas, porque o namorado lhe dizia que o coito interrompido era um método eficaz na prevenção da gravidez, referiu que esta sessão tinha sido muito importante para ela, pois tinha compreendido a importância de adoção de medidas de prevenção da gravidez e por outro lado tinha sido fundamental compreender a dinâmica do funcionamento e acessibilidade aos cuidados de saúde primários de forma autónoma para adotar um comportamento de saúde adequado à prática sexual ativa.

Quanto às duas adolescentes que eram amigas, uma com 17 anos e a outra a 1 mês de fazer 16 anos, observei durante a realização da sessão, quando abordei a importância da decisão consciente sobre a iniciação da atividade sexual e da responsabilidade para com mesma relativamente a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não desejada, que a adolescente mais velha olhava para a amiga mais nova, como se lhe dissesse: “Vês, isto é importante!”, também no decorrer da mesma, quem liderou as questões foi a adolescente mais velha, tive a percepção de que eram realizadas no sentido de esclarecer a sua amiga, esta por sua vez abanava a cabeça em concordância, senti que lhe desencadeava o *insight*, no entanto era perceptível a vergonha e a timidez pela sua postura corporal e evitamento do olhar, não verbalizando as suas necessidades. No entanto, no final da mesma, veio ter comigo para aferir se poderia aceder a uma consulta de planeamento familiar para poder iniciar um método contraceptivo sem ter que pedir autorização aos pais, quando fizesse 16 anos, à qual lhe respondi que sim e visto que tinha o apoio da amiga, seria bom irem as duas. Verifiquei que ficou feliz com esta possibilidade, assumi o compromisso de articular com a enfermeira da unidade onde ela estava inscrita para o agendamento da mesma e validei com ela que o CAJA, posteriormente estaria

disponível para lhe fornecer o método indicado pela médica e na continuidade do acompanhamento mesma, quanto às suas questões pertinentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BulecheK et al (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5ª ed. Elsevier editora Lda. Rio de Janeiro

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. Artmed Editora. 11ª ed.

Kerntopf, M. R., de Lacerda, J. F. E., Fonseca, N. H., do Nascimento, E. P., Lemos, I. C. S., Fernandes, G. P., & de Menezes, I. R. A. (2016). Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. *Adolescencia e Saude*, 13(2), 106-113. Disponível em:

[Revista Adolescência e Saúde- Sexualidade na adolescência: uma revisao crítica da literatura \(adolescenciaesaude.com\)](http://adolescenciaesaude.com)

Loureiro, C., Frederico-Ferreira, M. M., & Santos, M. R. (2013). Identificação dos fatores determinantes no desenvolvimento das competências sociais dos adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 79-88. Disponível em: [serlln10a10.pdf \(mec.pt\)](#)

Medeiros, T. (2015). *Adolescência – Desafios e Riscos*, 2ª ed. Ponta Delgada: Letras Lavadas.

Sequeira Carlos & Sampaio Francisco (2020) - *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções*. Lousã: Lidel - Edições técnicas, Lda.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.

Apêndice IV

Plano de cuidados no âmbito da intervenção psicoterapêutica

RESUMO DE HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL E PLANO DE CUIDADOS NO ÂMBITO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA ADOLESCENTE ANDREEA

A Andreea tem 17 anos, é uma adolescente que recorre ao CAJA a 17/12/2020, no sentido de solicitar informação sobre métodos contraceptivos. Iniciou a sua atividade sexual com o atual namorado de forma desprotegida e tem receio de engravidar. Esta relação dura há mais ou menos 1 ano, tem sido mantida em segredo, porque os pais dela são contra a mesma. O namorado tem 22 anos, trabalha como assistente de câmara na TVI e vive com os respetivos pais. Nesta primeira entrevista foi recolhida mais informação sobre o contexto de vida desta adolescente. Ela frequenta o 12º ano na área de ciências e humanidades, tem notas medianas e segundo ela já foi uma aluna de excelência, mas a partir do 10º ano passou a ter mais dificuldades na escola. Refere que os pais ficaram bastante frustrados por ela ter descido a média das notas, pois gostavam que ela se formasse em advocacia, no entanto, esta jovem quer continuar os estudos na área de turismo para ser hospedeira de bordo e poder viajar.

A nacionalidade dela é romena, os pais emigraram para Portugal quando ela tinha 1 ano de idade, vive com o irmão de 11 anos, que já nasceu em Portugal. Vivem na zona de Algueirão na mesma habitação desde sempre, foi perceptível que na sua zona de residência habitam várias famílias romenas emigradas em Portugal. O pai tem 50 anos, é cozinheiro e trabalha num restaurante, a mãe é doméstica e tem 45 anos, não têm família em Portugal, nem desenvolveram grandes relações sociais, a não ser os contactos esporádicos com outras famílias romenas vizinhas. Segundo a Andreea, são praticantes da religião Pentecostal¹, o que contribuiu para que os pais tenham um modo de vida mais isolado, pois rejeitam facilmente pessoas com formas de estar socialmente, que para eles são recrimináveis, tais como: as mulheres usarem brincos, maquilhagem, roupas “indecentes” (sic.), esta religião pressupõe que o namoro das raparigas seja autorizado, quando existe a intenção de um casamento prévio e a iniciação sexual deve ser após o casamento. Por outro lado, são contra o consumo de álcool e tabaco. Tanto quanto me foi possível apurar, esta família, apesar

¹ É uma religião de origem evangélica, com antecedência no protestantismo. Dão ênfase aos dons do espírito santo, estes manifestam-se através do corpo, permitindo que este fale em línguas desconhecidas, acreditam em profecias que contribuem para a cura de doenças. Estes dons do espírito santo também contribuem para melhorar as relações intrafamiliares e obter sucesso pessoal (Costa, 2016).

de viver numa comunidade romena em Portugal, vive mais isolada, devido à religião, pois segundo a Andreea, as outras famílias romenas que conhece são mais alegres e divertidas, não sendo praticantes do pentecostalismo.

À medida que a relação terapêutica se foi desenvolvendo, esta adolescente desabafou que estava a viver um momento difícil, porque ela tinha um namorado que não era aprovado pelos pais, por não ser praticante da mesma religião que os pais e “viver a vida de uma forma mais descontraída” (sic.), fuma e bebe álcool numa festa ou em convívio de amigos. Assim, eles namoram em segredo, iniciando a sua atividade sexual no mesmo contexto, contudo, sentia-se muito nervosa com toda esta situação, pois tinha medo de engravidar, as relações sexuais eram efetivadas num contexto muito rápido, estava em constante estado de *stress* e ansiedade para encontrar um momento para estar às escondidas com o namorado e não tinha ninguém com quem falar, que se agravou devido ao contexto de pandemia que por si só tem obrigado a vários períodos de confinamento da população. Acrescentou ainda, que estava farta de não poder utilizar brincos, maquilhagem como as outras raparigas².

Em resumo, a Andreea relatou, que atualmente se sente desmotivada com a escola, não pode sair de casa, a não ser para ir à escola ou realizar pequenos recados (ex.: ir buscar pão), está em constante conflito com os pais, essencialmente com a mãe, esta por seu lado disse-lhe que a partir de agora, quem tomava as decisões sobre a sua vida seria o pai, no entanto, ela sente que se conseguir negociar e aproximar-se da mãe, o pai torna-se mais flexível com ela. A Andreea, isola-se no seu quarto, sente-se afastada emocionalmente e afetivamente dos seus pais. A mãe controla-lhe frequentemente o telemóvel, por seu lado, o namorado propôs-lhe que se ela quisesse poderia ir viver para sua casa, já que os seus pais (mesmo sendo romenos), são permeáveis a esta decisão. Quando questionada sobre o benefício desta opção para si, ela referiu que não era bem o que pretendia, pois gostava de ser uma mulher autónoma e com emprego no futuro, não pretendendo assumir uma relação marital no presente. Acrescenta ainda, que gosta muito dos pais e sabe que eles também gostam dela, sente falta de ter uma relação afetuosa com eles e de que eles a oiçam e compreendam.

² As mulheres devem evitar o uso de maquilhagem, o uso de adornos, não devem exhibir as pernas as devem usar o cabelo comprido, os homens por oposição devem usá-lo curto. De um modo geral, também tem um código de conduta: não ouvir música considerada mundana, frequentar eventos mundanos, não utilizarem no seu vocabulário gírias ou palavrões. (Costa, 2016)

Nesta primeira entrevista foi dada resposta à primeira necessidade de ajuda evidenciada pela adolescente e ao que a trouxe ao CAJA, que foi a realização de ensino sobre uso adequado de métodos contraceptivos para a prevenção da gravidez, quais os mais adequados para a sua situação e contexto, foi informada da possibilidade de ter autonomia de decisão sobre a procura dos serviços de saúde a partir dos 16 anos em Portugal e de que, caso ela o pretendesse, seria mantido o sigilo profissional, pelo que foi feita articulação com o centro de saúde e encaminhada para uma consulta de planeamento familiar. No decorrer desta entrevista, foi por mim percecionado o motivo oculto da necessidade de ajuda da Andreea, que se prendia com a tristeza, ansiedade e revolta pela situação vivenciada no presente. Dando ênfase aos principais problemas por ela evidenciados: medo de engravidar, por não saber como fazer para obter um método contraceptivo e simultaneamente manter o segredo da sua iniciação sexual para com os pais, dado o contexto religioso dos mesmos. Revolta por não ter autorização para namorar com o rapaz com quem namorava em segredo há um ano. Estar constantemente sob vigilância e não poder sair um pouco mais de casa para estar com os seus amigos e com o namorado. Foi-lhe proposta uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem no CAJA, baseada na Relação de Ajuda e posteriormente a integração na intervenção psicoeducativa: o Reglul@-T, a qual ela aceitou prontamente, referiu que estava mesmo a precisar de partilhar com alguém o que estava a sentir e de aprender mais sobre como regular as emoções.

O plano de cuidados, foi delineado tendo por base os diagnósticos de enfermagem da Nanda (2018-2020) e do Padrão de documentação em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica da OE de 2018:

- Autocontrolo de ansiedade comprometido (OE, 2018) - Ameaça à sua condição atual por medo de engravidar, por necessidades não atendidas pelos pais na aceitação do seu papel enquanto adolescente e conseqüente desenvolvimento de mais autonomia, por não aceitação do seu namoro com rapaz não enquadrado nas crenças religiosas dos pais e conflito interno sobre priorização de metas para a sua vida. Sente-se incompreendida pelos pais, quanto à necessidade de obter autorização para namorar com o atual namorado, pelo qual refere estar apaixonada e tem um compromisso em segredo. Por outro lado, pretende estudar e continuar a viver com os pais até terminar o curso,

para então sim, dar continuidade ao projeto do namoro e da sua vida autónoma, situação que está em risco devido ao conflito relacional com os pais sobre a autorização deste namoro e descrédito por parte deles sobre a sua capacidade de continuar a estudar e namorar simultaneamente, pois dizem-lhe que “ainda é uma criança” (sic.)

- Conflito de decisão (Herdman & Kamitsuru, 2018) - Dificuldade em identificar a melhor estratégia a adotar para a enfrentar o seu problema com os pais no contexto atual. Incerteza, Indecisão e informação insuficiente para uma tomada de decisão quanto a uso de ACO. Sistema de apoio insuficiente relacionado com os pais motivado pelas suas crenças religiosas. Iniciou a sua atividade sexual sem proteção adequada para a prevenção da gravidez, atualmente utiliza o preservativo, no entanto já teve algumas intercorrências com a utilização do mesmo. Sente-se insegura e com medo de engravidar, pois iria contra os seus objetivos de vida, no entanto, refere não saber como aderir a um método contraceptivo eficaz sem consentimento dos pais. Acrescenta que o facto dos pais serem muito rígidos relativamente às suas crenças religiosas compromete e influencia a sua relação com o namorado, pois este apesar de ser romeno, não é praticante da mesma religião que os pais.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem segundo o Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018):

AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE COMPROMETIDO

Definição: o Autocontrolo, relaciona-se com a volição que consiste na escolha consciente para atingir o próprio bem-estar e está descrito em como a pessoa toma as disposições “para cuidar do necessário para sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (OE, 2018).

Relacionado com:

Ameaça à sua condição atual por medo de engravidar, por necessidades não atendidas pelos pais na aceitação do seu papel enquanto adolescente e conseqüente desenvolvimento de mais autonomia, por não aceitação do seu namoro com rapaz não enquadrado nas crenças religiosas dos pais e conflito interno sobre priorização de metas para a sua vida.

Manifestado por:

Verbalização da adolescente quanto a sentimentos de nervosismo frequente, revolta com os pais pela incompreensão das suas necessidades, desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde para solicitar ajuda na prevenção da gravidez e insegurança quanto à objetivação e priorização de metas para *si* no aqui e agora.

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>1. Disponibilizar atenção criteriosa e conferir significado à comunicação verbal e não verbal da adolescente</p>	<p>Escuta ativa (4920):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer o objetivo da interação, promover uma atmosfera de confiança; ▪ Demonstrar interesse pela adolescente; ▪ Utilizar perguntas ou declarações para incentivar à expressão de sentimentos e preocupações; ▪ Utilizar o silêncio como estratégia de incentivo à partilha de sentimentos e preocupações; ▪ Demonstrar sensibilidade às emoções partilhadas; ▪ Não emitir juízos de valores, pressupostos ou opiniões pessoais e utilizar o comportamento não verbal para facilitar a comunicação; ▪ Estar atenta ao comportamento não verbal da adolescente e a mensagens não expressadas durante a comunicação verbal; ▪ Estar atenta à tonalidade, volume, e /ou inflexão da voz; 	<p>Foi possível estabelecer uma relação de confiança com a Andreea, onde ela partilhou as suas preocupações, sentimentos e fatores stressantes geradores do sentimento de ansiedade que estava a vivenciar nesta fase da sua vida. Foi aferida a necessidade de ajuda que a levou ao CAJA, que se prendia com o desconhecimento relacionado sobre o comportamento de saúde a adotar de forma autónoma sobre medidas de prevenção da gravidez, desmotivação para com a objetivação de metas quanto ao seu papel de estudante, dilema quanto ao benefício de ir viver para a casa do namorado, criando uma fratura na sua relação com os pais com eventual prejuízo da continuidade nos seus estudos e com sentimentos de revolta e frustração para com os pais motivados por conflito de crenças e valores associados à sua religião, com conseqüente proibição do seu namoro, interação com os seus amigos e controlo do seu telemóvel.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar a necessidade de ajuda; ▪ Esclarecer as informações obtidas através de perguntas de feedback; ▪ Evitar barreiras à escuta ativa, tais como: oferta de soluções, minimização de sentimentos ou encerramento abrupto da entrevista. <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	
<p>1. Encorajar e oferecer suporte emocional relativamente a este período de maior stress</p>	<p>Executar apoio emocional (5270):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversar com a adolescente sobre experiências emocionais e o que desencadeou as respetivas emoções; ▪ Ter uma atitude empática; ▪ Incentivar à consciencialização dos sentimentos e auxiliar a identificar os mesmos tais como: ansiedade, raiva, frustração, medo ou tristeza; ▪ Encorajá-la a expressar esses mesmos sentimentos; ▪ Escutar e encorajar manifestações de sentimentos e crenças; ▪ Facilitar a identificação por parte da adolescente o padrão usual de resposta para enfrentar o medo e a ansiedade; 	<p>No início do acompanhamento da Andreea, foi visível a sua inquietação e nervosismo com processo de que estava a vivenciar, sendo perceptível a sua dificuldade em perspetivar de forma positiva uma estratégia e definição de metas exequíveis para a sua pessoa a alcançar, de acordo com o seu conceito de valores e crenças por forma a permitir-lhe um continuum no desenvolvimento do seu papel enquanto adolescente, estudante, filha e desejo de liberdade incondicional para desfrutar do eu namoro sem limitações. No decorrer do acompanhamento, foi conseguindo priorizar os seus objetivos e exprimir desejos e vontades relacionadas com os seus objetivos de vida.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferecer apoio na tomada de decisão. (BulecheK et al, 2010) 	
<p>1. Promover a consciencialização dos fatores promotores de perda de autocontrolo da ansiedade e adoção de estratégias que fomentem a redução da ansiedade</p>	<p>Redução de ansiedade (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar uma abordagem tranquilizadora; ▪ Escutar atentamente a adolescente; ▪ Ensinar sobre <i>stress</i> e ansiedade; ▪ Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos ▪ Apoiar no sentido de promover a aceitação de que nem todas as situações são controláveis; ▪ Assistir a adolescente a perspetivar o problema, de modo a clarificar a gravidade deste mediante o prisma pelo qual ela o visualiza e antecipa no aqui e agora; ▪ Incentivar à prática de exercício físico; ▪ Ensino e treino sobre a utilização de técnica de respiração diafragmática, como técnica de relaxamento. <p>(BulecheK et al, 2010); (Sequeira & Sampaio, 2016)</p>	<p>No decorrer do acompanhamento, a Andreea, foi conseguindo identificar os fatores que lhe desencadeavam <i>stress</i> e ansiedade, demonstrou evolução na capacidade de utilizar estratégias de <i>coping</i>, verbalizou que o facto de “ter com quem partilhar estes sentimentos sem ser julgada a faz sentir compreendida e de que alguém a escuta” (sic.). Referiu também que a utilização da técnica da respiração diafragmática ajuda-a a “relaxar e a não se focar tanto em pensamentos negativos” (sic.).</p> <p>Integrou posteriormente o Regul@-T</p>

Diagnóstico de Enfermagem segundo a Nanda:

CONFLITO DE DECISÃO

Definição: Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores e crenças (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Relacionado com:

Dificuldade em identificar a melhor estratégia a adotar para a enfrentar o seu problema com os pais no contexto atual. Incerteza, Indecisão e informação insuficiente para uma tomada de decisão quanto a uso de ACO. Sistema de apoio insuficiente relacionado com os pais motivado pelas suas crenças religiosas.

Manifestado por:

Dilema e reconhecimento de consequências indesejadas em função das alternativas desejadas, focalizadas em si mesma. Desconhecimento sobre comportamento de saúde a adotar para prevenir a gravidez, frustração verbalizada pela adolescente quanto à razoabilidade das crenças religiosas dos pais para com a possibilidade de conciliar a vivência do seu namoro, sem ter de ir viver para a casa do namorado e abdicar dos seus estudos, visto que teria de começar a trabalhar mais cedo.

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>1. Esclarecer a adolescente quanto à acessibilidade da mesma à consulta de planeamento familiar (PF) e possíveis métodos contraceptivos adequados ao seu contexto;</p> <p>2. Apoiá-la na sua decisão e disponibilizar a acessibilidade ao CAJA para esclarecimento de dúvidas;</p>	<p>Apoio à tomada de decisão (5250):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar à adolescente informação solicitada sobre como proceder para prevenir a gravidez; ▪ Auxiliar a adolescente no esclarecimento de valores e expectativas que possam ser úteis quanto à prevenção da gravidez; ▪ Informá-la sobre soluções alternativas de forma clara e fornecer suporte na decisão quanto ao método contraceptivo que se possa adequar a si e ao seu contexto; ▪ Ajudá-la a identificar as vantagens e desvantagens das diferentes alternativas; ▪ Articular com o Centro de Saúde da adolescente para o agendamento de consulta de PF. <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>A Andreea, após o ensino sobre o funcionamento da acessibilidade aos cuidados de saúde e esclarecimento sobre os diferentes métodos contraceptivos adequados ao seu contexto, com possibilidade de obtenção dos mesmos de forma gratuita no CAJA e no seu Centro de Saúde, ficou muito mais tranquila e decidiu solicitar agendamento de consulta de PF. Esta foi possível através da articulação com a equipe de enfermagem do Centro de Saúde da Andreea.</p>
<p>1. Auxiliar a Andreea com foco nas suas necessidades, sentimentos e problemas a clarificar os seus objetivos quanto à sua pessoa e adoção de possíveis estratégias de</p>	<p>Aconselhamento (5240):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir privacidade e sigilo; ▪ Desenvolver uma relação terapêutica de confiança e baseada no respeito; ▪ Demonstrar empatia, autenticidade e cordialidade; 	<p>A Andreea no decorrer do atendimento, foi verbalizando que sentia saudades de ter uma relação mais afetuosa com os pais, no entanto, desde que começou a querer um pouco mais de independência e começou a namorar, sente que houve uma grande regressão na relação com os</p>

<p>adaptação ao momento por ela vivenciado no aqui e agora</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer a duração da relação de aconselhamento; ▪ Oferecer informações adequadas e concretas, quando necessárias; ▪ Incentivar à expressão de sentimentos; ▪ Assistir a adolescente na identificação dos problemas que lhe estão a causar sofrimento; ▪ Delimitar de que forma o comportamento dos pais afetam esta adolescente; ▪ Assistir a Andreea, na priorização das alternativas possíveis ao problema; ▪ Assistir a adolescente a identificar pontos positivos em relação aos pais e reforçá-los; ▪ Incentivar a substituição de comportamentos menos desejáveis por outros mais desejáveis; ▪ Realizar reforço positivo de novas habilidades apreendidas e alcançadas; <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>pais: “é como se eles quisessem que eu continuasse a ser criança!” (sic.). acrescenta que o facto do namorado lhe ter proposto para ela ir viver para casa da família dele, só a deixou mais confusa, pois quer ser uma mulher autónoma, mas ao mesmo tempo tentada, para ter mais liberdade. À medida que a relação terapêutica se foi desenrolando, ela foi objetivando com mais clareza quais eram os seus objetivos de vida, foi valorizando características positivas dos pais para com ela e começou a adotar um comportamento de maior aceitação e resiliência perante o período de transição para o estado adulto que estava a vivenciar, consciencializando que ainda não tinha 18 anos, que era cedo iniciar uma relação marital com o namorado e que tinha de continuar a estudar para alcançar as suas metas pessoais.</p>
<p>1. Promover o desenvolvimento de estratégias de comunicação mais eficazes para possibilitar uma reaproximação da Andreea com os pais, possibilitando a partilha dos seus sentimentos por estes e</p>	<p>Treino de Assertividade (4340):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delimitar os obstáculos para desempenhar uma atitude assertiva – neste caso a Andreea encontra-se na adolescência, num período de transição para o estado adulto; 	<p>A Andreea à medida que foi tentando se aproximar afetuosamente dos pais, a estar mais presente nos momentos de família de forma mais tranquila, revela que se começou a sentir melhor, ela deu o exemplo de que se juntou com o irmão e realizaram uma moldura com uma montagem de fotografias da família para oferecer no Natal, o que</p>

eventual negociação das suas necessidades

- Auxiliar na identificação dos seus direitos pessoais, normas e responsabilidades originárias do conflito com os seus pais;
 - Promover a consciencialização das áreas problemáticas que estão na base do conflito nas relações interpessoais com os pais e incentivar a uma possível atitude de compreensão e empatia para com os mesmos;
 - Incentivar à expressão de sentimentos positivos e negativos
 - Ensinar sobre comportamento assertivo, agressivo e passivo, incentivando à reflexão sobre a forma que utiliza mais frequentemente com os pais e com o namorado;
 - Assistir na prática de habilidades de conversação, comportamento não verbal com recurso a exemplos da experiência vivida pela adolescente;
 - Orientar a adolescente sobre algumas estratégias de comunicar de forma assertiva;
 - Elogiar e reforçar positivamente as tentativas de desenvolvimento das suas habilidades sociais
- (BulecheK et al, 2010)

a fez sentir mais feliz e em harmonia com os pais. Verbalizou que com o tempo, vai notando os pais com menos desconfiança dela, a mãe deixou de lhe pedir o telemóvel para a vigiar, e ela sentiu-se um pouco mais à vontade para partilhar com a mãe as suas dificuldades e aflições. Demonstrou alguma aceitação e tolerância para com o facto dos pais não aceitarem o seu namoro e de acharem que “eu ainda sou muito nova para namorar!” (sic.), no entanto ficaram bastante felizes por perceberem que estava motivada para os estudos. Decidiu que por enquanto, iria continuar a manter o namoro em segredo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BulecheK et al (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro.

