

## **Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização de Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

### **Risco Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria**

Gestão de Comportamentos Agressivos com Crianças e  
Adolescentes

**Vera Lúcia dos Santos Casimiro**

**Lisboa**

**2019**



## **Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização de Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

### **Risco Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria**

Gestão de Comportamentos Agressivos com Crianças e  
Adolescentes

**Vera Lúcia dos Santos Casimiro**

Orientador: Professor Dr. António Jorge Soares Antunes Nabais

**Lisboa**

**2019**



## AGRADECIMENTOS

Porque não poderia deixar de agradecer a quem sempre esteve ao meu lado:

Ao Professor Dr. **António Nabais** pelo desafio que me propôs, pela motivação que me transmitiu, disponibilidade e orientação na realização deste trabalho.

Aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, por me terem orientado no decorrer do estágio em contexto hospitalar e na área de dia.

Às Professoras da ESEL pelo conhecimento partilhado e apoio no projeto ARiSCO\_\_smca e a todos os outros Profissionais das escolas que fizeram parte do mesmo, pois sem o esforço de todos este projeto não seria possível de concretizar.

Agradeço aos meus colegas de curso pelo incentivo e apoio em todos os momentos, particularmente à **Joana Carvalho** pela partilha, pela risada e essencialmente pelo apoio nos momentos de maior angústia.

Agradeço à minha **família**, pelo apoio sempre prestado, especialmente ao meu irmão **Pedro Casimiro** por ser muito importante para mim e por tudo o que me tem ajudado.

Ao **Ricardo**, meu amigo, meu companheiro, meu marido (...) por tudo o que és na minha vida e por não me deixares desistir de lutar por aquilo em que eu acredito. Ao **Guilherme**, por ser um filho maravilhoso, pequenino e crescido ao mesmo tempo. Desculpa pelas brincadeiras que te devo! À **Beatriz** que nasceu durante este percurso e que igualmente será uma menina maravilhosa.

Às **amigas**, especialmente à “**Pipa**” e à “**Lili**” porque nunca me deixaram “baixar os braços”.

Ao grupo das “**mães gralhas**” pela força que me deram para concluir este trabalho.

Às **crianças e adolescentes** que se cruzaram no meu caminho e que se tornaram tão importantes no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Fizeram-me recordar tanto a infância e o crescer (...). Estarei sempre grata.

*“O pensamento é o ensaio da ação”.*

Sigmund Freud

## RESUMO

Este relatório surge do desenvolvimento de um projeto previamente planeado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e tem como principal objetivo apresentar o percurso realizado para a aquisição de competências de enfermeiro especialista.

Integrei o projeto ARisCo\_\_smca, com o intuito de avaliar o Risco Clínico em Pedopsiquiatria. Nesta área existe um número considerável de crianças e adolescentes com perturbações do comportamento, tais como a agressividade, tendo impacto na organização dos cuidados. Atacar ou agredir, provocar dor a si próprio ou ir contra objetos e/ou pessoas (...). Porquê este comportamento? E esta opção foi escolhida com base na inquietude que me provoca.

Em contexto clínico, assume-se necessário atribuir um significado ao comportamento agressivo para poder dar respostas mais adaptadas.

Este estágio decorreu em Pedopsiquiatria entre a unidade de internamento e o ambulatório. No internamento integro o projeto acima mencionado com a finalidade de validar um instrumento para avaliação do Risco Clínico, bem como planear e prestar cuidados de enfermagem a crianças/adolescentes com comportamentos agressivos. O estágio na comunidade incidiu particularmente na aquisição de competências socioterapêuticas desenvolvidas no seio de um grupo de 5 adolescentes.

**Palavras-Chave:** Risco Clínico; Pedopsiquiatria; Agressividade; Enfermagem de Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

This report arises from the development of a project previously planned in the 8<sup>th</sup> Master's Degree in Nursing in Mental Health and Psychiatry Area of Specialization, and it's main goal is to present the path taken for the acquisition of specialist nurse competences.

I integrated the project ARisCo\_\_smca, with the purpose of evaluating the Clinical Risk in Child and Adolescent Psychiatry. In this area there are a considerable number of children and adolescents with behavioural disorders, such as aggressiveness, having an impact on the healthcare organization. Attacking or assaulting, causing pain to oneself or going against objects and / or people (...). Why this behaviour? This option was chosen based on the restlessness that this matter causes to me.

On the clinical context, it is necessary to assign a meaning to the aggressive behaviour in order to be able to provide more suitable answers.

This internship in Child and Adolescent Psychiatry took place between the in-patient unit and the community health. On the in-patient unit, I integrated the aforementioned project with the purpose of validating an instrument for the evaluation of Clinical Risk, as well as planning and providing nursing care to children / adolescents with aggressive behaviour. The internship on the community focused particularly on the acquisition of socio-therapeutic competences developed within a group of five adolescents.

**Keywords:** Clinical Risk; Child and Adolescent Psychiatry; Aggressiveness; Mental Health Nursing.

## **SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

ARC – Avaliação do Risco Clínico

ARisCo\_\_smca – Avaliação do Risco Clínico em saúde mental da criança e do adolescente

art. – Artigo

BVC – Broset Violence Checklist

CAL – Comportamentos auto-lesivos

DGS – Direção Geral de Saúde

Dr. – Doutor

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Ex. – Exemplo

*GRiST* – Galatean Risk and Safety Tool

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População, conceito e contexto

PHDA – Perturbação de hiperatividade com déficit de atenção

REPE – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

SU – Serviço de Urgência

TIPESMP – Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas em ESMP

TO – Terapeuta ocupacional

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
1.1. Risco Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria	13
1.1.1. Risco de Agressividade (auto e heteroagressividade)	14
1.1.2. Risco de Suicídio	15
1.1.3. Risco de Fuga	16
1.2. Agressividade na Infância e Adolescência: scoping review	16
1.3. Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis	20
<b>2