Costa, O. B. R. (2016). O papel da mulher no meio pentecostal: novíssimas relações de gênero nas assembleias de deus. *Revista Cadernos de Tecnologia* (ISSN: 1807-9415), 9(33), 60-76. Disponível em:

[6195-21855-1-PB \(1\).pdf](#)

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. Artmed Editora. 11ª ed.

OE. (2018). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculata%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

RESUMO DE HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL E PLANO DE CUIDADOS NO ÂMBITO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA ADOLESCENTE ALICE

A Alice, é uma jovem com 19 anos, ingressou em setembro de 2020 no curso de Artes em Cambridge em Inglaterra e partilhava a casa com 3 amigas que conheceu nessa altura. Devido à evolução pandémica em Inglaterra e à imposição das aulas *online*, teve de regressar em novembro novamente para Portugal. Assim, vive novamente com o irmão de 22 anos em casa que é da mãe, mas esta após o divórcio dos pais foi viver para casa do namorado. O pai dela criou uma nova família e vive perto da Alice, ambos têm 50 anos, estão separados desde os 16 anos da Alice, desde então, vivia em guarda partilhada pelos pais, no entanto, como não se sentia confortável com os filhos da namorada do pai, que eram crianças mais pequenas e “ não tinha paciência para elas, ao mesmo tempo observava que o pai permitia-lhes fazer coisas que a ela não deixava” (sic.), sentia-se desenquadrada do ambiente, pelo que optou por ficar mais tempo com a mãe e o irmão. Contudo, à beira dos seus 17 anos, a mãe criou uma relação com o namorado que ainda mantém, tendo ido viver para a casa deste, ficou assim a viver apenas com o irmão. O pai assumiu a responsabilidade das compras, bens essenciais e pagamento da faculdade, enquanto que a mãe manteve a responsabilidade do pagamento das despesas relacionadas com a casa. Segundo a Alice, desta transformação do seu seio familiar, resultou a necessidade de se adaptar a viver sozinha com o irmão, onde passaram a viver de forma autónoma com a responsabilidade integral de gerirem as suas vidas, quer a nível da gestão da casa, quer a nível de perda de suporte parental para as suas questões emocionais ao longo do seu desenvolvimento e crescimento na adolescência, por outro lado, refere que o facto de ter sido impulsionada a crescer sozinha, conferiu-lhe muito mais autonomia e independência, no entanto em modo desabafo disse que a mãe lhe tinha feito falta no seu período de transição da adolescência, sente que ela se desligou dela como se já não precisasse do seu suporte nesse período de desenvolvimento, o que lhe trouxe muitos períodos de solidão e conseqüentemente uma relação mais conflituosa com a mesma, parece-me por isso uma adolescente “desligada” da mãe. Esta descrição do processo de transformação da vinculação adolescentes-pais na vida de Alice, vem de encontro ao

que é descrito por Machado (2007), onde afirma que no decurso da adolescência, as alterações no desenvolvimento psicossocial do adolescente fluem numa forma mais positiva consoante as alterações ocorridas no processo de vinculação adolescentes-pais, conferindo-lhes a possibilidade de desenvolverem novas representações de vinculação, envolvendo a construção de novas relações significativas com os seus pares, de índole amorosa, assim como a revisão do seu papel e dos padrões interiorizados em relação às figuras parentais, auxiliando nas escolhas que o adolescente pretende manter ou não de acordo com o padrão parental. Neste sentido e consoante a evolução do processo de vinculação adolescentes-pais, podemos ter:

- Adolescentes seguros e mais autónomos, capazes de adotar estratégias de regulação das emoções de forma mais adequada, com a convicção que podem recorrer às figuras parentais como fonte de segurança, pois a separação não é temida;
- Adolescentes inseguros e preocupados, são adolescentes com menos estratégias de regulação emocional, maior dificuldade em perder a figura de vinculação e por isso mais dificuldades na separação e na construção de novas relações;
- Adolescentes desligados, são adolescentes em que a transformação do processo vinculação adolescentes-pais sofreu uma transformação negativa e por tal, o adolescente crê não precisar desta ligação afetiva, nega a si próprio e aos outros a possibilidade da sua existência, quebrando, portanto, a possibilidade da mesma.

Atualmente, o irmão trabalha o dia todo, tem uma namorada, ela é que faz a gestão das refeições, porque o irmão chega tarde a casa e quanto à higienização da casa é partilhada pelos dois. Acrescenta que sempre manteve uma relação mais próxima com o pai, até porque este é responsável pelo grupo dos Escoteiros do qual ela faz parte desde muito pequena.

A 07/01/2021, Dirigiu-se ao CAJA, referindo necessidade de ajuda, porque sente que “está mais ansiosa e sozinha (sic.)”: “a cabeça não pára de pensar”.

No decorrer da entrevista, tentei apurar que sentimentos ou pensamentos lhe desencadeavam este estado. A Alice respondeu: “Não sei bem...” (sic.), fugiu com o olhar e disse: “Sinto que ninguém me compreende..., sou diferente de todos, eu sei que sou boa pessoa, gosto de toda a gente, dou-me bem com todas as pessoas, sou

a rapariga que faz brincadeiras num grupo, mas sinto que quando tento falar sobre um tema que goste ou defendo uma causa, as pessoas, olham para mim e pensam: Lá está ela com as coisas dela! Com as suas ideias diferentes!” (sic.). Pedi-lhe para identificar um evento que se prenda com esta descrição e ela partilhou que “por exemplo, nos escuteiros, fiz uma apresentação via zoom (dado o contexto de pandemia) sobre o vegetarianismo e houve uma colega que adormeceu, houve outros que pareciam estar indiferentes.... Acho que há pessoas que são uma tigela e outras um prato raso... as que são uma tigela, são pessoas mais profundas, conseguem ver mais para além do normal e dá para escavar mais e sabem mais, as que são um prato raso, é como se não tivessem profundidade e não conseguem compreender, mais, são burras...” (sic.)

Abordei-a no sentido de promover o *insight* sobre a forma como defende as causas em que acredita, a Alice: “Eu falo normalmente com as pessoas, digo o que penso de uma forma natural, não sei..., acho que sou muito impulsiva a defender aquilo em que acredito!”

Neste momento tive a perceção de que ela se focava mais na atenção que os outros lhe deveriam dar, do que nela própria. Por isso, convivei-a a realizar um exercício de *roleplay* de argumentação sobre uma temática relevante para ela. Utilizei o facto de ela ser vegetariana e como quebra-gelo, primariamente, disse-lhe que aquele exercício, não tinha por objetivo ajuizar a sua opção alimentar, nem demonstrar se estava certo ou errado, apenas o iríamos usar como tema de argumentação para ajudá-la a consciencializar formas possíveis de defender uma causa e interpretar possíveis emoções e sentimentos daí resultantes num debate com outras pessoas. Após este quebra-gelo, disse-lhe que representava a pessoa que defendia que o Homem dever alimentar-se de tudo um pouco, para manter o equilíbrio do ecossistema e que defendia a alimentação mediterrânica. Ela contraargumentou com o seu ponto de vista de forma intensa, demonstrando alguma intolerância para a diferença de opinião. No final do mesmo, perguntei-lhe que sentimentos é que tinha sentido neste *roleplay* e ela disse-me que tinha sentido alguma irritação e com vontade de que eu cedesse ao seu ponto de vista. Seguidamente, reformulei a questão que esteve na origem deste pequeno *roleplay* e abordei-a novamente no sentido de que consciencializasse a o modo como defende as causas em que acredita, onde ela disse: “Talvez seja um pouco arrogante aos olhos dos outros, e talvez achem que tenho a mania de que sei tudo!” (sic.). Durante esta entrevista recorri à utilização da

estratégia de confrontação, pois a Alice, apesar de vir solicitar ajuda de forma autónoma, apresenta dificuldade na expressão dos seus sentimentos e em consciencializar os mesmos. Partilhou que sente que tem muitos amigos e muitos grupos, “mas sou sempre eu que os procuro, tenho a sensação que não pertenço a nenhum grupo atualmente... e eu penso... Será que vai ser sempre assim!? Sinto-me sozinha...” (sic.). Acrescentou ainda que o facto de estarmos em pandemia alterou profundamente a sua rotina de vida, por outro lado o facto de viver sozinha com o irmão, de não ter uma relação próxima com a mãe e não lhe apetecer ir para casa do pai com a sua nova família, confere-lhe sentimentos de maior solidão.

Durante a entrevista a Alice apresentou maioritariamente um humor neutro, comportamento adequado, pouco expressiva emocionalmente, discurso coerente, organizado, por vezes circunstancial, refere-se a si própria como sendo “boa pessoa, que gosta de todas as pessoas do mundo, que tem bom humor e diverte-te as pessoas, que se preocupa com as questões globais relacionadas com o clima...” (sic.). no final desta primeira entrevista, ela disse que tinha sido muito importante poder falar com um profissional de saúde e que gostava de dar continuidade à intervenção psicoterapêutica. De acordo com a primeira abordagem ao pedido de ajuda da Alice, contextualizando-se o mesmo numa intervenção de relação de ajuda e de acordo com a Nanda e o Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Autocontrolo de ansiedade comprometido (OE,2018);
- Interação social ineficaz (Herdman & Kamitsuru, 2018)

Foi-lhe proposto a integração no Regul@-T, com o qual ela concordou.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem segundo o Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018):

AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE COMPROMETIDO

Definição: o Autocontrolo, relaciona-se com a volição que consiste na escolha consciente para atingir o próprio bem-estar e está descrito em como a pessoa toma as disposições “para cuidar do necessário para sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (OE, 2018).

Relacionado com:

Sentimento de solidão motivado por alteração na sua dinâmica de vida como estudante com conseqüente necessidade de regressar a Portugal, de onde resulta isolamento social devido ao contexto de pandemia por covid-19 e a inexistência de uma família enquanto “grupo” que acolha.

Manifestado por:

Verbalização da adolescente quanto a sentimentos de ansiedade, desmotivação e desgaste pela contexto atual da pandemia, com prejuízo na criação e desenvolvimento de novas relações sociais com novos pares e manifestação de sentimentos de revolta, relacionados com fraco suporte emocional da mãe e desintegração do contexto familiar do pai.

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>2. Disponibilizar atenção criteriosa e conferir significado à comunicação verbal e não verbal da adolescente</p>	<p>Escuta ativa (4920):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer o objetivo da interação, promover uma atmosfera de confiança; ▪ Demonstrar interesse pela adolescente; ▪ Utilizar perguntas ou declarações para incentivar à expressão de sentimentos e preocupações; ▪ Utilizar o silêncio como estratégia de incentivo à partilha de sentimentos e preocupações; ▪ Demonstrar sensibilidade às emoções partilhadas; ▪ Não emitir juízos de valores, pressupostos ou opiniões pessoais e utilizar o comportamento não verbal para facilitar a comunicação; ▪ Estar atenta ao comportamento não verbal da adolescente e a mensagens não expressadas durante a comunicação verbal; ▪ Estar atenta à tonalidade, volume, e /ou inflexão da voz; ▪ Identificar a necessidade de ajuda; 	<p>Foi possível estabelecer uma relação de confiança com a Alice, onde ela partilhou as suas dificuldades, sentimentos e fatores stressantes geradores do sentimento de ansiedade que estava a vivenciar nesta fase da sua vida. Foi aferida a necessidade de ajuda que a levou ao CAJA, que se prendia com o sentimento de solidão desencadeado pela pandemia, potenciando uma fraca interação social com os seus pares e pela inexistência do “grupo” família, condicionando-a a viver sozinha e não ter com quem partilhar este momento de solidão. Verbalizou também que este período “obrigou-a” a refletir sobre o divórcio dos pais e sente que apesar da sua resistência para com a família do seu pai, se necessitar de falar com ele e partilhar as suas dificuldades, este demonstra disponibilidade para a ouvir, enquanto que em relação à mãe sente que esta abandonou os filhos: “Com a minha mãe sinto-me zangada porque eu preciso de uma mãe... eu sei que já tenho 19 anos, mas ainda preciso de uma mãe! Ela paga as contas, mas não manifesta interesse por me ouvir, não sabe nada da minha vida...”.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer as informações obtidas através de perguntas de feedback; ▪ Evitar barreiras à escuta ativa, tais como: oferta de soluções, minimização de sentimentos ou encerramento abrupto da entrevista. <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	
<p>2. Encorajar e oferecer suporte emocional relativamente a este período de maior <i>stress/ansiedade</i></p>	<p>Executar apoio emocional (5270):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversar com a adolescente sobre experiências emocionais e o que desencadeou as respetivas emoções; ▪ Ter uma atitude empática; ▪ Incentivar à consciencialização dos sentimentos e auxiliar a identificar os mesmos tais como: ansiedade, raiva, frustração, medo ou tristeza; ▪ Encorajá-la a expressar esses mesmos sentimentos; ▪ Escutar e encorajar manifestações de sentimentos e crenças; ▪ Facilitar a identificação por parte da adolescente o padrão usual de resposta para enfrentar a ansiedade; <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>No decorrer da intervenção psicoterapêutica, foi visível a sua frustração e sentimento de angústia devido às alterações provocadas pela pandemia na sua vida e conseqüente confronto com os seus sentimentos de solidão e fratura do “grupo” família que faz parte do seu historial de vida. Sendo por isso, perceptível a sua dificuldade em perspetivar de forma positiva uma estratégia e definição de metas exequíveis para a sua pessoa de modo a promover uma melhoria do seu bem-estar psicológico.</p> <p>Contudo, a Alice apresenta objetivos claros quanto à sua formação profissional e refere estar ansiosa, para que esta pandemia lhe permita dar continuidade às suas metas previamente definidas, sendo elas, regressar a Inglaterra e integrar-se socialmente nesse país, desenvolvendo novas relações sociais com os seus pares.</p>

<p>2. Promover a consciencialização dos fatores promotores de perda de autocontrolo da ansiedade e adoção de estratégias que fomentem a redução da ansiedade</p>	<p>Redução de ansiedade (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar uma abordagem tranquilizadora; ▪ Escutar atentamente a adolescente; ▪ Ensinar sobre <i>stress</i> e ansiedade; ▪ Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos ▪ Apoiar no sentido de promover a aceitação de que nem todas as situações são controláveis; ▪ Assistir a adolescente a perspetivar o problema, de modo a clarificar a gravidade deste mediante o prisma pelo qual ela o visualiza e antecipa no aqui e agora; ▪ Incentivar à prática de atividade física na rua, como forma de usufruir contacto com a natureza e ao ar livre; ▪ Incentivar à continuidade de relações com os seus pares em Portugal e à reflexão sobre de que forma pode usufruir mais da companhia do seu pai e respetiva família; <p>(BulecheK et al, 2010); (Sequeira & Sampaio, 2016)</p>	<p>A Alice refere que foi muito importante usufruir desta intervenção, pois permitiu-lhe partilhar os seus sentimentos, sentiu que alguém estava disponível para a ouvir. Por outro lado, permitiu-lhe desencadear sentimentos de esperança para com a vida e refletir sobre possibilidades adaptativas em como poderia fomentar uma maior relação de proximidade com o pai respetiva família.</p> <p>A Alice retomou a meditação e iniciou a atividade física ao ar livre, referindo que lhe conferia bem-estar e um momento de prazer e introspeção</p> <p>Integrou posteriormente o Regul@-T</p>
---	--	---

Diagnóstico de Enfermagem segundo a Nanda:

INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA

Definição: “Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 573).

Relacionado com:

Contexto de Pandemia por covid-19 e consequente necessidade de recolhimento obrigatório, inexistência do grupo “família”, ineficácia percebida pela Alice aquando das poucas trocas sociais que realiza, sentir que tem dificuldade em se expressar, adotando com alguma facilidade uma atitude impulsiva e agressiva na defesa dos seus pontos de vista.

Manifestado por:

Verbalização da Alice quanto ao impacto das alterações sociais derivadas da Pandemia na sua vida e sentimento de que nas poucas interações sociais que mantém nos Escoteiros resultarem em fracasso com consequente sentimento de exclusão.

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>2. Auxiliar a Alice com foco nas suas necessidades, sentimentos e problemas a clarificar os seus objetivos quanto à sua pessoa e adoção de possíveis estratégias de adaptação ao momento por ela vivenciado no aqui e agora</p>	<p>Aconselhamento (5240):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir privacidade e sigilo; ▪ Desenvolver uma relação terapêutica de confiança e baseada no respeito; ▪ Demonstrar empatia, autenticidade e cordialidade; ▪ Estabelecer a duração da relação de aconselhamento; ▪ Oferecer informações adequadas e concretas, quando necessárias; ▪ Incentivar à expressão de sentimentos; ▪ Assistir a adolescente na identificação dos problema que lhe estão a causar sofrimento; ▪ Delimitar em conjunto com a adolescente as estratégias possíveis e de acordo com o contexto atual, que possibilitem a interação com os seus pares e melhorem a eficácia da satisfação das suas necessidades de suporte emocional junto do seu irmão e do seu pai; ▪ Assistir a Alice na identificação das alternativas possíveis ao seu problema; ▪ Assistir a adolescente a identificar pontos positivos em relação ao seu contexto atual de vida; ▪ Incentivar a substituição de comportamentos menos desejáveis por outros mais desejáveis; 	<p>A Alice foi verbalizando que tinha dificuldade em dar alguns passos no sentido de ir passar alguns dias por semana a cas do pai, apesar de este a ter convidado, pois depois de tanto tempo a viver fora de um núcleo familiar, reconhecia que não tinha relações afetivas estabelecidas com a madrasta e os seus filhos, “questionando-se até que ponto não era uma intrusa” (sic.). Contudo, admitiu que seria um ponto positivo a refletir na mudança da sua estrutura de vida atual, visto que nunca tinha sido rejeitada pela madrasta, ela é que tinha adotado uma atitude de rejeição para com a nova família do pai após o divórcio dos seus pais, e entretanto, tinha-se focado apenas nos seus estudos e na perspectiva de ir estudar para o estrangeiro. Acrescentou ainda que não estava habituada a partilhar o seu espaço com outras pessoas e conviver segundo crenças, normas e regras não “ditadas por ela” (sic.), o que isso lhe provocava alguma insegurança. Contudo, acabou por estabelecer uns dias na semana em que foi para a casa do seu pai e foi concluindo que, apesar de ser confrontada com estratégias de adaptação, integração neste núcleo familiar e de não</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar reforço positivo de novas habilidades apreendidas e alcançadas; (BulecheK et al, 2010) 	<p>corresponder inteiramente às suas expectativas, contribuiu para usufruir da sensação de “sentimento de pertença a algum lugar e de não estar sozinha no mundo!” (sic.)</p>
<p>2. Capacitar a Alice no desenvolvimento de estratégias de comunicação mais eficazes na interação com os seus pares,</p> <p>3. Promover o insight para a aceitação da diferença quanto às opiniões dos seus pares e da possibilidade da partilha e debate de temáticas através da adoção de uma atitude mais assertiva no mesmo.</p>	<p>Treino de Assertividade (4340):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delimitar os obstáculos para desempenhar uma atitude assertiva e de maior aceitação pela diferença; ▪ Auxiliar na identificação das suas características pessoais e sentimentos propensores a uma comunicação enviesada, na qual ela sente que os seus pares a “olham como se tivesse a mania que sabe tudo” (sic.), contribuindo para o seu isolamento; ▪ Promover a consciencialização das áreas problemáticas que estão na base do conflito nas relações interpessoais com os seus pares e incentivar a uma possível atitude de compreensão e empatia para com os mesmos; ▪ Incentivar à expressão de sentimentos positivos e negativos ▪ Ensinar sobre comportamento assertivo, agressivo e passivo, incentivando à reflexão sobre a forma que utiliza mais frequentemente na sua interação social 	<p>A Alice verbalizou que gostava de promover debates com os seus amigos sobre política, questões climáticas e por essa via, era uma defensora acesa da adoção de uma alimentação vegetariana e da preocupação com a sustentabilidade do planeta. No entanto, consciencializou que facilmente aplicava juízos de valor e tinha dificuldade em aceitar a não adesão global do Homem a estes temas. Após algum treino sobre estratégias de comunicação mais assertivas, que ela foi tentando desenvolver nos Escoteiros, percebeu que ao focar-se mais em dar o seu ponto de vista e permitir que os outros o dessem sem ficar zangada ou frustrada pela diferença de opinião, os seus pares escutavam-na sem desencadear conflito e até apoiarem algumas atividades propostas por ela para apresentarem e desenvolverem nos Escoteiros. Acrescentou ainda de que “nunca tinha parado para pensar em como sou impulsiva e intolerante à diferença de opinião,</p>

	<ul style="list-style-type: none">▪ Assistir na prática de habilidades de conversação, comportamento não verbal com recurso a exemplos da experiência vivida pela adolescente;▪ Orientar a adolescente sobre algumas estratégias de comunicar de forma assertiva;▪ Elogiar e reforçar positivamente as tentativas de desenvolvimento das suas habilidades sociais <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>pelo que me refugio em ser o palhacinho do grupo e por vezes sou irónica com os outros” (sic.)</p>
--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BulecheK et al (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. Artmed Editora. 11ª ed.

Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista portuguesa de pedagogia*, 5-28. Disponível em:

[1194-Texto do Artigo-3354-1-10-20120928 \(1\).pdf](#)

OE. (2018). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculata%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

RESUMO DE HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL E PLANO DE CUIDADOS NO ÂMBITO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA ADOLESCENTE JOÃO

O João, um adolescente de 16 anos, visivelmente ansioso e aflito recorre pela primeira vez ao CAJA a 06/01//2021, a referir que precisava de falar com alguém e de ajuda, andava de um lado para o outro e era evidente a emoção do medo na sua expressão. Foi encaminhado para o gabinete de consulta de enfermagem, sentou-se espontaneamente, mas continuava visivelmente inquieto, tenso e desconfortável na cadeira, manuseava as mãos e os dedos com grande nervosismo, com humor ansioso, tinha um olhar desesperado e assustado, uma expressão facial de sofrimento e pânico, discurso coerente e organizado, no entanto com uma atitude cooperativa à intervenção de enfermagem.

Ele partilhou que tinha fumado uma “ganza de erva” (sic.) inteira sozinho há mais ou menos um mês e que após a mesma sentiu-se aproximadamente durante 4 horas muito aflito, muito ansioso, com taquicardia, “fora dele” (sic.), com a sensação de que “não era eu” (sic.) e com medo extremo de ter ficado “maluco” (sic.), “não sei o que se passa comigo!” (sic.). Desde aí nunca mais se sentiu bem, sente culpa por ter fumado e achar que eventualmente o que sente é consequência dessa experiência. Refere que anda muito ansioso, nervoso, incapaz de se concentrar na escola e nas aulas, com dificuldade em ouvir o que os outros lhe dizem, “sinto-me paranóico! Parece que não estou consciente de mim, estou aqui consigo e parece que não estou aqui, que não sou eu! Não consigo estar com as pessoas como estava, fico muito nervoso! Acho que estou a ficar maluco!” (sic.) no decorrer da entrevista ia alternado o entrelaçar dos dedos com o cerrar dos punhos e uma inquietação constante, o tom de voz dele era controlado, mas sentia-o desesperado. Estava vestido adequadamente para a idade, foi metucioso no adquirir a certeza da confidencialidade sobre o motivo da vinda ao CAJA, porque quer desiludir o pai, no entanto, admitia que precisava de ajuda, pois não aguentava mais viver neste estado. Foi para mim perceptível a sensação de aflição nele, de angústia intensa e medo de “enlouquecer”. Refere que no domingo passado, se descontrolou com a ansiedade e que teve “um ataque de pânico sozinho em casa” (sic.), enquanto estudava, pois não estava a conseguir apreender os conteúdos e não se conseguia focar-se nas atividades escolares.

No decorrer da entrevista apurei que já tinha experimentado mais vezes erva com os amigos, mas nunca tinha consumido a quantidade que experimentou sozinho. Pratiquei a escuta ativa, tive uma atitude empática e forneci suporte emocional.

Nesta primeira abordagem tive o cuidado de estabelecer uma relação terapêutica de confiança com o mesmo, proporcionando um *setting* terapêutico tranquilo e seguro, de acordo com Sequeira (2016), existem estratégias de comunicação verbais e não verbais que ajudam o profissional de saúde a intervir junto do utente numa situação de desequilíbrio emocional com consequente crise, posto isto interiorizei algumas estratégias a utilizar naquele momento:

- Mantive uma distância proxémica segura, que senti ser a adequada entre o adolescente e eu;
- Consciencializei que a minha comunicação não verbal e verbal, deveria de conferir conforto e segurança ao João, para lhe permitir a expressão dos seus sentimentos e consequente avaliação da dimensão do seu problema;
- Necessitei de consciencializar de que eu própria, teria de gerir o meu medo de estar perante uma eventual situação de ajuda psíquica emergente, onde não existe suporte multidisciplinar neste serviço. Para esta gestão da minha ansiedade, reconheço que foi útil a minha experiência de vários anos no serviço de urgência, pois tenho presente ainda hoje, a perceção e o reconhecimento de quando estamos perante uma situação de descontrolo emocional, que necessita de uma intervenção emergente, e portanto, acionei o mecanismo de que, no decorrer da entrevista e consoante a sua evolução, teria de ter presente a necessidade de contactar o 112;
- Utilizei a escuta ativa, uma atitude empática e a relação de ajuda para os atendimentos individualizados que se seguiram a esta primeira intervenção psicoterapêutica.

Pedi-lhe autorização para partilhar a sua situação com a minha orientadora de estágio, com o objetivo de se avaliar uma resposta possível ao seu pedido de ajuda. Após partilhar com a minha orientadora, ela disse-me que ia contactar o DICAD do ... com quem o CAJA tem um protocolo de referenciação para o mesmo, para uma intervenção multidisciplinar. Foi exposta esta possibilidade ao adolescente, com a qual concordou, foi abordado no sentido de perante um agudizar da sua situação clínica, necessitar de recorrer ao SU do Hospital Especializado em Pediatria, sendo para isso importante refletir sobre partilhar esta situação com o seu pai, perante a qual ele

aparentou algum *insight*, no entanto manteve-se reticente. Ficou com consulta agendada no DICAD e atendimento telefónico no dia seguinte do CAJA.

O João frequenta o 11º ano de ciências e tecnologias na Escola Secundária da Portela de Sintra. Vive com o pai e a irmã de 19 anos, esta tem Síndrome X Frágil, com afetação do desenvolvimento cognitivo e intelectual, tem outra irmã com 27 anos, que vive sozinha com o marido e 2 filhos pequenos. O pai é viúvo, a mãe do João faleceu quando este tinha 5 anos. Este adolescente, refere que tem uma relação próxima e afetiva com a irmã mais velha, com o pai atualmente apresenta mais dificuldade na comunicação, segundo ele, acha que se relaciona com o facto de estar a crescer, contudo tem uma grande admiração pelo pai e não o quer desiludir.

A “ansiedade é definida como estado de humor desagradável, apreensão negativa em relação ao futuro e inquietação desconfortável; inclui manifestações somáticas” (Silva Filho & Silva, 2013, p.32). No entanto, primariamente, a ansiedade, não deve ser vista como uma perturbação, visto que em termos biológicos está presente no Homem, como ferramenta de adaptação às exigências da vida, contudo, passa a ser foco de preocupação quando a intensidade da mesma, os tipos e efeitos a nível da pessoa tem evidência clínica (Hirschfeld, 2001). As necessidades de uma pessoa são a origem da motivação humana para a satisfação das mesmas e quando não é possível satisfazê-las são causadoras de *stress*, manifestando-se sob a forma de tensão psicológica através da expressão de conflitos, frustrações e perdas. Estas tensões, podem desencadear ansiedade e agressividade (Chalifour, 2008). Ainda segundo Chalifour (2008), à ansiedade são-lhe atribuídos alguns sinónimos: “*stress*”, “angústia” e “medo” e diz que alguns autores, referem que a ansiedade é o resultado da reação da pessoa ao “*stress*”. Acrescenta também que, há outros autores a diferenciar a “angústia” da ansiedade, onde a primeira se traduz numa perturbação da dimensão psicológica e a segunda interfere principalmente na dimensão fisiológica. Por outro lado, os conceitos de medo e ansiedade podem ser de difícil diferenciação para a formulação de um diagnóstico de enfermagem. enquanto que a ansiedade é uma reação a uma perceção de ameaça desconhecida, geradora de conflito interno e insidiosa no tempo, gerando um sentimento de apreensão negativa em relação ao futuro com inquietação desconfortável associada. Assim, apresenta manifestações somáticas, tais como: taquicardia, dispneia, tremores, sudorese, vertigem entre outros; os sintomas manifestam-se também a nível psíquico: insegurança, insónia, limitações na concentração e aprendizagem, insegurança e irritabilidade. Por seu

lado, o medo é uma reação emocional a uma situação súbita (fuga, evitamento, luta) que indica uma ameaça ou perigo imediato, este termina quando o fator desencadeante do medo desaparece (Silva & Silva, 2013; Mercês et al, 2021).

De acordo com a primeira abordagem ao pedido de ajuda do João, contextualizando-se o mesmo numa intervenção na crise, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Ansiedade relacionada com medo de ser doente mental e prejudicar o seu desenvolvimento e autonomia;
- Conflito de Decisão relacionado com dilema em pedir apoio ao pai para obter ajuda especializada médica, motivado por ter consumido cannabis, do qual crê ter resultado o estado em que se sente atualmente, refletindo-se em culpa, pois não quer que o pai saiba;

Este adolescente, foi acompanhado telefonicamente pelo CAJA e acabou por solicitar ajuda ao pai, omitindo o consumo de cannabis, tendo ido primariamente a uma consulta médica no centro de saúde e posteriormente ao serviço de urgência do Hospital especializado em pediatria, onde lhe foi dito que estava a sofrer de transtorno de ansiedade, tendo iniciado terapêutica e ficado com acompanhamento especializado em psiquiatria.

O João manifestou também vontade em continuar com o atendimento personalizado no CAJA, pois disse que o fazia sentir-se bem e que era de fácil acesso, permitindo-lhe alguma autonomia na acessibilidade aos cuidados de saúde. Assim, foi-lhe proposto a integração no Regul@-T, que ele aceitou.

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem segundo o Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018):

ANSIEDADE

Definição: De acordo com a OE (2018), tendo por referência a CIPE, define a ansiedade como “uma emoção negativa: sentimento de ameaça; perigo ou angústia (p. 14). Acrescenta ainda que a ansiedade compreende as seguintes características: “sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula” (p. 14).

Relacionado com:

Relacionada com medo de ser doente mental e conseqüente prejuízo do seu desenvolvimento e autonomia enquanto adolescente

Manifestado por:

Verbalização do João relativamente a sentir-se muito nervoso e com medo de “ficar maluco e doente mental” (sic.), por presença evidente de inquietação e tensão corporal, olhar assustado e desesperado a referir que “preciso de ajuda!” (sic.)

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>3. Estabelecer um laço positivo e de confiança com o João;</p> <p>4. Recolher informação que permita avaliar o funcionamento do adolescente e determinar o grau de urgência da situação;</p> <p>5. Auxiliar o adolescente a expressar as suas emoções;</p> <p>6. Identificar possível rede de apoio e suporte na vida do adolescente;</p> <p>7. Ajudar a tomar uma decisão que o beneficie na sua necessidade de ajuda;</p>	<p>Escuta ativa (4920):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover uma atmosfera de confiança; ▪ Demonstrar interesse pelo adolescente; ▪ Utilizar perguntas ou declarações para incentivar à expressão das emoções e fatores precipitantes do sentimento de ansiedade; ▪ Utilizar o silêncio como estratégia de incentivo à partilha dos sentimentos; ▪ Demonstrar sensibilidade às emoções e sentimentos partilhados; ▪ Não emitir juízos de valores, pressupostos ou opiniões pessoais e utilizar o comportamento não verbal para facilitar a comunicação; ▪ Estar atenta ao comportamento não verbal da adolescente e a mensagens não expressadas durante a comunicação verbal; ▪ Estar atenta à tonalidade, volume, e /ou inflexão da voz; ▪ Identificar a necessidade de ajuda; 	<p>O João numa primeira instância estava muito nervoso, inquieto e tenso, a verbalizar frequentemente: “eu não quero ficar maluco!” (sic.) acompanhado de sentimentos de culpa por ter consumido cannabis, que acredita estar na base do seu sofrimento presente, por outro lado, sente culpa, porque vai desiludir o pai. Motivo este, que o levou a pedir sigilo e que não contactássemos o pai. No decorrer da entrevista, foi possível estabelecer uma relação de confiança e transmitir-lhe segurança para a partilha dos seus sentimentos, foi ficando um pouco mais tranquilo e permeável na partilha sobre a sua rede de apoio, que é essencialmente o pai e a sua irmã mais velha, forneceu os seus contactos telefónicos, na salvaguarda de que não os contactássemos. Foi-lhe exposto a possibilidade de ser referenciado para o DICAD do ..., com a qual concordou e foi reforçado a relevância de solicitar ajuda ao pai, dado que este iria apoiá-lo no sentido de recorrer a ajuda especializada, caso se tornasse necessário, demonstrando grande dilema e culpa perante esta possibilidade. Foi-lhe sugerido que partilhasse a sua necessidade de ajuda para a ansiedade com o pai e que numa fase inicial, ocultasse a experiência da cannabis, sendo este o “gatilho” para ele não querer pedir ajuda ao pai, foi perceptível o <i>insight</i>, no entanto, ficou reticente e disse que precisava de refletir.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer as informações obtidas através de perguntas de feedback; ▪ Evitar barreiras à escuta ativa, tais como: minimização de sentimentos ou encerramento abrupto da entrevista. <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	
<p>3. Promover a consciencialização e a partilha do significado que atribui ao evento que desencadeou a crise;</p> <p>4. Pesquisa de eventos que tenham contribuído para a precipitação da crise;</p>	<p>Redução de ansiedade (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar uma abordagem tranquilizadora; ▪ Escutar atentamente o adolescente; ▪ Ensinar sobre <i>stress</i> e ansiedade; ▪ Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos; ▪ Apoiar o João, no sentido de promover a aceitação de que nem todas as situações são controláveis e que pedir ajuda pode fazer a diferença; ▪ Assistir o adolescente a perspetivar o problema, de modo a clarificar a gravidade deste mediante o prisma pelo qual ele o visualiza e antecipa no aqui e agora; ▪ Incentivar ao restabelecimento das suas relações interpessoais com os seus amigos; 	<p>O João, refere que desde que “fumou o “charro” sozinho com a namorada e se sentiu fora de si, com sensação de medo e pânico de ficar naquele estado para sempre” (sic.), nunca mais conseguiu sentir-se tranquilo, por outro lado, sentiu em crescendo um estado constante de nervosismo e ansiedade com medo de vir a ser um doente mental, perder autonomia e “passar a ser dependente” (sic.) do pai como a irmã. Verbalizando culpa para com este facto.</p> <p>No decorrer dos atendimentos seguintes após ter recorrido à ajuda do pai e ter partilhado com o mesmo o que estava a vivenciar, ido ao SU do Hospital Especializado em Pediatria e ter iniciado terapêutica e acompanhamento no mesmo, verbalizou que sentia muito melhor, “mais aliviado” (sic.) e que para ele era muito importante vir ao CAJA, pois “era bom ter alguém com quem falar, partilhar o que sinto à vontade e vir aqui falar consigo funciona como se fosse um guia...” (sic.)</p> <p>Aprendeu a utilizar a técnica de respiração diafragmática e revela que era benéfica para relaxar.</p> <p>Integrou assim o Regul@-T.</p>

- | | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Ensino e treino sobre a utilização de técnica de respiração diafragmática, como técnica de relaxamento.
(BulecheK et al, 2010); (Sequeira & Sampaio, 2016) | |
|--|--|--|

Diagnóstico de Enfermagem segundo a Nanda:

CONFLITO DE DECISÃO

Definição: Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores e crenças (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Relacionado com:

Com dilema em pedir apoio ao pai para obter ajuda especializada médica, motivado por ter consumido cannabis, do qual crê ter resultado o estado em que se sente atualmente, refletindo-se em culpa, pois não quer que o pai saiba.

Manifestado por:

Verbalizado pelo João, dando ênfase de que não queria que o pai soubesse que tinha consumido cannabis, no entanto reconhecendo que precisa de ajuda.

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>3. Esclarecer a adolescente quanto aos serviços de saúde capazes de dar resposta à sua necessidade de ajuda;</p> <p>4. Assistir o João a tomar uma decisão sobre a estratégia de ação perante a situação clínica em que se encontra;</p> <p>5. Determinar se o João apresenta risco para si ou para os outros;</p>	<p>Apoio à tomada de decisão (5250):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir privacidade e sigilo; ▪ Desenvolver uma relação terapêutica de confiança e baseada no respeito; ▪ Avaliar a rede de suporte do João, nomeadamente a do pai e da sua irmã mais velha; ▪ Aferir se o João representa um risco para si próprio ou para os outros; ▪ Proporcionar ao adolescente informação sobre possíveis estratégias a adotar adequadas ao seu contexto de crise; ▪ Informá-lo sobre soluções alternativas de forma clara e fornecer suporte na decisão quanto à importância do papel do pai na ajuda que ele necessita; ▪ Ajudá-lo a identificar as vantagens e desvantagens das diferentes alternativas; ▪ Articular com o DICAD do ... para agendamento de atendimento para o João. ▪ Manter o contacto com o adolescente via telefone para dar seguimento e reforçar apoio na sua decisão <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>Foi possível estabelecer uma relação de confiança com o adolescente e obter informações sobre a sua rede suporte familiar. O João, apesar do seu estado de ansiedade e medo, negou ideação de suicídio, apresentava um discurso coerente e organizado, uma atitude cooperativa e sintónica na abordagem do seu problema pela enfermeira, reconhecendo que precisava de ajuda e que o pai poderia ter um papel importante para o acompanhar neste momento de dificuldade, assumindo assim, que ainda não tinha autonomia, nem competências suficientes para resolver a situação sozinho. Compreendeu as alternativas possíveis associadas aos serviços de saúde, onde podia recorrer, contudo, manteve-se no dilema relacionado com a culpa e a possibilidade de desiludir o pai por ter consumido cannabis, disse que precisava de refletir para recorrer ao pai. No dia seguinte foi contactado via telefone, manifestou que continuava bastante ansioso, foi reforçada a importância de tomar uma decisão quanto à ação necessária para desencadear o processo de ajuda médica especializada,</p>

		<p>comprometeu-se então em falar com o pai. Foi agendado novo contacto telefónico, onde referiu que conseguiu partilhar com o pai o que se estava a passar consigo, este levou-o ao médico de família e seguidamente foi encaminhado para o SU do Hospital especializado em pediatria, onde ficou com acompanhamento.</p>
--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BulecheK et al (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1*. Loures: Lusodidacta

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. Artmed Editora. 11ª ed.

Hirschfeld, K. I. (2001). *Características de ansiedade traço-estado, num grupo de indivíduos que exercem as funções de atendente e auxiliar de enfermagem num hospital psiquiátrico* (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/588>

Mercês, C. A. M. F., Souto, J. D. S. S., Souza, P. A. D., Chagas, M. C., Weiss, C., Benevides, A. B., & Brandão, M. A. G. (2021). Análise simultânea dos conceitos de ansiedade e medo: contribuições para os diagnósticos de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 25(2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452021000200701&script=sci_arttext&tlng=pt

OE. (2018). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e_psiqui%C3%A1trica_ausculta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Silva Filho, O. C. D., & Silva, M. P. D. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria.

Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente / UERJ. Disponível em:

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=413

Apêndice V

Transcrição das Entrevistas Iniciais do Regul@-T

Entrevista inicial

Nome: JOÃO

Género	Feminino:	Masculino: X
Naturalidade: Portuguesa	Nacionalidade: Portuguesa	
Data de nascimento: xxxxxx	Idade: 16 anos	
Etnia: Caucasiana	Religião: católico não praticante, “mas acredito em Deus!” (sic.)	
Frequenta a escola? Sim	Qual? Escola Secundária na Vila de Sintra	Ano escolar: 11º ano (área de ciências e tecnologias)
Profissão: estudante	Atividades (ex: atividade desportiva): não pratico	
Composição do Agregado familiar:	Pai, irmã com 19 anos e o João	
Contexto social familiar (ex: situação profissional dos pais/tutores)	O pai é construtor civil (60 anos), viúvo desde os 5 anos do João (a mãe morreu de doença oncológica), não voltou a casar e o filho desconhece-lhe qualquer relação afetiva. A irmã de 19 anos tem Síndrome de X-Frágil. Tem ainda uma irmã de 27 anos casada e com dois filhos pequenos, que assume um papel de suporte emocional para o João. Tem ainda um tio paterno, que é muito presente na sua vida. Não verbaliza qualquer relação com a família da mãe.	

Baseado em (Townsend 2011), (Sequeira & Sampaio, 2020)

Entrevista inicial (continuação)

1 - Sendo a adolescência uma etapa de vida, onde se vivenciam muitas transformações, quer a nível físico, emocional, sentimental e relacional, como te tens sentido em relação a estas mudanças na tua adolescência?

Tenho noção que as mudanças têm sido grandes, mas tenho-me sentido normal

2 - Que emoções e/ ou sentimentos te têm provocado mais dificuldades nesta tua etapa de vida, na relação com os teus amigos, família e escola?

A minha maior dificuldade tem sido com o meu pai, é muito rígido comigo, não me deixa sair de casa a não ser para ir para a escola. O meu tio também é muito rígido. Quanto à escola tem demasiado peso e ocupa-me muito tempo, tenho dificuldade a matemática. Não tenho muitos amigos, devido à rigidez da minha família e outros que até poderiam ser, eu acho-os muito mimados, não temos afinidade.

3 - Que situações ou experiências, te deixam mais feliz ou te dão mais prazer?

Sair com os meus amigos para casa de um deles, claro que isto só acontece durante o dia!...

4 - Quais as estratégias é que utilizas mais frequentemente, quando queres discordar com os teus amigos?

Discordo e dou o meu ponto de vista.

5 - Quais as estratégias que utilizas mais frequentemente, quando queres discordar dos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou irmãos mais novos?

Com o meu pai, depende do tema, se originar discussão acesa não digo nada, quando acho que posso defender a minha opinião digo o que penso. Com a minha irmã mais velha é mais fácil discordar, ela deixa-me dar a minha opinião.

6 - Quando te é dirigida uma crítica negativa pelos teus amigos, de que forma costumas reagir?

Fico chateado!

7 - Quando te é dirigida uma crítica negativa pelos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou irmãos mais novos, de que forma costumas reagir?

Quando é o meu pai, fico a pensar e a refletir. Quando é a minha irmã mais velha, respondo.

8 - Quando és elogiado pelos teus amigos, o que sentes e o que é que dizes?

Agradeço, mas não me manifesto muito, guardo para dentro

9 - Quando és elogiado pelos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou mais novos, o que sentes e o que é que dizes?

O meu pai não me elogia! Quando é a família fico mais contente e dou mais valor.

10- Qual das emoções (vergonha, medo, raiva, tristeza, alegria e amor) é para ti mais difícil de regular (controlar)?

A raiva! Tenho dificuldade em controlar a raiva, sinto mais adrenalina!
Enquanto que por exemplo com a tristeza, eu consigo focar-me em coisas boas e acabo por ficar bem!

Entrevista inicial

Nome: ANDREEA

Género	Feminino: x	Masculino:
Naturalidade: Romena	Nacionalidade: Romena (está a aguardar os 18 anos para solicitar a dupla nacionalidade)	
Data de nascimento: xxxxxx	Idade: 17 anos	
Etnia: Caucasiana	Religião: Cristã, evangélica pentecostal	
Frequenta a escola? Sim	Qual? Escola secundária de Mem Martins	Ano escolar: 12º ano (área de ciências e humanidades)
Profissão: Estudante	Atividades (ex: atividade desportiva): Não tem	
Composição do Agregado familiar:	Pai, mãe, irmão de 11 anos e a Andreea	
Contexto social familiar (ex: situação profissional dos pais/tutores)	Vivem em Portugal desde o seu 1º ano de vida, partilha o quarto com o irmão, o pai trabalha como cozinheiro num restaurante. A mãe não trabalha, tem antecedentes de depressão. Vivem numa zona, onde há uma grande prevalência de imigrantes romenos, apesar de que eles são os únicos praticantes de evangelismo.	

Baseado em (Townsend 2011), (Sequeira & Sampaio, 2020)

Entrevista inicial (continuação)

1 - Sendo a adolescência uma etapa de vida, onde se vivenciam muitas transformações, quer a nível físico, emocional, sentimental e relacional, como te tens sentido em relação a estas mudanças na tua adolescência?

Sinto que desde que entrei na adolescência há muitos assuntos que não posso falar abertamente com os meus pais, principalmente com a minha mãe: sexualidade, métodos contraceptivos, namorado. Isso deixa-me frustrada.

2 - Que emoções e/ ou sentimentos te têm provocado mais dificuldades nesta tua etapa de vida, na relação com os teus amigos, família e escola?

Em relação aos meus pais sinto raiva e tristeza, por não me compreenderem. Atualmente sinto-me mais feliz quando estou com os meus amigos e com o meu namorado.

3 - Que situações ou experiências, te deixam mais feliz ou te dão mais prazer?

Estar com os meus amigos e ir para casa do meu namorado às escondidas.

4 - Quais as estratégias é que utilizas mais frequentemente, quando queres discordar com os teus amigos?

Digo o que penso e o que sinto, falo com calma, acabo por ceder quando chego à conclusão de que não tenho razão, a não ser que envolva o meu conceito de valores.

5 - Quais as estratégias que utilizas mais frequentemente, quando queres discordar dos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou irmãos mais novos?

Primeiro tento falar com calma, mas os meus pais zangam-se facilmente comigo e agora desde os meus pais sabem que namoro, a minha mãe, diz-me que esses assuntos trato com o meu pai.

6 - Quando te é dirigida uma crítica negativa pelos teus amigos, de que forma costumas reagir?

Costumo aceitar, sou aberta à crítica dos meus amigos, ajuda-me a evoluir.

7 - Quando te é dirigida uma crítica negativa pelos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou irmãos mais novos, de que forma costumavas reagir?

Ouçoo-os. Reflito sobre o assunto, para avaliar se há exagero na sua opinião. Quanto ao meu irmão, não o levo a sério, ele ainda é pequeno.

8 - Quando és elogiado pelos teus amigos, o que sentes e o que é que dizes?

Fico feliz, agradeço e devolvo o elogio, gosto de ser simpática, devolvo o elogio com algo verdadeiro.

9 - Quando és elogiado pelos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou mais novos, o que sentes e o que é que dizes?

Da parte dos meus pais, um elogio é algo raro! Recebo mais críticas negativas! Mas fico mais feliz quando os meus pais me elogiam

11- Qual das emoções (vergonha, medo, raiva, tristeza, alegria e amor) é para ti mais difícil de regular (controlar)?

A raiva e a frustração, fico num buraco meu! Estes sentimentos surgem-me mais ao fim de semana, fico muito stressada, ansiosa, pois os meus pais não me deixam sair de casa para poder estar com o meu namorado, tenho que inventar desculpas e mentir.

Entrevista inicial

Nome: ALICE

Género	Feminino: <input checked="" type="checkbox"/>	Masculino: <input type="checkbox"/>
Naturalidade: Portuguesa	Nacionalidade: Portuguesa	
Data de nascimento: xxxxx	Idade: 19 anos	
Etnia: Caucasiana	Religião: Sem religião	
Frequenta a escola? Sim	Qual? Faculdade em Cambridge (Inglaterra)	Ano escolar: 1º ano
Profissão: Estudante	Atividades (ex: atividade desportiva): Frequenta os Escoteiros	
Composição do Agregado familiar:	O irmão de 22 anos e a Alice	
Contexto social familiar (ex: situação profissional dos pais/tutores)	Pais divorciados desde os 16 anos da Alice, ficaram os dois irmãos a viver sozinhos na casa que era da família, cada um dos pais reorganizou-se numa nova estrutura familiar e assumiram as despesas dos filhos quanto à casa, escola e alimentação e outros bens essenciais. Atualmente, o irmão trabalha, a Alice está com aulas online em Portugal, devido à pandemia. A Alice tem uma relação próxima com o pai, os dois fazem parte dos Escoteiros, com a mãe tem uma relação distante e pouca troca de afeto. O seu pai e o seu irmão são os seus pilares principais do seu contexto familiar.	

Baseado em (Townsend 2011), (Sequeira & Sampaio, 2020)

Entrevista inicial (continuação)

1 - Sendo a adolescência uma etapa de vida, onde se vivenciam muitas transformações, quer a nível físico, emocional, sentimental e relacional, como te tens sentido em relação a estas mudanças na tua adolescência?

Para mim tem sido vivida com um turbilhão de sentimentos, muito intensa e ao mesmo tempo tem passado a correr!

2 - Que emoções e/ ou sentimentos te têm provocado mais dificuldades nesta tua etapa de vida, na relação com os teus amigos, família e escola?

Sentimentos de insegurança com a escola, tenho medo de não ser suficientemente inteligente! Sinto-me incompreendida pelas pessoas, acho que sou diferente!

3 - Que situações ou experiências, te deixam mais feliz ou te dão mais prazer?

Ouvir música! Estar com os meus amigos, atualmente com a pandemia e o facto de ter tido necessidade de regressar a Portugal, sinto-me desintegrada do grupo e mais sozinha. Acho que falar pelas redes sociais e por telefone não é a mesma coisa!

4 - Quais as estratégias é que utilizas mais frequentemente, quando queres discordar com os teus amigos?

Já fui mais agressiva a defender os meus ideais! Atualmente começo a tentar pensar antes de reagir!

5 - Quais as estratégias que utilizas mais frequentemente, quando queres discordar dos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou irmãos mais novos?

Quanto à minha mãe reajo com irritação, ela de algum modo abandonou os filhos! Quanto ao meu pai, tento desconversar e levar na brincadeira, é mais fácil falar com ele! Em relação ao meu irmão, dou o meu ponto de vista, damos-mos bem!

6 - Quando te é dirigida uma crítica negativa pelos teus amigos, de que forma costumavas reagir?

Reajo bem! Quero perceber o porquê e de que forma posso melhorar...

7 - Quando te é dirigida uma crítica negativa pelos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou irmãos mais novos, de que forma costumas reagir?

Quando é o meu pai reajo bem e questiono onde posso melhorar, gosto de lhe agradecer! Em relação ao meu irmão também reajo bem! Quanto à minha mãe, é-me indiferente!....

8 - Quando és elogiado pelos teus amigos, o que sentes e o que é que dizes?

Respondo com alguma ironia e a brincar (Obrigada! Eu Sei!), porque fico envergonhada, mas fico feliz!

9 - Quando és elogiado pelos teus pais, encarregados de educação, irmãos mais velhos e/ ou mais novos, o que sentes e o que é que dizes?

Fico muito orgulhosa quando o meu pai me elogia, ao meu irmão agradeço e fico feliz. A minha mãe não me elogia....

12- Qual das emoções (vergonha, medo, raiva, tristeza, alegria e amor) é para ti mais difícil de regular (controlar)?

O medo! Tenho medo da solidão e do abandono! Isso dá-me ansiedade!

A raiva, também é uma emoção que ainda não lido bem com ela, porque quando fico frustrada, tento contê-la, mas ainda não me corre sempre bem!

Apêndice VI

Planificação das Sessões Psicoeducativas e respetivas apresentações

Regul@-T	Tema da sessão: Literacia emocional
Sessão 1	Subtema: Vergonha
Conteúdos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir a emoção vergonha; ▪ Expressividade da emoção vergonha, sentimentos e clínica associada; ▪ Funções da emoção vergonha na vida da pessoa; ▪ Regulação da emoção vergonha; ▪ Resumo da sessão.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover literacia emocional sobre Vergonha; ▪ Inculcar importância para a autoconsciencialização e autoconhecimento; ▪ Capacitar os adolescentes de estratégias para identificarem a emoção – Vergonha e que lhes permita autorregular a mesma; ▪ Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida
Atividades de enfermagem a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer um momento de “quebra-gelo”, promovendo a apresentação dos intervenientes; ▪ Estabelecer um compromisso de confidencialidade dentro grupo terapêutico e disponibilizar a possibilidade de um atendimento individual e personalizado ▪ Ensinar sobre o que é a emoção Vergonha, diferenciar entre emoção positiva e negativa; ▪ Desenvolver uma dinâmica interativa com recurso a imagens que representem a vergonha, para que os adolescentes aprendam a identificá-la quanto aos sinais de expressão facial, assim como, a postura corporal associada; ▪ Criar um momento de partilha que permita aos adolescentes relatar uma situação ou evento, em que tenham sentido vergonha, que sentimentos resultaram daí e que estratégias adotaram para se sentirem melhor; ▪ Ensinar sobre estratégias e habilidades que permitam a gestão da vergonha; ▪ Promover a consciencialização da importância da valorização positiva, quer por si, quer pelos outros, para um bom funcionamento do bem-estar psicológico;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Finalizar a sessão dando destaque a pontos fortes da mesma e incentivando à reflexão e à partilha da opinião sobre a temática apresentada;▪ Realizar a avaliação da sessão.
Recursos	Computador, data-show, questionário para a avaliação da sessão e instrumento de registo observacional da sessão
Avaliação	A avaliação da sessão é realizada através do registo observacional e da recolha da resposta oral dos adolescentes ao questionário de avaliação da sessão;

GESTÃO DAS EMOÇÕES COMO FATOR PROMOTOR DA SAÚDE MENTAL NOS ADOLESCENTES

Regul@-T

Professor Orientador de estágio: José Falé
Enfermeira orientadora: Paula Filipe
Discente: Susana Marques, aluna n.º 9528

1



Regul@-T

3 sessões

Vergonha

Medo

Raiva

Promover a Gestão das
emoções no Adolescente

2



Objetivos específicos:

- Promover literacia emocional sobre Vergonha;
- Inculcar importância para a autoconsciencialização e autoconhecimento;
- Capacitar os adolescentes de estratégias para identificarem a emoção - Vergonha;
- Capacitar o adolescente para autorregular a emoção: Vergonha;
- Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida.

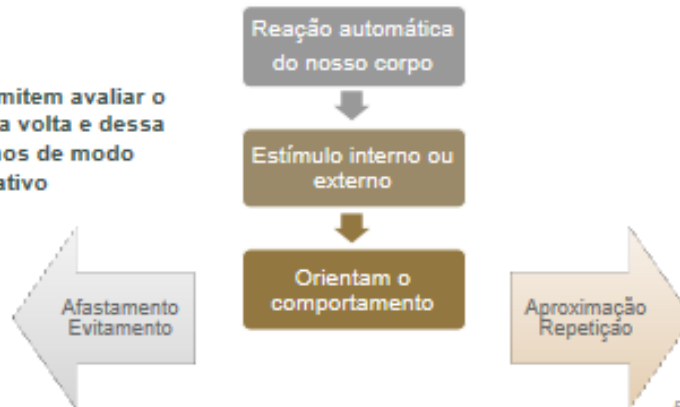
3

Tema da sessão : Vergonha

O que é a emoção?

As emoções permitem avaliar o ambiente à nossa volta e dessa forma reagirmos de modo adaptativo

(Rossozi et al, 2011)



(Queirós, 2014)

5



Emoções - Sentimentos

AS EMOÇÕES E OS SENTIMENTOS ESTÃO RELACIONADOS

Emoção

É REPRESENTADA POR REAÇÕES:

- Rosto
- Voz
- Postura corporal
- Precedem os sentimentos
- Contribuem para a regulação da vida

(Deméleto, 2012)

SENTIMENTOS:

- Invisíveis ao público;
- Ocorrem na mente;
- Contribuem para a regulação da vida;
- Ficam escondidos para todas as pessoas, exceto para o proprietário dos mesmos;
- Resultantes da interpretação da emoção;

"As emoções desenrolam-se no teatro do corpo. Os sentimentos desenrolam-se no teatro da mente"

(Deméleto, 2012)

6



Vergonha:

Emoção Social
OU
Secundária:
É influenciada pela
sociedade e pela
cultura

(Rossozi et al, 2011)

Vergonha:

“

Modela o comportamento social, perante o que percebemos do nosso self, perante o que os outros vão pensar sobre a nossa pessoa ou o nosso comportamento.

Regula a forma de nós nos expressarmos ou a forma como nos comportamos em determinado momento

8

(Gilbert, 2000)

Com Vergonha:

“

Adolescentes propensos à vergonha podem ficar mais apreensivos (inseguros) nas relações interpessoais.

Para dissipar a vergonha, alguns jovens suprimem os seus sentimentos, retiram-se do espaço, afastam-se das trocas interpessoais e/ou isolam-se

9

(Irwin et al, 2019)

9



Com Vergonha:

Comportamento e expressão facial

Evitam o olhar

Postura corporal caída

Inibição na fala



(Gilbert, 2000) 10

10



Com Vergonha:

A Vergonha está correlacionada com fraca adaptação interpessoal e psicológica, podendo potenciar:

Raiva;

Ansiedade social;

Autoconsciência de si próprio de um modo negativo;

Pouca capacidade empática;

(Costa, 2008)

11

Emoção Negativa



12

Com Vergonha:

A pessoa
FOCA-SE
mais em si
própria, implica
assim:

Dificuldades em
encontrar
soluções para
criar ou
estabelecer
relacionamentos
interpessoais;

Tem um
conjunto de
crenças de si
própria no
domínio
interpessoal,
prejudicando-a
na utilização
das suas
capacidades

(Costa, 2008)

13

13



Estratégias adotadas para lidar com a Vergonha

Evitamento - Perante um evento, sente que deve adotar estratégias que minimizem a possibilidade de "ataque" à sua pessoa.

Para tal tentará escapar da situação ou adota uma postura submissa

(Gilbert, 2000)

14

Fuga - Reconhece a experiência como negativa, pelo que tenta esconder-se ou retirar-se da situação.

Motivado pela consciência de desconforto com os outros ou pelo receio de falhar e ficar exposto

(Fonseca, 2013; Irwin et al, 2019)

14



Estratégias adotadas para lidar com a Vergonha

Ataque ao outro:
Experienciam níveis intensos de vergonha
Facilmente desencadeados (imaginados ou resultantes de um evento)

A raiva direcionada aos outros. Tem como objetivo defender a sua imagem e a sua pessoa

(Fonseca, 2013; Irwin et al, 2019)

15

15

Estratégias adotadas para lidar com a Vergonha

Ataque ao Self (eu)
A autoavaliação negativa generaliza-se, resultando assim num sentimento de incapacidade de evitar experiências angustiantes

Afeta por isso o seu comportamento e os seus sentimentos.

(Fonseca, 2013; Irwin et al, 2019)

16

16



Lidar com a Vergonha de Forma Positiva

Resposta adaptativa:

É capaz de reconhecer a vergonha

Desencadear uma atitude ou um comportamento adaptativo

(ex: de acordo com a cultura e sociedade)

Sentir-se melhor consigo próprio!

Exemplo: O ato de pedir desculpa ou reconhecer o erro, predispõe aceitação pelos outros e bem-estar no próprio!

(Ferreira, 2013; Irwin et al, 2019) 17

17



<https://youtu.be/70LzyU8yIQk>

18

18



Vamos consciencializar!!



1 - Descreve um evento recente em que tenhas sentido vergonha:

2 - Pensamentos que surgiram nesse momento

3 - Sentimentos que surgiram nesse momento

4 - que estratégias adotaste para lidares com a vergonha?

19

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gesta, C. F. C. D. D. (2008). *As emoções morais: A vergonha, a culpa, e as bases motivacionais do ser humano* (Doctoral dissertation). Disponível em: <https://www.ac.uk/uk/download/pdf/12421082.pdf>

Damião, António (2012). *Do Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Temas e Debates.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189. Acessado em 26/11/2020; <https://scholar.ucoz.com.br/scholar/fil-gilbert-p-2000-05-28-584-The-Relationship-of-Shame-Social-Anxiety-and-Depression-33A-The-Role-of-the-Evaluation-of-Social-Rank&intro>

Ferreira, L. M. A. (2013). *A bússola da vergonha: dimensionalidade e características psicométricas da escala de coping com a vergonha em adolescentes (Marin's sketch)*. Disponível em: https://estudogeral.uib.ac.pt/bitstream/10316/25122/1/E_Buina%20Maria%20da%20Abreola%20Ferreira.pdf

20



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Irwin, A., Li, J., Craig, W., & Hollenstein, T. (2019). The role of shame in the relation between peer victimization and mental health outcomes. *Journal of interpersonal violence*, 34(1), 156-181. Acedido a 26/11/2020, em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260516672937>

Queirós, M. (2014). *Inteligência emocional- aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.

Roazzi, A., Dias, M. D. G. B. B., Silva, J. O. D., Santos, L. B. D. R., & Roazzi, M. M. (2011). O que é emoção? Em busca da organização estrutural do conceito de emoção em crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(1), 51-61. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722011000100007&script=sci_arttext

Regul@-T**Tema da sessão: Literacia emocional**

Sessão 2	Subtemas: Medo
Conteúdos da sessão	<ul style="list-style-type: none">▪ Definir a emoção medo;▪ Expressividade da emoção medo, sentimentos e clínica associada;▪ Funções da emoção medo na vida da pessoa;▪ Regulação da emoção medo;▪ Resumo da sessão.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover literacia emocional sobre Medo;▪ Inculcar importância para a autoconsciencialização e autoconhecimento;▪ Capacitar os adolescentes de estratégias para identificarem a emoção – Medo e que lhes permita autorregular a mesma;▪ Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida
Atividades de enfermagem a desenvolver	<ul style="list-style-type: none">▪ Estabelecer um momento de “quebra-gelo”, promovendo um momento de descontração e de reforço positivo pela adesão à intervenção psicoeducativa;▪ Ensinar sobre o que é a emoção Medo, diferenciar entre emoção positiva e negativa;▪ Desenvolver uma dinâmica interativa com recurso a imagens que representem o medo, para que os adolescentes aprendam a identificá-lo quanto aos sinais de expressão facial, assim como, a postura corporal associada;▪ Criar um momento de partilha que permita aos adolescentes relatar uma situação ou evento, em que tenham sentido medo, que sentimentos resultaram daí e que estratégias adotaram para se sentirem melhor;▪ Ensinar sobre estratégias e habilidades que permitam a gestão do medo;▪ Promover a consciencialização da importância da valorização positiva, quer por si, quer pelos outros, para um bom funcionamento do bem-estar psicológico;▪ Finalizar a sessão dando destaque a pontos fortes da mesma e incentivando à reflexão e à partilha da opinião sobre a temática apresentada;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Realizar a avaliação da sessão.
Recursos	Computador, data-show, questionário para a avaliação da sessão e instrumento de registo observacional da sessão
Avaliação	A avaliação da sessão é realizada através do registo observacional e da recolha da resposta oral dos adolescentes ao questionário de avaliação da sessão;

Regul@-T : Emoção - Medo

GESTÃO DAS EMOÇÕES COMO FATOR PROMOTOR DA
SAÚDE MENTAL NOS ADOLESCENTES

1

★

Objetivos específicos:

- ❑ Promover literacia emocional sobre o Medo;
- ❑ Incutir importância para a autoconsciencialização e autoconhecimento;
- ❑ Capacitar os adolescentes de estratégias para identificarem a emoção - Medo;
- ❑ Capacitar o adolescente para autorregular a emoção: Medo;
- ❑ Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida.

2

★

Tema da
sessão :
Medo

3

Vamos definir a emoção Medo:

O medo é uma emoção que faz parte do grupo das Emoções Primárias.
São aquelas que de uma forma simples se definem por serem reconhecidas e identificadas de forma transcultural, em qualquer povo ou cultura e também em seres não-humanos, nomeadamente nos animais

(Damásio, 2012)

4

Medo: O medo representa a emoção do perigo!

"o corpo imobiliza-se, nem que seja por um brevíssimo instante... para ter tempo de decidir se esconder-se não será a melhor reação"

(Colman, 2012)



5



Medo: O medo representa a emoção do perigo!

Perante o foco que desencadeia o medo, as pessoas desenvolvem uma resposta automática:

Evitamento

Fuga

Imobilidade (Congelamento)

Defesa com agressividade

Submissão

6



Medo: O medo representa a emoção do perigo!

Perante um "predador" a resposta é imobilizar ou fugir

Perante uma indivíduo ameaçador, a resposta é submissão (corar) ou de defesa com agressividade

Perante uma ameaça (ex: risco de queda), a reação automática é imobilizar-se

No decorrer da evolução do Homem, sobreviveram por exemplo os que perante a presença de um predador ficaram imobilizados (escondidos) ou os que conseguiram fugir com sucesso

7



Com o Medo:

Fisiologicamente o corpo humano desencadeia várias reações

- O batimento cardíaco fica mais acelerado,
- A respiração igualmente mais acelerada,
- Os músculos ficam mais contraídos,
- As mãos mais trémulas.

(Queirós, 2014)

(Munier et al., 2021)

8



Com o Medo:

Estas sensações resultam da ação do sistema simpático; aumenta a adrenalina e a noradrenalina



São estas sensações que impulsionam a pessoa a fugir, a paralisar ou a lutar (reação física).

(Gibson, 2012) (Maironi et al, 2021)

9

9



Medo: O medo representa a emoção do perigo!



10

10



Medo:



Medo: O medo representa a emoção do perigo!



12

12

Com medo:

A ativação do medo desencadeia no self (eu) a percepção de um tipo de ameaça!!

Desencadeando assim uma ação de fuga, "congelamento" ou de se retirar do foco que desencadeia o respetivo medo



Esta atitude, pode influenciar na redução de um comportamento agressivo sobre quem demonstra medo naquele momento

(Arnada, 2015)

13

13



Com medo:

A pessoa fica concentrada no estímulo que desencadeia essa emoção



Desencadeia uma necessidade de se proteger
Limita assim comportamento da pessoa



Resposta adaptativa à situação que desencadeia o medo com o objetivo de se proteger e enfrentar um eventual perigo

(Arnada, 2015) (Miguét, 2015)

14

14



Com o Medo:

A expressão facial do medo pode ser confundida com a da Surpresa

A emoção MEDO por vezes é confundida com a ANSIEDADE.



Relacionam-se uma com a outra, no entanto, são diferentes

(Oacirós, 2014)

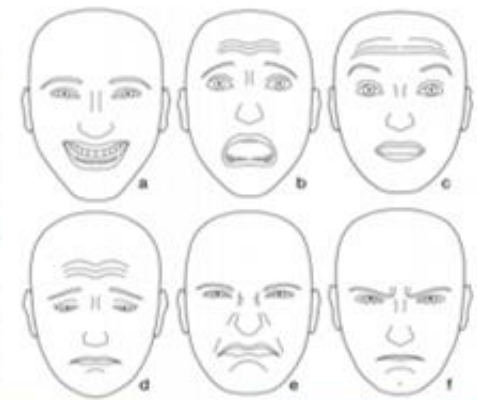
(Coleman, 2012)

15

15

Medo: Expressão facial

Qual é a expressão facial que representa o medo?



(Miguét, 2015)

16

16

Medo VS Ansiedade

O medo é uma emoção que impulsiona a pessoa para uma reação e quando se afasta ou vence o que desencadeia o Medo.

As sensações corporais também vão diminuindo!

As suas manifestações são essencialmente a nível físico

(Queirós, 2014)

(Malheiro, 2015)

17



Medo VS Ansiedade:

A ansiedade envolve um estado contínuo de sentir "medo" por estar a antecipar um evento ou momento que até pode nem sequer surgir!!

Traduz-se numa preocupação, afeta a nível psicológico, interfere no funcionamento do comportamento

(Queirós, 2014)

(Malheiro, 2015)

18



Função do Medo:

Função protetora!

Surge como uma reação a um perigo ou quando uma pessoa se sente ameaçada;

Sentimento de preocupação a dar indicação da possibilidade da pessoa estar a negligenciar algo

Apela por isso a uma reavaliação para ser mais cuidadoso (a)!!

(Queirós, 2014)

19

Função do Medo:

Os estudos referem que níveis aumentados de medo na infância contribuem para menos quedas e menos ferimentos

Consoante as influências do ambiente onde as pessoas estão inseridas, pode sofrer habituação

Por oposição na adolescência a ausência de medo contribui para o aumento de risco de acidentes pessoais

Os vários medos evidenciam o amadurecimento do organismo em sintonia com as várias etapas de desenvolvimento e do ciclo de vida, por isso a forma como se manifesta também

(Arnada, 2015)

(Paci, 2014)

20



https://youtu.be/k2_5vrGs_L4

21

21



Medo na Adolescência:

Na adolescência o medo mais frequente é o medo Social:

Momento de procura de maior individualização

O adolescente afasta-se dos pais ou figuras que representam este papel nas suas vidas

Há uma maior necessidade de pertencer ou de se inserir num grupo – contribui para desenvolver as capacidades sociais: (ser bom ouvinte, partilhar informações de forma adequada, saber elogiar e saber guardar segredos)

Surgem os primeiros sentimentos relacionados com a atração sexual por alguém

(Arnada, 2015) (Medeiros, 2015)

22

22



Na Adolescência:

Os adolescentes passam a estar mais preocupados com a aparência – confere satisfação corporal

Com o autocuidado e a sua imagem – contribui para uma boa autoestima

A impressão que causa nos outros e a opinião dos outros passa a ter um significado importante para se sentir bem consigo próprio

(Arnada, 2015) (Medeiros, 2015)

23

23



Na Adolescência:

Por estas razões, o medo e/ou a ansiedade social, são responsáveis por desencadear um comportamento adaptativo ao ambiente onde o adolescente está inserido

Promove maior preocupação com estes aspetos e cuidado com os mesmos

(Arnada, 2015) (Medeiros, 2015)

24

24



A RETER



Quando o medo social inibe os contactos sociais e quando é apoiado pelo família.

Potencia o evitamento social

Aumenta assim a dimensão do medo

Pode até transformar-se numa limitação para o desenvolvimento de relações sociais com outras pessoas

(Arruda, 2015)

(Pereira, 2014) 25

25



Estratégias para lidar com o Medo:

- Tomar consciência da forma como lida com o medo;
- Refletir sobre o motivo que desencadeia esse estado. tem uma forma de se resolver de acordo com a sua personalidade;
- Reavaliar a presença desse sentimento. se se vai tornando difícil lidar com ele e está a desencadear uma limitação na sua vida - Pode ser só transitório;
- Se persistir, partilhar com alguém de confiança, expressar o sentimento e pedir ajuda;

(Medeiros, 2015) (Arruda, 2015)

26

26



Emoção: Medo

Vamos consciencializar!!

1 - Descreve uma situação em que sintas MEDO:

2 - Refere os Pensamentos que te surgem nesse momento

3 - Quais Sentimentos que resultam associados a esse medo?

4 - Ao avaliar esse medo, neste momento, de que forma podes lidar com ele?

(Oliveira, 2014)

27

25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arruda, M. D. J. F. C. (2015). O ABC das emoções básicas: implementação e avaliação de duas sessões de um programa para promoção de competências emocionais (Dissertação de doutoramento). Disponível em: <http://dspace.iscti.pt/handle/123456789/577>

Dumontin Antónia (2012). Ao encontro de Espinosa : as emoções sociais e a neurologia do sentir. Lisboa. Temas e Debates - Círculo de Leitores

Goleman Daniel (2012). Inteligência emocional (17ª ed., reimpresso, 2019). Maia. Temas e Debates - Círculo de Leitores

Maiorini Ferreira Meneça, C. A., da Silva Soares Sousa, J., Alfradique de Sousa, P., Crescêncio Chagas, M., Weias, C., Barros Benevides, A., & Gomes Brandão, M. A. (2021). Análise simultânea dos conceitos de ansiedade e medo: contribuições para os diagnósticos de enfermagem. *Annals Nursing School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 25(2), 1-10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0189ti>

Medeiros, T. (2015). Adolescência - Desafios e Riscos, 2ª ed. Ponta Delgada: Letras Lavadas

28

26



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20(1), 153-162. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712015000100015&script=sci_arttext

Pereira, C. V. N., & Cunha, M. O. (2014). O Papel das Experiências Precoces Adversas, Medo da Compaixão e Sentimentos de Emptia na Ansiedade Social em Adolescentes (Master's thesis, ISMT). Disponível em:
<http://dspace.ismt.pt/bitstream/123456789/577/1/Tese%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%20C%C3%A1tia%20Pereira.pdf>

Quirós, M. (2014). *Inteligência emocional- aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.

Regul@-T**Tema da sessão: Literacia emocional****Sessão 3****Subtemas: Raiva****Conteúdos da sessão**

- Definir a emoção Raiva;
- Expressividade da emoção raiva, sentimentos e clínica associada;
- Funções da emoção raiva na vida da pessoa;
- Regulação da emoção raiva;
- Resumo da sessão.

Objetivos

- Promover literacia emocional sobre Raiva;
- Inculcar importância para a autoconsciencialização e autoconhecimento;
- Capacitar os adolescentes de estratégias para identificarem a emoção – Raiva e que lhes permita autorregular a mesma;
- Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida

Atividades de enfermagem a desenvolver

- Estabelecer um momento de “quebra-gelo”, promovendo um momento de descontração e de reforço positivo pela adesão à intervenção psicoeducativa;
- Ensinar sobre o que é a emoção Raiva, diferenciar entre emoção positiva e negativa;
- Desenvolver uma dinâmica interativa com recurso a imagens que representem a raiva, para que os adolescentes aprendam a identificá-la quanto aos sinais de expressão facial, assim como, a postura corporal associada;
- Criar um momento de partilha que permita aos adolescentes relatar uma situação ou evento, em que tenham sentido raiva, que sentimentos resultaram daí e que estratégias adotaram para se sentirem melhor;
- Ensinar sobre estratégias e habilidades que permitam a gestão da raiva;
- Promover a consciencialização da importância da valorização positiva, quer por si, quer pelos outros, para um bom funcionamento do bem-estar psicológico;
- Finalizar a sessão dando destaque a pontos fortes da mesma e incentivando à reflexão e à partilha da opinião sobre a temática apresentada;
- Realizar a avaliação da sessão.

Recursos	Computador, data-show, questionário para a avaliação da sessão e instrumento de registo observacional da sessão
Avaliação	A avaliação da sessão é realizada através do registo observacional e da recolha da resposta oral dos adolescentes ao questionário de avaliação da sessão;

Regul@-T : Emoção - Raiva

GESTÃO DAS EMOÇÕES COMO FATOR PROMOTOR DA
SAÚDE MENTAL NOS ADOLESCENTES

Professor Orientador de estágio: José Fala
Enfermeira orientadora: Paula Filipe
Docente: Susana Marques, aluna nº 9528

1



Objetivos específicos:

- Promover literacia emocional sobre a Raiva;
- Incutir importância para a autoconsciencialização e autoconhecimento;
- Capacitar os adolescentes de estratégias para identificarem a emoção – Raiva;
- Capacitar o adolescente para autorregular a emoção: Raiva;
- Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida.

2

2



Tema da
sessão :

Raiva



3

3



Emoção Raiva

Pertence ao conjunto das emoções primárias
Tem subjacente a frustração relacionada com
a não concretização dos objetivos desejados
pela pessoa.

(Arnado, M. D. J. F. C., 2015)

4





Característica significativa das emoções básicas:

Contágio das mesmas no grupo, contudo apesar da sua ação intensa no momento da interação e vivência destas emoções (ex: raiva)



Não se mantêm durante muito tempo, pois são substituídas por outros sentimentos resultantes do motivo que desencadeou a respetiva emoção

5

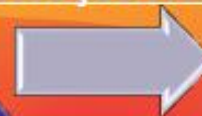
(Santos, F. M. T. D., 2007)



Vamos definir a emoção Raiva

É uma emoção primária. A sua expressão facial e o seu reconhecimento na forma como se manifesta é universal.

(Santos, 2007)



Estado emocional que inclui sentimentos que vão desde um estado de aborrecimento, fúria leve até ira intensa

(Gumariães & Pasian, 2006).



6



5

6

Vamos definir a emoção Raiva:

Impulso sentido pela pessoa que a leva a ir na direção que origina a emoção e conseqüente comportamento.

(este pode ser de natureza ofensiva ou depreciativa)
(Miguel, 2015)



Pode envolver sentimentos hostis e atitudes agressivas, sendo estas na nossa sociedade consideradas destrutivas e punitivas

(Gumariães & Pasian, 2006)



7

A Raiva é uma emoção que conduz

à AÇÃO!!!

Cólera, Ira, Raiva
emoção que prepara a pessoa para se defender



Proporciona-lhe energia suficiente para o efeito
Com a finalidade de remover o que lhe desencadeia a Raiva



Há uma descarga súbita de adrenalina, gerando energia na pessoa, possibilitando uma reação vigorosa, como por exemplo bater no inimigo.

8

(Aruda, B. B., 2015)

(Goleman Daniel, 2012)

Manifestações da Raiva

Reações físicas:

- Aumento da pressão sanguínea;
- Ritmo cardíaco;
- Contração muscular;
- Respiração acelerada

(Amada, B. B., 2015)

9

Manifestações da Raiva

A Nível Comportamental

Violência verbal

Violência física

- Gritos, insultos, ameaças
- Elevação da voz, aumento do ritmo da mesma e até da quantidade de palavras proferidas

- Lutas;
- Agressão;
- Empurrões

(Amada, M. D. J. F. C., 2015)

(Miguel, 2015)

10

9

★

10

★

Manifestações da Raiva:

A Nível Cognitivo

Relaciona-se com a interpretação individual da pessoa perante uma potencial AMEAÇA

Estabilidade pessoal, autoestima, segurança. Esta avaliação nem sempre está correta

Depende de fatores sociais e biológicos da pessoa

(Possebom, E. P. G., 2019)

11

Manifestações da Raiva:

A Nível Cognitivo

Ausência de autocontrolo
Dificuldade em manter a calma

Sentimentos de Indignação e frustração

Ruminação persistente desencadeia constante irritabilidade

SURGE
Sentimento de RAIVA

(Possebom, E. P. G., 2019)

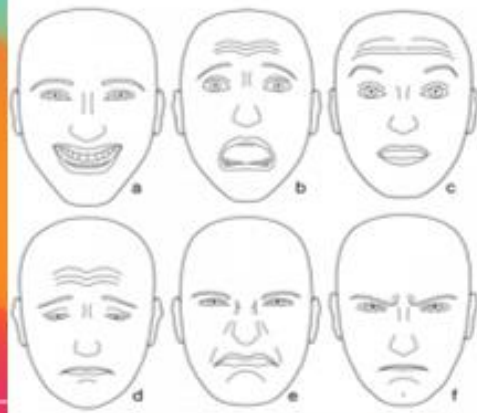
(Amada, M. D. J. F. C., 2015)

12

RAIVA – Expressão Facial

Qual é a expressão facial que representa a Raiva?

Olhar “carregado”
sobrancelhas caídas
testa enrugada,
olhar semicerrado,
boca cerrada e contraída



(Amuda, B. B., 2015).

(Miguel, 2015)

13



Raiva:

Apesar da cólera/raiva ser uma emoção negativa

Por vezes é útil para contrabalançar o MEDO,
Já que estas emoções podem surgir motivadas por situações similares em que a pessoa se sente ameaçada

(Amuda, B. B., 2015)

14

14



Com RAIVA

É uma emoção que raramente surge sozinha. Está frequentemente associada a outras emoções:

Medo
(perante a possibilidade de ser agredido por alguém)

Aversão ou Nojo
(uma situação repugnante)

Vergonha
(quando a pessoa não consegue lidar com a própria vergonha)

(Amuda, B. B., 2015)

15

Com RAIVA

Surgem consequentes sentimentos

Revolta

Hostilidade

Indignação

Ressentimento

Ódio

(Amuda, B. B., 2015)

16

Complexo Raiva- Hostilidade – Agressão

Segundo o qual a emoção raiva é identificada primariamente e com conseqüente desenvolvimento da hostilidade e agressão

- ❑ A Raiva surge como primeira reação, a sua intensidade varia consoante o que a desencadeia;
- ❑ A Hostilidade associa-se à componente cognitiva, por isso relaciona-se com o significado que a pessoa atribui ao que lhe está a desencadear Raiva.

Ressentimento, Indignação, Desprezo, Aversão , Irritação

17

(Nunes, 2013)

(Possebon, E. P. G., 2019)

17



Complexo Raiva- Hostilidade – Agressão

Seguidamente surge a componente comportamental:
É a que desencadeia a reação da pessoa:
AGRESSÃO - Verbal, Física ou Psicológica

Gritar, insultar, chamar nomes ofensivos, empurrar, bater, excluir a pessoa de um grupo, não deixar uma pessoa dar a sua opinião, denegrir a imagem de alguém, ignorar a pessoa, danificar pertences dessa pessoa

18

(Nunes, 2013)

(Possebon, E. P. G., 2019)

18



Complexo Raiva- Hostilidade – Agressão

A agressão é a atitude hostil intencional!!!!

OBJETIVO:
Provocar malefícios físicos, verbais ou psicológicos a alguém ou a algum grupo!!!

Implica **CONDUTA AGRESSIVA**; logo ausência de regulação emocional

19

(Nunes, 2013)

(Possebon, E. P. G., 2019)

Complexo Raiva- Hostilidade – Agressão

A intensidade desta atitude Agressiva frequentemente relaciona-se com:

Fatores psicológicos:
O que desencadeia sentimento de ameaça
Comportamento agressivo

Exposição constante da pessoa à agressividade

Inibição para a agressão
(meio envolvente contra a agressão)

Experiências individuais
(condutas em grupos com reações violentas...)

20

(Nunes, 2013)

(Possebon, E. P. G., 2019)

RAIVA – Emoção mais perigosa, quando:

Tende a conduzir a pessoa para prejudicar o alvo que desencadeia esse SENTIMENTO!!

Quando o que motiva a Raiva, é percebido pela pessoa como sendo intencional, em vez de ocasional, a raiva sentida fica aumentada!!

21

(Arruda, B. B., 2015)

21



Função da RAIVA:

Autoproteção: defender e proteger a própria integridade ou dignidade

Proteção do que é valorizado como sendo nosso: crenças, valores, família

Regulação interna: mantém o corpo com níveis altos de ativação desta emoção para possibilitar alcançar uma meta

Comunicação Social: Depende do contexto social onde a pessoa está inserida, repercutindo-se na forma como expressa, controla ou suprime a manifestação de raiva

22

(Passebon, E. P. G., 2019)

22



https://youtu.be/c_cTdvMEV9U

23

23



Vamos consciencializar!

Descreve situações que te desencadeiam RAIVA

Refere os Pensamentos e sentimentos que te surgem nesse momento

Que reação costumás ter quando ficas com RAIVA?

De que forma tentas lidar com a expressão da RAIVA?

(Queirós, 2014)

24



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arruda, B. B. (2015). Emoções e perturbação emocional: reconhecimento de expressões faciais (Doctoral dissertation, [sa]). Disponível em: <https://bdigital.ufpa.br/bitstream/10284/4741/3/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Beatriz%20Arruda.pdf>

Arruda, M. D. J. F. C. (2015). O ABC das emoções básicas: implementação e avaliação de duas sessões de um programa para promoção de competências emocionais (Doctoral dissertation). Disponível em: <http://dspace.ismt.pt/handle/123456789/577>

Goleman Daniel (2012). Inteligência emocional (17ª ed., reimpresso, 2019). Maia. Temas e Debates - Círculo de Leitores

Guimarães, N. M., & Pasian, S. R. (2006). Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 89-97. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287122090011.pdf>

Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20(1), 153-162. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712015000100015&script=sci_arttext

25



25

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nunes, A. M. N. M. S. (2013). Regulação emocional, experiência, expressão e controlo da raiva em adolescentes (Doctoral dissertation, ISPA-Instituto Universitário). Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2763/1/15271.pdf>

Possebon, E. P. G. (2019). Raiva, Agressão e Educação: um diálogo necessário. *Educação Unisinos*, 23(1), 155-169. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/viewFile/edu_2019_231_10/60746743

Queirós, M. (2014). *Inteligência emocional- aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.

Santos, F. M. T. D. (2007). As emoções nas interações e a aprendizagem significativa. *Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências (Belo Horizonte)*, 9(2), 173-187. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-21172007000200173&script=sci_arttext&lng=pt

26



26

Apêndice VII
Questionário para avaliação da sessão psicoeducativa

Questionário para avaliação da sessão psicoeducativa

Pré-requisito para aplicação deste questionário– será aplicado em modo interativo e dinâmico com os adolescentes, utilizando a linguagem verbal:

1. O que é que foi importante para ti hoje nesta sessão?
2. No final da sessão de hoje, como é que te sentes?
3. O que mais gostaste na sessão de hoje?
4. Que sugestões acrescentarias para a sessão de hoje?

Justificativa para a estratégia adotada para aplicação deste questionário de avaliação da sessão psicoeducativa:

Este questionário será aplicado no final de cada atividade psicoeducativa, dirigido por mim de forma oral de modo a promover e avaliar a *consciencialização de si* nos adolescentes participantes e perceber o conhecimento apreendido, os sentimentos verbalizados e respetivas reflexões sobre a temática desenvolvida na intervenção psicoeducativa. Por outro lado, irá contribuir para dar continuidade a um momento interativo com os adolescentes. esta técnica por mim selecionada vai de encontro com a relevância de incentivar o adolescente a participar ativamente, valorizando o seu conhecimento, favorecendo a comunicação com o adolescente sobre a temática, privilegia a escuta e evita a sobrecarga de questões (Sequeira, 2016).

Apêndice VIII

Registo observacional da atividade psicoterapêutica

**Registo observacional da atividade
psicoterapêutica**

Nome da Sessão:

Data:

Nome do adolescente	Atenção	Interação	Comportamento	Observações quanto à expressividade emocional

Escala de monitorização do registo observacional:

Atenção	Interação	Comportamento
1 – Nenhuma	1 - Nenhuma	1 - Adequado
2 – Pouco atento (a)	2 - Pouca	
3 – Indiferente	3 – Indiferente	2 -Desadequado
4 – Atento (a)	4 – Interage quando solicitado (a)	
5 – Totalmente atento (a)	5 – Interage espontaneamente	

Apêndice IX
Estudo de Caso



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Estágio Internamento de Psiquiatria

Estudo de caso

Susana Lourenço Marques

**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Estudo de caso

Susana Lourenço Marques



Professor Orientador: José Manuel Falé

Enfermeira Orientadora de Estágio: Albina Clemente



**Lisboa
Março, 2021**

SIGLAS

EESMP - Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização mundial da saúde

QI - Quociente de inteligência

SU - Serviço de urgência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE E INFORMAÇÕES GERAIS	6
1.1. Motivo do Internamento e Procura de Cuidados	6
2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	6
2.1. História Pessoal Sumária	6
2.2. Antecedentes Pessoais de Saúde	8
2.3. Antecedentes Familiares e caracterização familiar (Genograma)	9
2.4. História de Saúde Atual	10
3. CARATERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA	11
4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL	13
4.1. Análise segundo a Teoria das Transições Afaf Meleis	13
4.2. Apreciação da variável fisiológica	14
4.3. Apreciação da variável psicológica	15
4.4. Apreciação na Variável de Desenvolvimento	18
5. TRATAMENTOS RELACIONADOS	20
5.1. Terapêutica farmacológica	20
6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
ANEXO I	37
Utilização de Recursos Expressivos – Vamos partilhar	37
ANEXO II	41
Exercício - Promoção do Autoconhecimento.....	41
ANEXO III	43
Exercício - Valorização pessoal	43

INTRODUÇÃO

O estudo de caso constitui uma abordagem metodológica de investigação estruturada utilizada em enfermagem com a finalidade de compreender, explorar, relatar eventos e fenómenos do contexto real da pessoa ou grupo alvo dos cuidados da mesma, permitindo assim o entendimento do fenómeno estudado numa vertente holística, onde se tenta recolher toda a informação possível que permita um entendimento do caso em estudo e assim desenvolver o processo de enfermagem (Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J., 2018).

Com a realização deste estudo de caso pretende dar resposta a algumas competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) do regulamento da Ordem dos Enfermeiros, em que o enfermeiro utiliza a

gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.
(OE, 2018, p.21428)

Para a realização do plano de cuidados de enfermagem, recorri à nomenclatura da NANDA, da NIC e o Padrão de documentação em enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica publicado pela Ordem dos enfermeiros (OE).

O presente estudo de caso foi estruturado da seguinte forma: identificação do cliente e recolha de informações gerais, história de enfermagem, caracterização e fundamentação clínica, história de enfermagem atual, plano de cuidados de e descrição das intervenções do EESMP e terapêutica farmacológica.

O nome utilizado foi fictício, para proteção de dados da utente.

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE E INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: Sofia Gomes (nome fictício) com 22 anos de idade.

1.1. Motivo do Internamento e Procura de Cuidados

Admitida no serviço de urgência (SU), trazida pelos bombeiros, por tentativa de suicídio por ingestão voluntária medicamentosa com a medicação habitual: zoloft, concor e valium, sem saber especificar as quantidades. Aparentemente foi realizada de forma impulsiva. À entrada do SU, apresentava-se segundo os registos de admissão perplexa na entrevista, fazendo referência a abuso sexual na infância, contudo sem especificar com clarividência. Apresentava discurso incoerente por períodos e descarrilamento do pensamento. Vinha com aspeto descuidado, urinada e suja de fezes, emagrecida, com atenção mantida e fixável, humor deprimido, discurso hipofónico e espontâneo, com períodos de incoerência (respostas ao lado). Apresentava pensamento lentificado.

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

2.1. História Pessoal Sumária

Nasceu nas Caldas da Rainha, não sabe se é fruto de uma gravidez desejada, é a filha mais velha de uma fratria de 5 irmãos, em que a segunda irmã é 4 anos mais nova (atualmente com 14 anos), o terceiro é 8 anos mais novo (atualmente com 10 anos) e um meio-irmão com 5 anos de idade que vive com a mãe e o padrasto.

Os pais dela divorciaram-se quando ela tinha andava na escola primária, mas é visível a dificuldade em se situar quanto à idade que teria nessa altura. Refere que o pai dela “ia vindo a casa para ajudar” (sic.), o pai emigrou para o estrangeiro, deixou de os ajudar e refere que não tem qualquer relação com a família do pai e expressa que o pai lhe disse que não queria “saber dela para nada!” (sic.).

Foi institucionalizada aos 11 anos em Leiria, junto com os irmãos do primeiro casamento da mãe, porque esta não tinha condições para tomar conta deles, contudo, não se recorda como é que o processo se desenrolou. Refere que ficou numa instituição apenas com a 2ª irmã (na altura com 7 anos), no entanto, quando a Sofia

chegou aos 11 anos, começou a fumar e verbaliza que era uma adolescente muito rebelde, por tal foi enviada para outra instituição, “porque era má influência para a irmã “(sic.). Viveu em três instituições, não especifica o motivo desta transferência para uma terceira instituição. Os restantes irmãos estão com uma família de acolhimento. Verbaliza que nunca mais viu estes irmãos desde então.

Realizou o 9º ano de escolaridade num curso profissional de restauração, do qual não gostou. Aos 18 anos saiu da instituição, regressou às Caldas da Rainha, onde viveu por períodos com a mãe, começou a trabalhar num café, mas por não ter gostado, abandonou este emprego. Nos últimos anos tem trabalhado em fábricas com contratos de trabalho temporário.

Atualmente novamente a trabalhar numa nova fábrica em Peniche, onde reside num quarto alugado. Acrescenta ainda que o padrasto a rejeita e o meio-irmão não gosta dela, admite que às vezes é agressiva com este, porque ele “merece” (sic.). Contudo ia frequentemente à casa da mãe buscar comida ou alguma ajuda financeira, no entanto, devido à dificuldade na mobilização entre conselhos por causa da Pandemia, pediu ajuda à mãe via telefone, porque não tinha dinheiro para a última semana do mês de fevereiro e esta recusou por mensagem. Segundo a sofia, foi este o motivo que a levou à tentativa de suicídio.

Relata que não tem amigos ou amigas, nem uma relação afetiva próxima com ninguém. Quanto às relações em contexto de trabalho, verbaliza “que está ali para fazer o que lhe mandam e não bufa” (sic.) acompanhado de risos irónicos. Iniciou a atividade sexual na adolescência num contexto de *bullying* e nunca teve um namorado. Noutra momento de discurso desagregado e tangencial, verbaliza que foi violada em criança. Todas estas partilhas aparentam estar dissociadas de afeto. Refere que não se sente uma mulher completa, pois é pequena, tem as mamas pequenas e é muito magra, reforça a ideia dizendo: “Quando passo na rua não chamo a atenção” (sic.).

2.2. Antecedentes Pessoais de Saúde

Desconhece doenças na infância ou adolescência. não demonstra crítica para a sua condição de saúde, nem o motivo pelo qual tomava a medicação crónica que prescrita pelo seu médico de família. Segundo o seu processo clínico, foi acompanhada no Hospital especializado em Pediatria por dificuldade de adaptação, a medicação que fazia atualmente em domicílio era prescrita na Unidade de Saúde Familiar, onde está inscrita.

Fumadora desde os 11 anos.

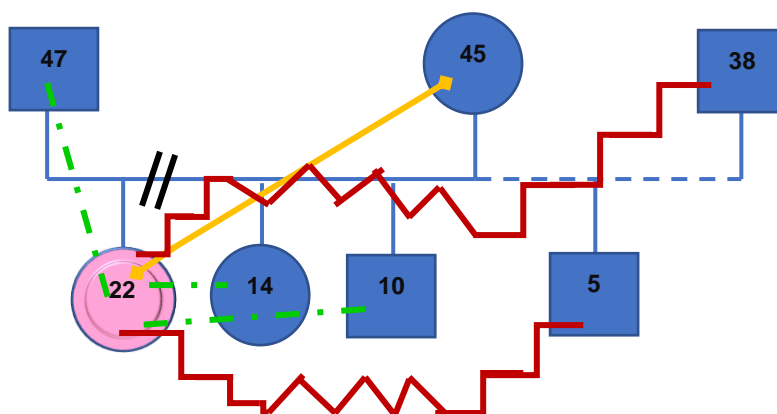
Há um hiato de informação clínica entre os seus 18 e a idade atual. Quando se tenta apurar esta informação através da Sofia, apresenta um discurso com afrouxamento associativo, desagregado, com uma atitude de desconfiada e defensiva. Segundo a psiquiatra, que contactou a mãe telefonicamente, relata que esta se desculpabiliza por não ter conseguido cuidar da filha e aparenta não ter tido contacto com a filha no período da sua institucionalização, e posteriormente, verbaliza um contacto difícil, diz que a filha precisa de acompanhamento médico, tentou agredir fisicamente de uma forma violenta o meio-irmão de 5 anos, pelo que a aceitação desta filha pelo padrasto torna-se muito complexa e difícil. A médica tentou apurar a questão da violação e segundo a mãe, recorda-se da filha de noite acordar com as “calças em baixo” a gritar que a tinham violado, no entanto, diz que nunca se apercebeu de que fosse um relato verdadeiro, parecia-lhe que sonhava com isso e acordava assustada.

Aos 22 anos dá então entrada no SU do Hospital por tentativa de suicídio com antidepressivo, ansiolítico e terapêutica cardíaca, que a psiquiatra pensa ser para a ansiedade.









2.3. Antecedentes Familiares e caracterização familiar (Genograma)

A mãe tem 45 anos, está desempregada e segundo a Sofia é “taralhoca” (sic.), desconhece-lhe antecedentes de saúde. O pai tem 47 anos, sem antecedentes de saúde conhecidos pela Sofia e está emigrado a trabalhar na construção civil. Os pais dela são divorciados. Os irmãos que vivem numa família de acolhimento, apesar dela verbalizar sentimentos afetuosos para com eles: “eles são os meus bebés” (sic.), não os vê desde a institucionalização, nem sabe onde residem. A mãe tem um novo relacionamento, a Sofia não sabe quando começou. O padrasto tem 38 anos e trabalha também na construção civil. Refere que a família da mãe é da Madeira e que tem uma avó paterna, da qual não sabe idade, nem antecedentes de saúde, pois é rejeitada pela mesma. Durante a colheita de dados foi visível a falta de suporte familiar, pelo desconhecimento da doente em relação à dinâmica da vida da mãe e do padrasto.

Genograma:



Legenda:

-  - Relação conflituosa
-  - Relação distante
-  - Divórcio
-  - Casal a residir na mesma habitação
-  - Relação Vulnerável
-  Sofia Gomes
-  Sexo Masculino
-  Sexo Feminino

2.4. História de Saúde Atual

A Sofia ficou internada no serviço de psiquiatria por tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa voluntária, por informação da psiquiatra, este internamento será para estudar a sua situação clínica com intuito de apurar um diagnóstico médico, decidir ajuste terapêutico e futuro acompanhamento. Pelo que foi estudada analiticamente, estas não apresentavam alterações, realizou uma RMN CE, que também não revelou alterações e realizou avaliação neuropsicológica, que relata QI (quociente de inteligência) abaixo da média, défice cognitivo prévio e a avaliação autopsicológica não foi realizada por recusa da doente. No decorrer do internamento, foi verbalizando queixas álgicas a nível da zona lombar, ovários e zona infra abdominal, com a perceção de que “os seus ossos pareciam de chumbo e lhe pesavam” (sic.), pelo que lhe foi pedido observação ginecológica para excluir ou validar alucinações cinestésicas. Por apresentar pápulas eritematosas a nível axilar e zona inguinal, foi observada pela Dermatologia, que diagnosticou seborreia versus psoríase. O seu diagnóstico em saúde mental evoluiu para um síndrome esquizomorfo, abordei a psiquiatra que acompanha o caso desta doente, no sentido de compreender melhor a situação clínica desta jovem, que me referiu que ela se enquadra num diagnóstico provável de esquizofrenia e que este internamento representa o primeiro surto psicótico.

3. CARATERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

A palavra suicídio deriva do latim e o seu significado relaciona-se com a ação de se matar. A pessoa que pratica o suicídio procura na morte o alívio do sofrimento mental, não representando um ato de coragem ou cobardia, mas sim um ato de desespero. É um ato voluntário, intencional, com planeamento e a respetiva colocação em prática do mesmo, envolve por isso um momento de reflexão e pensamento sobre o que motiva a pessoa para querer colocar fim à própria vida (Penso & Sena, 2020).

O suicídio é atualmente um grave problema de saúde pública. Constitui uma das principais causas de morte na população mundial, sendo transversal a todas as faixas etárias e representou a segunda causa de morte entre os jovens para o intervalo de idades dos 15 aos 29 anos no ano de 2016. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Portugal está em 20º lugar a nível europeu, incluindo países como a Turquia, Rússia e Ásia Central. A maioria dos adolescentes que praticaram o suicídio e que representam 90% são de países com rendimentos baixos e médios (WHO, 2019).

Os fatores de risco predisponentes para a prática de suicídio são maioritariamente relacionados com a doença mental aguda, angústia, pobreza, rutura de um relacionamento ou casamento, a doença física, a perda de emprego, a exposição à violência, ao facto de ter intimidado ou ter sido vítima de abuso em criança, ao abuso de álcool e drogas, a uma tentativa anterior de suicídio e à possibilidade de acesso fácil a métodos de suicídio. Acrescenta-se ainda questões relacionadas com conflitos familiares, dificuldades financeiras num contexto que potenciam a vulnerabilidade da pessoa para prática do suicídio (WHO, 2019).

Quanto à Sofia, tendo em conta os fatores atrás mencionados, não apresenta fatores protetores no sentido de sentir motivação para a vida. Verbaliza o sentimento de não ter objetivos de vida, ser uma pessoa singular sem ter ninguém com quem falar, não ter suporte familiar, nem uma estrutura familiar da qual faça parte, não tem uma rede de amigos e instabilidade no emprego com dificuldades financeiras associadas, por isso questiona-se: “o que é que estou aqui a fazer?” (sic.). A este contexto de vida desta jovem, soma-se o facto de ter antecedentes de doença mental relacionados com dificuldade na adaptação, com acompanhamento no Hospital especializado em pediatria, na adolescência até aos 18 anos, manteve

acompanhamento posterior no centro de saúde pelo seu médico de família, sem qualquer outro acompanhamento na transição para a vida adulta no âmbito da especialidade psiquiátrica até à data atual.

Neste internamento o seu diagnóstico psiquiátrico encaminha-se para uma esquizofrenia, sendo este o primeiro surto psicótico, a concretização do diagnóstico de esquizofrenia é frequentemente difícil, já que resulta da história clínica e da observação psicopatológica da pessoa e deve ser longitudinal, por outro lado, não existem exames laboratoriais de concretizem o referido diagnóstico (QUEIRÓS et al, 2019). Os sintomas característicos desta doença abrangem um conjunto de disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais, contribuem também para o seu diagnóstico sinais e sintomas relacionados com prejuízo do funcionamento social ou profissional, sendo por isso uma síndrome clínica heterogénica (DSM 5, 2014). Como sintomas negativos e segundo o manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 5ª edição estão descritos os seguintes: embotamento e aplanamento afetivo, avolia, alogia, anedonia, apatia e isolamento social. Os sintomas positivos que são considerados chave para o diagnóstico desta doença são: delírios, alucinações, alterações do pensamento (quanto à forma, curso e posse) e alterações do comportamento. O diagnóstico da esquizofrenia é aferido frequentemente segundo a sua evolução e pautado pelos sintomas pré-mórbidos que se iniciam na adolescência sendo reconhecidos por uma visão retrospectiva (QUEIRÓS et al, 2019). Segundo a APA (2014), 5 a 6 % de pessoas com esquizofrenia praticam o suicídio e 20 % tentam o suicídio, existindo também muitos indivíduos com ideação suicida, os fatores de risco que contribuem para a ocorrência deste evento prendem-se com sentimentos de desesperança, depressivos, estar desempregado, num período psicótico ou após a alta hospitalar.

4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL

4.1. Análise segundo a Teoria das Transições Afaf Meleis

Por forma a compreender melhor o estado de saúde da Sofia e sua situação de doença e vulnerabilidade, decidi neste estudo de caso recorrer à Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo o artigo de Costa (2016), esta teórica, descreve as transições de uma pessoa vivencia ao longo do seu ciclo de vida, sejam eles provocados pela alteração da sua condição de saúde, no desempenho e interação de papéis, nas suas expectativas, habilidades e processos desenvolvimentais, acrescenta ainda a desconexão da rede social habitual e de sistemas de apoio social, a perda de referências familiares. Esta teoria tem uma forte influência nas intervenções e estratégias de enfermagem a partir das quais permite ao enfermeiro proporcionar cuidados eficazes que assegurem mudanças na vida das pessoas ao seu cuidado, com a finalidade de proporcionar um desfecho benéfico nos resultados de modo a possibilitarem uma transição com melhor qualidade de vida possível adaptada ao contexto. Atua por isso, numa vertente holística da prática clínica da enfermagem, norteando o seu exercício permeado por um enquadramento de mudanças para o cliente, sendo este um processo dinâmico. Segundo Meleis, a transição pressupõe que a pessoa “incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, defina seu contexto social, de um ser saudável ou doente, ou das necessidades internas e externas que afeta o estado de saúde” (Costa, 2016, p. 138). Este modelo teórico pressupõe uma avaliação de enfermagem, a reminiscência, a suplementação do papel, a criação de um ambiente saudável, de proteção e seguro e a mobilização de recursos, sendo eles de ordem pessoal, familiares e comunitários (Costa, 2016). Assim, a Sofia encontra-se a vivenciar uma transição para o estado adulto, onde ela se afirma como sendo ainda uma adolescente; por outro lado está num processo de diagnóstico de doença mental decorrente de uma tentativa de suicídio e a suspeita de um primeiro surto psicótico. Existe um hiato de informação quer a nível de saúde, como de experiências de vida e desenvolvimento do seu percurso como pessoa entre os 18 e a idade atual, em que a própria Sofia, não exterioriza de forma concreta até ao momento. Segundo ela tem sido muito importante neste internamento ter a possibilidade de falar com alguém que a ouça, mantém ideação suicida não estruturada, contudo sem sentimento agregado. Tem sido

preocupação no internamento a promoção e supervisão da mesma de modo a promover segurança, conforto e bem-estar. Quanto à mobilização de recursos, tem sido particularmente difícil com a mãe, numa primeira abordagem como suporte após a alta relacionado com a pouca consciencialização desta sobre o estado de saúde da filha, a história de relacionamento distante entre as duas, o conflito atual entre o padrasto e o irmão novo da Sofia, sendo por isso, na minha opinião um fator inibidor neste processo, devido ao facto do contexto atual de pandemia que impossibilita as visitas dos familiares aos doentes internados, impossibilitando de realizar uma observação da relação entre mãe e filha e intervir num contexto familiar.

4.2. Apreciação da variável fisiológica

Dados antropométricos:

- Estatura – 162 cm
- Peso – 46 Kg
- IMC – 17,5 Kg/m²

Parâmetros vitais:

TA – 98/65 mm/Hg

FC – 85 bpm

Desconhece alergias

Avaliação física/ Exame físico:

Apresenta um estado emagrecido, cabelo curto (à rapaz), estado débil na deambulação, com discretos tremores quando na posição vertical e défice nos cuidados de higiene, dentes aparentemente sem cáries. Tem uma tatuagem com o símbolo do equilíbrio na face interna do punho direito. Pele com alterações eritematosas na zona das axilas, virilhas e nádegas.

4.3. Apreciação da variável psicológica

Exame do estado mental:

Consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, cooperativa com a equipe de enfermagem. compreende, reconhece e cumpre as regras e normas do serviço.

Avaliação da atitude e comportamento

Apresenta uma atitude maioritariamente cooperativa e sintónica na abordagem pela equipe de enfermagem, no entanto, com frequentes demonstrações de uma atitude observadora, desconfiada e defensiva aquando da exploração dos seus antecedentes relacionados com o seu percurso de vida ou de verbalização sobre os seus sentimentos. O seu comportamento é adequado e aparentemente calmo, periodicamente lentificado no início do internamento, apresentava também clinofilia marcada e avolia, com o decorrer dos dias passou a sair da enfermaria, a deambular pelo serviço e a frequentar a sala multiusos. Pouco interativa com os pares, quando abordada por estes na sala multiusos, permanecia no espaço sem estabelecer grande contacto visual, ou uma comunicação fluente. No decorrer do internamento, foi-lhe autorizado a utilização do telemóvel, o qual usava maioritariamente para ouvir música, via televisão na sala multiusos, lia revistas, prendendo-se aos títulos das mesmas e quando abordada sobre as temáticas destas, decorria para um discurso pseudointelectual e desagregado. Fumava frequentemente no espaço destinado no serviço para o efeito. O fácies no início do internamento frequentemente triste e no decorrer dos dias tornou-se pouco expressivo.

Humor e afetividade

Humor nos primeiros dias de internamento triste, foi evoluindo para eutímio. Aquando das primeiras chamadas telefónicas da mãe posteriormente ficava com o humor irónico e irritável, verbalizando que “agora é que a minha mãe diz que não se importava que eu fosse para lá viver! Está tudo maluco!” (sic.), quando explorada esta informação revela que pediu ajuda à mãe antes da tentativa de suicídio e esta enviou-lhe mensagem via telefone a dizer que não podia ajudá-la. Durante o internamento, foi possível presenciar várias vezes este humor irritável que alternava com ansioso, aquando da supervisão dos cuidados de higiene, quando teve de ir à consulta de

dermatologia ou quando foi informada de que iria a uma consulta de ginecologia, “verbalizando que não gosto de mostrar o meu corpo a ninguém!” (sic.), “tenho vergonha” (sic.), “o meu corpo está inacabado, tenho as mamas pequenas e não tenho rabinho!” (sic.). estas verbalizações eram acompanhadas de um riso irónico e uma expressão facial irritada. Quanto à afetividade nestas ocasiões era congruente, contudo era frequentemente perceptível na Sofia um embotamento afetivo.

Discurso e linguagem

O discurso no início do internamento era lentificado, provavelmente relacionado ainda com os efeitos secundários da ingestão medicamentosa na tentativa de suicídio. Após os primeiros dias foi possível observar que era frequentemente pobre. A linguagem apresenta-se sem alterações na intensidade da voz.

Perceção

A Sofia não exterioriza alterações da perceção, contudo ao longo do internamento foi referindo a sensação de que os seus ossos lhe parecem chumbo, acrescentou a este facto dores nas costas e nos ovários, com necessidade de tomar analgesia. A médica da utente decidiu solicitar observação da Ginecologia com o intuito de excluir alucinações cinestésicas.

Pensamento

Apresenta ideação suicida não estruturada e quando a verbaliza, aparenta frequentemente estar desagregada de afetividade. Apresenta ideação de grandeza, referindo que o “Marcelo (presidente da república) deu-me aulas de geografia e o Costa (primeiro-ministro) aparece-me nas referências da caderneta bancária” (sic.). O pensamento é maioritariamente dissociativo, com fuga de ideias, tangencial, concreto e em forma de salada de palavras. Por vezes apresenta uma postura sugestiva de pensamento produtivo, com risos imotivados e alguns solilóquios.

Consciência, atenção e memória

Durante a realização das entrevistas ou atividades com a Sofia, é perceptível a fraca atenção da mesma no diálogo, pelas características descritas anteriormente acerca do seu processo de pensamento. Necessidade de se reformular frequentemente a mensagem para captar a sua atenção. Quanto à memória, é observável a dificuldade desta doente em relatar eventos da sua vida situados num espaço de tempo. Quando fala dos irmãos, aborda o tema como se fosse no presente, dizendo que “tem de cuidar deles” (sic.)

Orientação

Orientada no espaço, tempo e pessoa

Insight e juízo crítico

A Sofia no início do internamento apresentava alguma crítica para o internamento, motivado pela tentativa de suicídio. No entanto, no decorrer do mesmo, à medida que foi sendo abordada pela equipa médica e de enfermagem, no sentido de compreenderem a sua crítica para o seu estado de saúde mental, adesão à terapêutica, foi demonstrando ausência de crítica para a doença, uma atitude desconfiada perante a toma da medicação, necessitando de hipervigilância na toma da mesma. Refere inclusive que quando for para casa, não vai” tomar estes comprimidos e vitaminas” (sic.), acompanhado de uma expressão facial irónica e tom de voz irritado.

Apreciação da Variável Sociocultural

Quanto à atividade laboral, está a trabalhar numa fábrica de velas nas Caldas da Rainha, tem trabalhado desde os 18 anos frequentemente em fábricas sob contratos de trabalho temporários. As relações interpessoais no emprego aparentemente sem intercorrências, segundo a Sofia, “as pessoas no trabalho têm que fazer o que lhes mandam” (sic.). Vivia sozinha num quarto alugado em Peniche até ao internamento, relata que não tem amigos, nem um namorado. Deixou de os ter desde que saiu da escola em Leiria ao sair da Instituição de acolhimento. Vive sozinha,

porque o padrasto não a deixa viver com a mãe e o irmão mais novo, quando apurada esta informação com a mãe, esta descreve que ela foi muito agressiva e violenta com o irmão.

4.4. Apreciação na Variável de Desenvolvimento

Principais marcos de desenvolvimento:

Durante a infância revela que a escola primária decorreu de forma normal, salienta que era ela que cuidava maioritariamente dos irmãos mais novos, dizendo que “eram os seus bebés” (sic.), acrescenta ainda que a mãe não conseguia cuidar deles, porque não tinha condições, não especificando quais. Os pais dela divorciaram-se quando frequentava a escola primária. Institucionalizada junto com os irmãos, quando tinha 11 anos numa cidade longe da cidade onde a mãe residia. Aos 13 anos foi para uma nova instituição até aos 18 anos. Regressou com essa idade às Caldas da Rainha, viveu por períodos com a mãe, no entanto revela que tinha alguns conflitos com a mesma, pelo que foi vivendo sozinha em quartos alugados. Começou a trabalhar com 18 anos, em contratos temporários em fábricas. A Sofia apresenta um percurso de vida com frequentes mudanças de local de residência, instabilidade, sem integração contínua num contexto familiar ou social. Quando transita para a maioridade é perceptível uma maior desintegração social em contexto de relações afetuosas familiares, de construção de relações de amizades significativas, acrescenta ainda que nunca teve um namorado. Frequentemente descreve-se como sendo uma menina, uma adolescente que ainda precisa de crescer, pois “tem o corpo inacabado” (sic.)

Apreciação da Variável Espiritual:

A Sofia diz que não é religiosa, descreve-se como sendo laica.

Fatores stressores:

Segundo relato da Sofia, seria importante estar com pessoas que não tivessem uma atitude stressante para com ela, acrescenta ainda que precisa de ter alguém com quem falar e que a oiça.

Fatores protetores:

Durante este período de internamento, não foram percetíveis a existência franca de fatores protetores na vida desta doente, apenas a aparente funcionalidade em contexto de trabalho fabril. A Sofia demonstra grande preocupação para com a mãe, numa atitude protetora para com esta. Na evolução do internamento, a mãe demonstrou disponibilidade para que a filha fosse para sua casa após a alta e a Sofia aparentou gostar da ideia. No entanto, a mãe segundo a médica da doente, apresenta pouca crítica para a doença da filha e é notório a preocupação desta sobre a filha reintegrar o seu seio familiar.

5. TRATAMENTOS RELACIONADOS

5.1. Terapêutica farmacológica

Ácido fólico 5 mg, 1x/dia oral, ao pequeno-almoço;

Ácido fusídico 2% pomada tópica 2x/dia nas axilas e virilhas;

Lanolina composta tópica 2x/dia nas axilas e virilhas;

Bipirideno 2 mg oral, 1x/dia, ao pequeno-almoço;

Bipirideno 5 mg/ml, solução injetável IM, em SOS;

Bisoprolol 5 mg oral, 1x/dia, ao pequeno-almoço;

Clorpromazina 5 mg/ml, 25 mg, solução injetável IM, em SOS;

Diazepam 10 mg/2ml, solução injetável IM, em SOS;

Diazepam 5 mg oral, 2x/dia;

Flurazepam 15 mg, oral em SOS;

Haloperidol 5 mg, solução injetável IM, em SOS;

Ibuprofeno 400 mg, oral em SOS;

Paracetamol 500 mg (1gr), oral em SOS;

Olanzapina 10 mg orodispersível, 1x/dia (22 horas);

Risperidona solução oral 1mg/ml, 3mg de 2x/dia;

Os horários da medicação, sempre que possível são ajustados aos horários das refeições, com o objetivo de facilitar a transição para o cumprimento com a mesma no domicílio. Assim, a medicação da Sofia quando prescrita 2x/dia, significa que a toma da mesma é ao pequeno-almoço e jantar.

6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem segundo a Nanda:

REGULAÇÃO DO HUMOR COMPROMETIDA

Definição: Estado mental caracterizado por alterações no humor ou no afeto envolvendo uma diversidade de manifestações leves a graves a nível afetivo, cognitivo, fisiológico e/ou somático (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Relacionado com:

Evidência de humor disfórico, alternando frequentemente entre o deprimido, facilmente irritável a ansioso.

Manifestado por:

Fácies triste nos primeiros dias de internamento que evoluiu para humor facilmente irritável, fácies zangado e postura corporal tensa e desconfiada à aproximação do enfermeiro e de outros doentes aí internados. Demonstra irritabilidade e ansiedade associada à necessidade de cumprir regime medicamentoso, ser observada fisicamente pela equipa de saúde e higienizar-se sob supervisão devido ao défice de cuidados de higiene, estado físico debilitado e emagrecido. Não demonstra insight para com o seu estado de saúde e necessidade de internamento. Acrescenta também, que não tem objetivos de vida e que assim, “uma pessoa não anda aqui a fazer nada” (sic.).

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>1. Favorecer a evolução do controlo do humor disfórico para Eufímico</p>	<p>Controlo do Humor (5330):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o humor quanto a sinais, sintomas, histórico pessoal e regularmente a sua evolução, no decorrer do internamento; ▪ Avaliar se a pessoa apresenta riscos para com a sua segurança ou de outras pessoas ali internadas e profissionais de saúde; ▪ Supervisionar e auxiliar no autocuidado; ▪ Interagir com a Sofia a intervalos regulares promovendo atenção e ser facilitador para a expressão dos seus sentimentos; ▪ Encorajar e auxiliar na identificação de pensamentos e sentimentos subjacentes à disfuncionalidade do humor; ▪ Incentivar a Sofia, conforme sua capacidade de tolerância, a interagir com os pares e na realização de atividades (pintura), de exercícios que facilitem a autoexpressão e jogos a pares (dominó, damas); ▪ Realizar educação para a saúde sobre a sua condição de doença, a importância de cumprir o regime terapêutico prescrito; ▪ Auxiliar a Sofia a perspetivar planos realistas e adequados à sua condição após a alta para o domicílio da mãe; ▪ Administrar terapêutica prescrita e supervisionar a sua toma; 	<p>O humor da Sofia, nas primeiras semanas de internamento era predominantemente irritável e ansioso, com um fâcies tenso e uma expressão facilmente irónica. Contudo, com a evolução do internamento foi evoluindo para humor neutro, fâcies pouco expressivo e distante, nas últimas 2 semanas do internamento, o humor ficou mais eufímico e com períodos mais curtos de humor irritável.</p>

(BulecheK et al, 2010); (Sequeira & Sampaio, 2016)		
<p>1. Promover a expressão das situações e pensamentos que lhe desencadeiam o humor irritável</p>	<p>Assistir a Sofia na regulação da Raiva (4640):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer uma relação de confiança e afinidade com a Sofia; ▪ Utilizar uma abordagem calma e tranquilizadora; ▪ Ajustar as expectativas comportamentais adequadas à expressão da raiva da Sofia, tendo em conta o seu nível cognitivo e de funcionamento; ▪ Fornecer <i>feedback</i> sobre o seu comportamento, por forma a promover a identificação do fator impulsionador do sentimento da raiva; ▪ Auxiliar a Sofia a consciencializar as consequências de expressão inadequada da raiva; <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>Foi possível estabelecer uma relação de confiança com a Sofia, com uma intenção terapêutica, onde ela conseguiu verbalizar e identificar que os sentimentos que lhe desencadeavam mais raiva. Estes prendiam-se com o facto de não ter obtido a ajuda que precisava da mãe, para ter vivenciado aquele momento de desamparo por falta de dinheiro e falta de ter alguém com quem falar e que a oiça. Verbalizou alguma ansiedade em ter de voltar a viver com a mãe no período pós alta clínica, visto que ela já vivia sozinha há muito tempo.</p>
<p>1. Assistir na identificação dos fatores stressores percebidos pela Sofia que interferiram na satisfação das suas necessidades e</p>	<p>Melhoria do Coping (5230):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar qual o impacto da situação de vida da Sofia relativamente aos seus diversos papéis e relações; ▪ Avaliar a perceção e autoconsciência do seu processo de doença; ▪ Utilizar uma abordagem calma e tranquila, proporcionando um ambiente e favorável e de aceitação; 	<p>A Sofia tinha <i>insight</i> para a sua tentativa de suicídio, questionava frequentemente o facto de necessitar de estar internada, a necessidade de tomar medicação. No período que esteve internada, não desenvolveu <i>insight</i> para a doença, no entanto, no final do internamento, apresentava alguma crítica para a necessidade da toma da medicação, pois sentia-se melhor.</p> <p>Esta utente considerava-se uma “guerreira” (sic.) e “inteligente” (sic.), foi possível identificar com ela o</p>

<p>desempenho dos seus papéis;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar para uma atitude e adoção de sentimentos de esperança realista como estratégia para lidar com o sentimento de desamparo; ▪ Promover para que a Sofia identifique valores específicos da vida e que possibilitem alguma autonomia de vida; ▪ Incentivá-la a identificar os seus pontos fortes e capacidades; ▪ Avaliar as necessidades de apoio sociais e auxiliar a Sofia a identificar os recursos disponíveis na sua comunidade; <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>reconhecimento da existência de alguns recursos da comunidade, para ela articular, nomeadamente a assistente social da Junta de Freguesia e o médico de família, do qual ela transpareceu ter boa relação.</p> <p>No final do internamento, ela verbalizava que não tinha intenção de se suicidar.</p>
------------------------------------	--	---

Diagnóstico de Enfermagem segundo a Nanda:

RISCO DE SUICÍDIO

Definição: “Suscetibilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 835)

Relacionado com:

Tentativa de suicídio por ingestão voluntária medicamentosa, álcool em grandes quantidades, com perda de controle de esfíncteres e alteração da consciência.

Manifestado por:

Verbalização de ideação suicida sem plano estruturado e desmotivação para com a vida, principalmente, porque se sente sem objetivos de vida e a mãe não a ajudou financeiramente, quando preciso

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>1. Reduzir o risco de probabilidade da Sofia realizar uma ação com intenção de colocar termo à vida;</p> <p>2. Incentivar a Sofia a estabelecer objetivos de vida mensuráveis e adequados ao seu contexto de vida</p>	<p>Prevenir o suicídio (6340):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigiar o comportamento e a atitude da Sofia com intenção de determinar presença de ideação suicida e respetiva presença de plano estruturado; ▪ Supervisionar se tem na sua posse meios que possibilitem idealizar e planificar o suicídio; ▪ Observar a Sofia quanto ao processo de pensamento e avaliar o discurso acerca do evento que a impulsionou à tentativa de suicídio; ▪ Desenvolver uma relação terapêutica que permita incentivá-la à partilha de sentimentos sobre a sua tentativa de suicídio, sem incorrer na emissão de juízos de valor ▪ Administrar a terapêutica prescrita com hipervigilância da mesma; ▪ Auxiliar a Sofia a identificar fatores protetores e recursos disponíveis na comunidade, tais como recorrer à Junta de Freguesia, para solicitar apoio na documentação para requerer o subsídio de desemprego e ajuda social. <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>A Sofia na primeira semana de internamento, manteve ideação suicida, sem plano estruturado. No decorrer do internamento e ao longo das 2 semanas seguintes foi verbalizando que “ela não se queria matar” (sic.), que aquele ato tinha resultado de um momento de desespero por se sentir sozinha e sem apoio de ninguém, tendo ficado sem dinheiro inclusive para comprar o passe para ir trabalhar, por outro lado, refere que o facto de ser difícil a deslocação devido ao confinamento e ele e a mãe residirem em concelhos diferentes, não lhe permitiu ir falar pessoalmente com a mãe, para solicitar a pouca ajuda que esta lhe oferece. Pelo que se viu obrigada a procurar esta ajuda por mensagem telefónica, tendo a mãe recusado, o que a levou ao desespero e a um sentimento de incompreensão e abandono. Na última semana de internamento, negava completamente a ideia de se suicidar, tinha objetivos de se dirigir à assistente social da Junta de freguesia para solicitar apoio no requerimento do subsídio de desemprego ou rendimento de inserção social.</p>

<p>1. Promover a partilha dos seus sentimentos e experiências que a conduziram ao sentimento de desesperança;</p> <p>2. Atribuir significado à comunicação verbal e não verbal da Sofia;</p>	<p>Escuta Ativa (4920):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover uma atmosfera de confiança; ▪ Demonstrar interesse pela cliente ali internada; ▪ Utilizar perguntas ou declarações para incentivar à expressão de sentimentos e preocupações; ▪ Utilizar o silêncio como estratégia de incentivo à partilha de sentimentos e preocupações; ▪ Demonstrar sensibilidade às emoções partilhadas; ▪ Não emitir juízos de valores, pressupostos ou opiniões pessoais e utilizar o comportamento não verbal para facilitar a comunicação; ▪ Estar atenta ao comportamento não verbal da Sofia e a mensagens não expressadas durante a comunicação verbal; ▪ Estar atenta à tonalidade, volume, e /ou inflexão da voz; ▪ Identificar a necessidade de ajuda; ▪ Esclarecer as informações obtidas através de perguntas de reformulação da mensagem; ▪ Evitar barreiras à escuta ativa, tais como: oferta de soluções, minimização de sentimentos ou encerramento abrupto da entrevista. <p>(BulecheK et al, 2010); (Sequeira & Sampaio, 2016)</p>	<p>A Sofia numa fase inicial do internamento apresentava frequentemente um discurso tangencial e desagregado e pseudointelectual, com fraca atenção e embotamento afetivo. No entanto foi perceptível a identificação por ela de sentimentos de solidão, fraco suporte familiar, fraca interação social fora do contexto de trabalho, não tendo por isso amigos de referência, os que refere são de outra cidade longe da sua residência, onde esteve institucionalizada até aos 18 anos.</p> <p>No decurso do seu internamento o discurso foi tornando-se mais coerente, foi diminuindo a tensão corporal e o fâcias mais expressivo, permitindo mais facilmente a promoção do insight para o seu comportamento não verbal, nomeadamente quando ficava com o humor irritável após algumas chamadas telefónicas com a mãe, partilhando assim os seus sentimentos. Nas últimas 2 semanas de internamento desenvolveu uma atitude mais interativa com os pares e ficou um pouco mais permeável à consciencialização da sua doença e necessidade de acompanhamento e medicação</p>
--	---	---

<p>3. Encorajar e oferecer suporte emocional durante os períodos de maior <i>stress</i></p>	<p>Executar apoio emocional (5270):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversar com a jovem sobre experiências emocionais e o que desencadeou as respectivas emoções; ▪ Ter uma atitude empática; ▪ Incentivar à consciencialização dos sentimentos e auxiliar a identificar os mesmos tais como: ansiedade, raiva ou tristeza ▪ Encorajá-la a expressar esses mesmos sentimentos; ▪ Escutar e encorajar manifestações de sentimentos e crenças; ▪ Facilitar a identificação por parte da jovem o padrão usual de resposta para enfrentar o medo, a raiva e a ansiedade; ▪ Auxiliar a jovem a identificar fatores protetores, recursos da comunidade e objetivos mensuráveis adequados ao seu contexto de vida; <p style="text-align: right;">(BulecheK et al, 2010)</p>	<p>No início do internamento foram perceptíveis momentos de humor irritável, alternado com uma atitude de desconfiança aquando da administração terapêutica, sentimento de medo perante alguns pares com alguma ideação persecutória, principalmente de um doente do sexo masculino, que se aproximava mais frequentemente dela, remetendo-se por isso a algum isolamento social. Demonstrava ansiedade e fraca tolerância na presença de outro doente que tinha um comportamento frequentemente inquieto e com hiperfonia na sala multiusos. Com a evolução das semanas, diminuiu francamente a tensão corporal e a postura desconfiada, passou a estar mais cooperativa e a deambular pelo serviço e frequentar a sala multiusos com mais autoconfiança</p>
---	---	---

Diagnóstico de Enfermagem segundo o Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica (OE,2018):

AUTOCONCEITO COMPROMETIDO

Definição: O autoconceito, é resultante da imagem que cada um de nós tem de si próprio sobre o que é como pessoa, o seu processo de pensamento, o que consegue concretizar, incorporando a imagem, a identidade, percepção e consciência de si, acrescentando o que cada pessoa gostaria de ser e a opinião do que os outros pensam sobre *si*. (OE, 2018)

Relacionado com:

Sentimento de autoimagem de mulher inacabada, vergonha do seu corpo, o facto de estar muito emagrecida e pensamento de que quando passa na rua não atrai a atenção masculina.

Manifestado por:

Opinião verbalizada pela Sofia sobre si própria, como sendo uma “mulher inacabada” (sic.), mesmo tendo 22 anos, “ainda tem de crescer e desenvolver o corpo” (sic.), o facto de ter cortado o cabelo num ato impulsivo, diz que foi “estupidazinha” (sic.), desvaloriza qualquer reforço positivo ou elogio, afirmando que não se sente assim. Por outro lado, identifica-se frequentemente como sendo uma menina e uma adolescente, pelo que ainda “tem de crescer” (sic.)

Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer uma relação terapêutica com a Sofia no decorrer do seu internamento; 2. Favorecer o seu autoconhecimento 	<p>Relação de Ajuda (5000):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com a Sofia por forma a promover o <i>insight</i> e mudança de comportamento; ▪ Fomentar um clima de cordialidade e aceitação por parte da Sofia; ▪ Providenciar um ambiente confortável durante a interação com a Sofia; ▪ Adequar uma distância proxémica que permita conforto para a autoexpressão dos seus sentimentos e emoções; ▪ Adotar uma postura corporal que confira segurança e confiança para permitir a partilha de sentimentos; ▪ Orientar a Sofia no sentido de que ela identifique os sentimentos relacionados com a autoperceção de uma imagem prejudicada e a sua necessidade de ajuda; ▪ Avaliar as limitações expressas pela Sofia, quanto à possibilidade de desenvolver estratégias que contribuam para um aumento da consciencialização positiva de si própria; ▪ Observar e devolver os comportamentos não verbais, quando apropriado, de modo a incentivar a doente à partilha dos seus pensamentos e sentimentos; ▪ Reformular a mensagem, utilizando as suas palavras, quando necessário e retornar ao tema principal da sessão; ▪ Utilizar estratégias facilitadoras da comunicação, com recurso a mediadores expressivos, de modo a favorecer a 	<p>A necessidade de ajuda verbalizada pela Sofia frequentemente é que precisava de alguém que a ouvisse, por outro lado, referia sentir-se uma mulher inacabada e tinha vergonha do seu corpo. Durante o internamento foi possível estabelecer uma relação terapêutica de confiança com a Sofia, aceitou participar nas atividades propostas para favorecer o seu autoconhecimento, foi perceptível a fragilidade do seu suporte familiar e social. Ela verbalizou que as intervenções psicoterapêuticas realizadas para ela tiveram importância, no sentido de que alguém estava a fazer aquilo que ninguém fazia, dizendo que “Você consegue ouvir-me, que é aquilo que ninguém faz!” (sic.), quando explorado, refere que não tem ninguém com falar dos seus sentimentos.</p> <p>No decorrer do internamento a sua interação com os pares evoluiu de forma mais positiva, nomeadamente na enfermaria com as mulheres mais velhas, tendo atitudes de interajuda e cooperação. Participava nas atividades de grupo (jogos interativos) na sala multiusos, demonstrando compreensão das regras, capacidade de raciocínio, atenção mantida e satisfação nas mesmas.</p>

	<p>autoexpressão e o autoconhecimento, com recurso à pintura (Anexo I) e à elaboração de exercícios que favoreçam o seu autoconhecimento (Anexo II);</p> <p>(BulecheK et al, 2010); (Sequeira & Sampaio, 2020)</p>	
<p>1. Auxiliar a Sofia a perceber atitudes conscientes e inconscientes em relação ao seu corpo, nomeadamente com a aceitação do seu estadio de desenvolvimento do ciclo vital.</p>	<p>Melhoria da Imagem Corporal (5220):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar as expectativas da Sofia quanto à imagem corporal que detém de si, com base no seu estadio de desenvolvimento; ▪ Incentivar a Sofia a determinar expectativas reais quanto à imagem do seu corpo, relacionando estas com o seu estadio de desenvolvimento, tendo em conta a sua capacidade de compreensão e aceitação; ▪ Ensinar sobre adolescência e transição para a fase adulta de acordo com as mudanças ocorridas no seu corpo, tendo em consideração as suas capacidades cognitivas; ▪ Incentivar à consciencialização da etapa do ciclo vital em que se encontra e promover <i>insight</i> para a diferença física entre cada mulher; ▪ Reforçar positivamente e de forma realista as suas características físicas; ▪ Incentivar à valorização pela própria de aspetos positivos relacionados com sentimentos de valor pessoal separando a aparência física (Anexo III); ▪ Auxiliar a Sofia a identificar partes do corpo que perceione de modo positivo; 	<p>A Sofia apresenta uma imagem de si distorcida da realidade, vê-se como uma menina, uma adolescente e não como uma adulta com competências de tomar conta da sua vida. Verbaliza que precisa de alguém que cuide dela. Na realização do ensino sobre a adolescência, o desenvolvimento corporal da mulher e diferenças físicas possíveis entre cada corpo feminino quanto ao tamanho, dimensão das mamas e ancas resultantes do crescimento, foi perceptível que a Sofia apresenta dificuldade para a compreensão e aceitação destes temas, preferindo manter-se na posição de que “necessita de crescer” (sic.). Quanto aos valores pessoais, ela considera-se boa pessoa, inteligente e uma guerreira. É perceptível o sofrimento mental subjacente ao abandono, refere que “ninguém quis ficar com ela, nem uma família de acolhimento!” (sic.) e que decorrem momentos de stress sobre ela, não demonstrando insight para o que possa eventualmente ser fator deste precipitante ao seu redor.</p>

- | | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar a evolução da Sofia quanto à sua autocrítica;
(BulecheK et al, 2010) | |
|--|--|--|

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação desta utente despertou-me interesse pelo contexto envolvente da mesma, pela idade e pela dificuldade inicial que senti em interagir com ela, devido à minha inexperiência como enfermeira em contexto de internamento de psiquiatria. Constatei facilmente a sua postura tensa e desconfiada perante a aproximação do profissional de saúde e na procura pela mesma por autoisolamento e clinofilia marcada. Após este impacto inicial refleti sobre mim e de que modo poderia estabelecer uma relação de confiança e terapêutica com a Sofia, gerir possíveis fenómenos de transferência e contratransferência, visto que ela tem quase a idade da minha filha mais velha. Contudo, consciencializei, que relativamente aos fenómenos, dado trabalhar com adolescentes e jovens na saúde escolar, não se tornou difícil a gestão dos mesmos. Por a Sofia ter 22 anos e se encontrar num período de transição para a fase adulta, destaco alguns fatores negativos que contribuíram para o seu desenvolvimento psicossocial, baseados no modelo de desenvolvimento psicossocial de Erikson. Assim, esta faixa etária corresponde a uma etapa de desenvolvimento psicossocial de maioridade jovem, que se inicia aos 21 anos até aos 40 anos e a puberdade e a adolescência decorre entre os 13 e os 21 anos. Nesta etapa, o adolescente, adquire identidade psicossocial, onde toma consciência da sua singularidade, experimenta vários papéis sociais, questiona o seu papel na sociedade, o conceito de valores e desenvolve a sua autonomia, onde a interação social com os pares também tem grande relevo na construção da referida identidade. Na fase da maioridade jovem, entre os 21 e os 40 anos, é a fase em que o jovem desenvolve um sentimento de identidade psicossocial que lhe permite estabelecer e desenvolver relações afetivas estáveis e de longa duração, sendo elas de amizade ou de amor (Verissimo, 2002).

O que perceciono no desenvolvimento psicossocial da Sofia, é que ela foi alvo de vários fatores negativos ao longo da sua adolescência e transição para a fase adulta, tais como: perda de laços afetivos familiares, mudança de instituição por 3 vezes durante a adolescência, não desenvolveu de relações de amizade ou de amor duradouras, aparentemente, a relação afetiva com a mãe, manteve-se à distância, com pouco contacto enquanto esteve institucionalizada, não manteve contacto com os irmãos desde os seus 10 anos e a mãe construiu uma nova família. Aos 18 anos, regressou à cidade onde residia antes da institucionalização e segundo a Sofia, a

relação dela com a mãe manteve-se com fracos laços de afetividade, coabitou com a nova família da mãe sem sucesso, ela é agressiva com o irmão mais novo (meio-irmão) e por tal o padrasto rejeita-a. Pelo que foi possível apurar, atualmente continua com um modo de vida em isolamento social, vive sozinha num quarto alugado, trabalhava numa fábrica onde nega a existência de relações sociais afetivas, no entanto, verbaliza que na fábrica a sua função é cumprir com as suas obrigações e aparenta que tem conseguido ser funcionante neste campo, tendo sido por isso, um fator protetor para a mesma, pois a Sofia demonstra vontade de viver sozinha e tomar conta da sua vida.

Esta situação obrigou-me a refletir que no nosso país não existe muita resposta na comunidade para dar continuidade ao processo de tratamento iniciado no Hospital, por forma a promover a funcionalidade possível em jovens adultos com patologia psiquiátrica, que inevitavelmente, precisam de um acompanhamento da área de saúde mental e psiquiatria. Perceciono neste caso grande probabilidade de reinternamento e recaída, visto que os fatores protetores desta utente são muito fracos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA). (2014) *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5* (5ª edição). Lisboa. Climepsi.

BulecheK et al (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Elsevier editora Lda. Rio de Janeiro

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. Disponível em:

[181-Texto do Artigo-4338-1-10-20170121.pdf](#)

Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS–Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Suplemento ao Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. Artmed Editora. 11ª ed.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em:

<https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

OE. (2018). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Penso, M. A., & Sena, D. P. A. D. (2020). A desesperança do jovem e o suicídio como solução. *Sociedade e Estado*, 35(1), 61-81. Disponível em:

[0102-6992-se-35-01-61.pdf \(scielo.br\)](#)

Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Medica Portuguesa*, 32(1). Disponível em:

[10768-41984-2-PB.pdf](#)

Sequeira Carlos & Sampaio Francisco (2020) - *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções*. Lousã: Lidel - Edições técnicas, Lda.

World health organization (2019). *Preventing suicide: A resource for pesticide registrars and regulators*. Geneva: WHO. Disponível em:

[pesticide-brochure-embargo-note-web.pdf \(observador.pt\)](#)

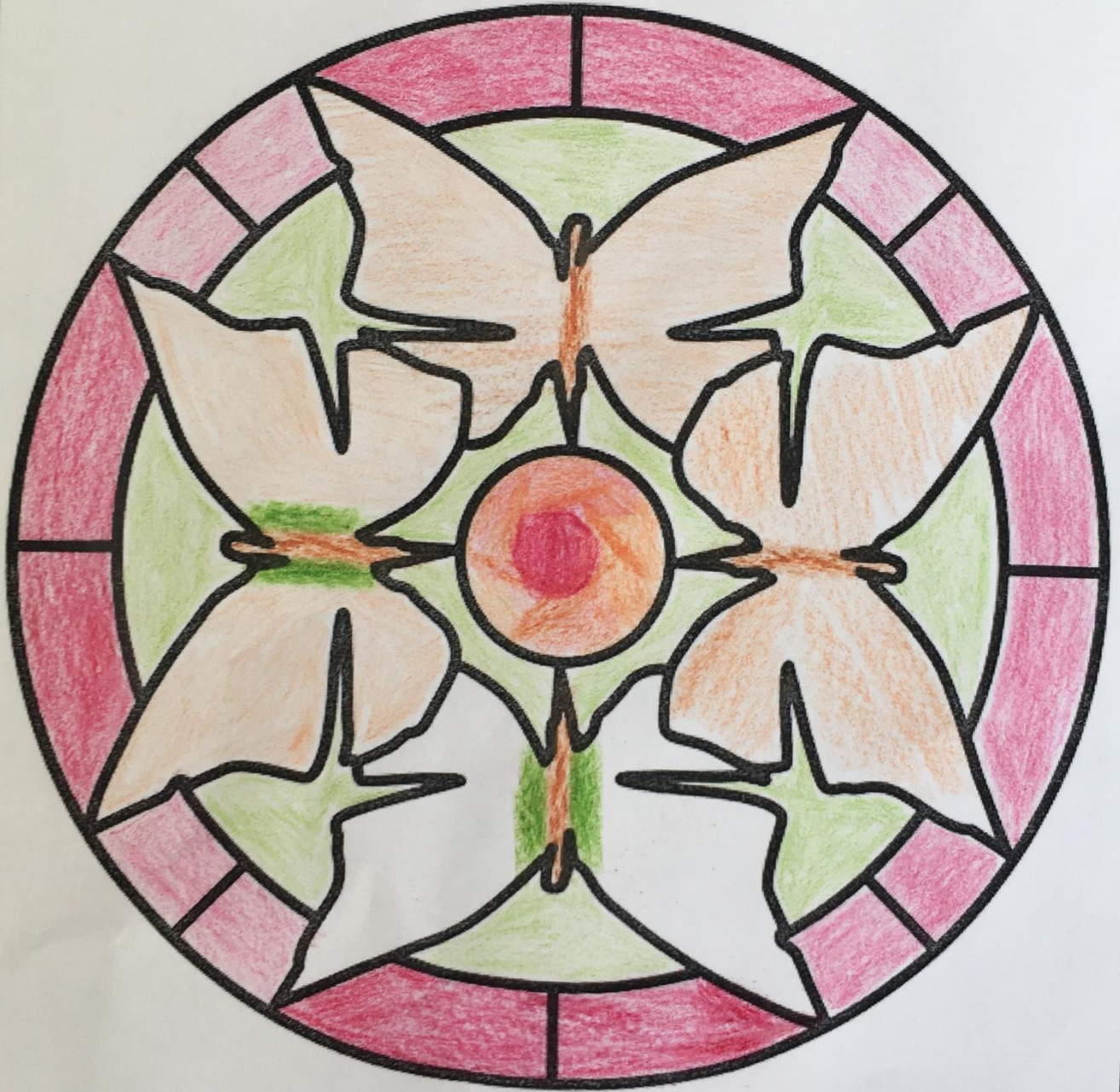
Verissimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2002. Disponível em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>

ANEXO I

Utilização de Recursos Expressivos – Vamos partilhar

26 de fevereiro
de 2020, sexta-
-feira.



Primeira sessão de pintura da Sofia – 26/02/2021



Segunda sessão de pintura da Sofia – 03/03/2021



Terceira sessão de pintura da Sofia – 17/03/2020

ANEXO II

Exercício - Promoção do Autoconhecimento

QUEM SOU

Uma menina de 22 anos, pois não se encomodava de fazer o, seu 12º ano. Repetido de que sou, "A PORTUGUESA", nascida a 29/05/1998. Sou responsável, assada e ? guerreira.

O MEU MAIOR SUCESSO

Sou uma pessoa "singular" (poderia ser "imporato") dentro ou fora de algum achimento, pois vivendo sozinha e gostando de comer e música.

OS MEUS PASSATEMPOS

Ir à praia à noite, ver filmes e pensar em gatos (como um obeso) e, visitar a mãe e também beber café.

UMA CONQUISTA A ALCANÇAR ESTE ANO

Um telemovel e fechar um processo. A minha felicidade, arrogância (relatada) Ter algum ser ter problema e em, com quem falar. Não ser preguiçosa, e não ser hipócrita.

O MEU LEMA DE VIDA

"Eu torno os meus dias assim"...

PESSOAS QUE ADMIRO

Eu, e a minha mãe, também, as pessoas que passaram por mim!

→ Eu ser sincera e responsável.
→ Bonita, rápida (dinâmica) e responsável.

→ Apoiar pessoas e a inventar (a ser uma guerreira.)

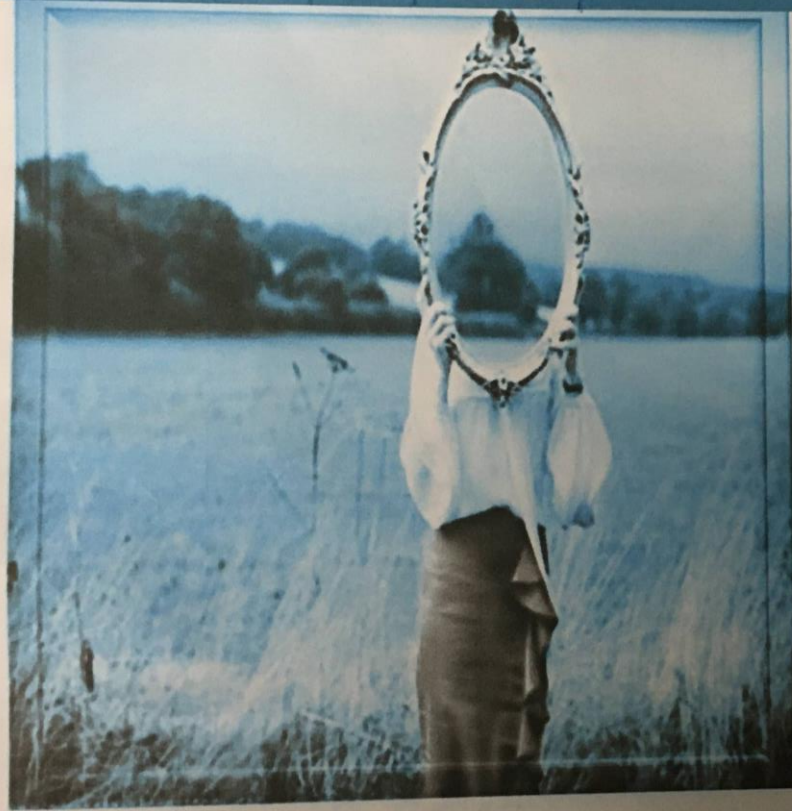
08/03/2021

ANEXO III

Exercício - Valorização pessoal

gosto de mim, falo comigo e
emoção-me, porque penso que sou estupidíssima. Então
porque sapeio
tanto.

Achar-me bonita de qualquer das ma-
neiras.
Achar-me guerreira e sinara.



<http://estudosgospelmais.com.br/espelho-espelho-meu.html>

Como é que eu me vejo?

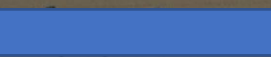
Como acho que os outros me veem?

Como eu gostaria de ser?

Como é que eu posso vir a ser realmente?

Uma pílula des-
nhada. Porque não
ficar comigo em pequenas
televisões 'mentes'.

Uma pessoa normal
com uma vida normal. Sem grandes stress, relativamente
dos outros para mim.



17/03/2021 - quinta-feira.

Apêndice X

SESSÃO PSICOEDUCATIVA A GRUPO: “Vou ter alta e agora?”

SESSÃO PSICOEDUCATIVA A GRUPO: “Vou ter alta e agora?”**Tema: Promoção da autogestão do regime medicamentoso**

A adesão ao regime terapêutico tem uma relevância significativa na doença crónica, sendo esta de curso prolongado, relacionando-se com sintomatologia de evolução gradual e impactante a nível de várias vertentes da multidimensionais da pessoa: fisiológica, anatómica e psicológica (Dias et al., 2016). A não adesão ao regime terapêutico constitui por isso um problema de saúde pública, com uma percentagem a nível mundial de não adesão de 50 %, em que as suas consequências revelam-se a nível da evolução clínica negativa da doença, aumento do risco de recaída e reinternamento, *stress* emocional e físico, com implicação no aumento dos custos indiretos e diretos na saúde, a suportar pelos países (Cardoso & Xavier, 2016), representando assim, aproximadamente 65% custos globalmente com a saúde (Dias et al., 2016). Por outro lado, a adesão ao regime terapêutico exige uma mudança no comportamento da pessoa, alterações no estilo de vida e cumprir com as recomendações discriminadas pelo profissional de saúde (Dias et al., 2016).

Assim, segundo Cardoso & Xavier (2016), nas perturbações psiquiátricas promover a adesão ao regime medicamentoso, representa um grande desafio para os profissionais de saúde na área de saúde mental. A este estão implicados vários fatores que promovem a interrupção terapêutica:

- O estigma associado à doença mental (quer pelo doente, como pela família e contextos comunitários envolventes);
- A negação do diagnóstico de doença mental pelo próprio, que se prende com estereótipos e medo da discriminação pré-estabelecidos;
- A ausência de *insight* para a doença;
- A presença de efeitos secundários da medicação;
- A ausência da melhoria imediata na resolução dos sintomas;
- A resistência quanto à aceitação de que a adesão ao regime terapêutico contribui para uma evolução positiva na sua qualidade de vida;
- A questões económicas, sociais, familiares e culturais;

Ainda segundo Cardoso & Xavier (2016), não há conhecimento de uma intervenção padronizada que de forma isolada contribua para a adesão ao regime

Estágio com Relatório

terapêutico, contudo e de acordo com a literatura, esta depende em grande parte do profissional de saúde mental e psiquiatria e da sua capacidade de adaptar a sua prática clínica às características individuais de cada pessoa. Segundo a CIPE®, versão 2015, a adesão é definida como sendo uma

“ação autoiniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma dos medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor; sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.” (OE, 2016, p.38)

De acordo com a descrição acima referida tornou-se pertinente a realização de uma sessão psicoeducativa a utentes internados no serviço de psiquiatria, com plano de alta em desenvolvimento.

Moderadores da sessão: Aluna do Mestrado em Enfermagem na Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Susana Marques e Enf.^a orientadora de estágio - Albina Clemente

Data: 19/03/2020, das 9:30h às 10:30h

Local: Internamento de Psiquiatria – Piso ... (Hospital de)

Duração: 60 minutos

Número de participantes: 4

Crítérios de Inclusão: Uteses internados no serviço, orientados em todas as vertentes da pessoa, sem compromisso cognitivo, com plano de alta em desenvolvimento e que aceitem participar na sessão.

Crítérios de Exclusão: Uteses com inquietação psicomotora, com incapacidade de tolerância ao *setting* grupal e que não cumpram os crítérios de inclusão

SESSÃO PSICOEDUCATIVA: “Vou ter alta e agora?”		TEMA DA SESSÃO: Promoção da autogestão do regime medicamentoso
Conteúdos da sessão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir adesão ao regime terapêutico; ▪ Esclarecer sobre os fatores predisponentes para a não adesão ao regime medicamentoso; ▪ Informar para as consequências da não adesão ao regime terapêutico; ▪ Informar sobre estratégias e recursos disponíveis na comunidade e serviço de psiquiatria, de modo a prevenir possíveis interrupções na continuidade do plano terapêutico após a alta do internamento; ▪ Resumo da sessão. 	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover literacia sobre a adesão ao regime terapêutico; ▪ Inculcar <i>insight</i> para a necessidade da adesão ao regime medicamentoso e terapêutico; ▪ Promover o <i>insight</i> para a doença mental enquanto necessidade de acompanhamento médico e de adesão ao regime medicamentoso prescrito; ▪ Promover a partilha dos fatores relacionados com não adesão anterior e que motivou o reinternamento; ▪ Capacitar os utentes com plano em preparação para a alta de estratégias facilitadoras na adesão ao regime medicamentoso; ▪ Promover a consciencialização da necessidade de eventual suporte na gestão do regime terapêutico; ▪ Recolher dados da avaliação da sessão previamente estabelecida 	
Atividades de enfermagem a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer um momento de “quebra-gelo”, promovendo um <i>setting</i> terapêutico adequado à atividade a desenvolver, esclarecendo os objetivos da sessão e as regras do funcionamento da mesma; ▪ Incentivar o envolvimento de cada pessoa para a consciencialização sobre a sua doença mental e necessidade de acompanhamento e adesão ao regime medicamentoso; ▪ Ensinar sobre o que é a adesão ao regime terapêutico e regime medicamentoso; ▪ Desenvolver uma dinâmica interativa de grupo permitindo que cada um partilhe os seus sentimentos e dificuldades relacionadas com a adesão ao regime medicamentoso e assistir na reformulação do significado atribuído a esses mesmos sentimentos e dificuldades; ▪ Treinar capacidades e competências sobre estratégias para a gestão do regime medicamentoso, realizando reforço positivo para o <i>insight</i> que cada utente demonstra; 	

Estágio com Relatório

	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover a consciencialização da importância da valorização positiva por <i>si</i>, para os contributos da adesão ao regime terapêutico enquanto promotor de um bom funcionamento do bem-estar psicológico;▪ Informar sobre contactos telefónicos do serviço, perante a eventual necessidade de partilha de dúvidas e fatores promotores para a não adesão ao regime medicamentoso;▪ Finalizar a sessão dando destaque a pontos fortes da mesma e incentivando à reflexão e à partilha da opinião sobre a temática apresentada;▪ Realizar a avaliação da sessão.
Recursos	Sala adequada que permita a criação do <i>setting</i> terapêutico para a sessão decorrer num contexto tranquilo e adequado; Cadeiras para os utentes internados e moderadores da sessão se colocarem em círculo;
Avaliação	A avaliação da sessão é realizada através do registo observacional em folha própria do serviço de psiquiatria para este efeito e da recolha da resposta oral dos utentes que participaram na sessão;

AVALIAÇÃO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA: “Vou ter Alta e agora?”

A sessão decorreu sem intercorrências, num ambiente propício, em que foi possível a participação e expressão dos sentimentos pelas próprias utentes e sobre as limitações e dificuldades sentidas anteriormente para a não adesão ao regime medicamentoso. Os conteúdos foram abordados e adequados ao contexto de cada utente resultante da partilha da experiência individual de cada uma. No final todas elas verbalizaram que a sessão foi esclarecedora e contribuiu para valorizarem mais a importância da adesão ao regime terapêutico.

AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DE GRUPO

ACTIVIDADE: Sessão Psicoeducativa "Adesão à terapêutica"

Data: 19.03.21 Técnico: Enf.ª Albina / CESMP Técnico: _____

NOME PARTICIPANTE	MOTIVAÇÃO	ATENÇÃO/ CONCENTRAÇÃO	PARTICIPAÇÃO	SATISFAÇÃO	INTERACÇÃO	COMPORTAMENTO	EFICÁCIA DA ACÇÃO
[Redacted]	2	3	2	2	2	2	1
[Redacted]	2	3	2	2	2	2	1
[Redacted]	2	2	1	2	2	2	1
[Redacted]	2	3	2	2	2	2	1

MOTIVAÇÃO	ATENÇÃO/ CONCENTRAÇÃO	PARTICIPAÇÃO	SATISFAÇÃO	INTERACÇÃO	COMPORTAMENTO	EFICÁCIA DA ACÇÃO
0. Recusou integrar o grupo 1. Necessitou de persuasão 2. Aderiu espontaneamente	0. Nula 1. Alguma, com baixas de concentração 2. Na maior parte da sessão 3. Em toda a sessão	0. Não colabora 1. Participa quando estimulado 2. Participa activamente sem necessidade de estimulação	0. Não mostrou sinal de se divertir 1. Divertiu-se ocasionalmente 2. Divertiu-se durante toda a sessão	0. Nenhuma interacção 1. Só interage quando questionado 2. Interage espontaneamente	0. Agitado/Inquieto 1. Desorganizado/Desorientado 2. Adequado	0. Não 1. Sim

Observações: As utentes demonstraram compreender a importância da adesão à terapêutica e insight para a mesma. A D. Irone, apesar de ser preceptiva que compreendeu a informação, no entanto, verbalizou frequentemente os efeitos secundários como uma consequência negativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M. D., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2016). Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 201-219.

Disponível em:

[8228-Article Text-23338-1-10-20160203 \(2\).pdf](#)

Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 209-219. Disponível em:

[1-s2.0-S0870902516300104-main.pdf](#)

Ordem do Enfermeiros (2016). *CIPE® versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa. Lusodidacta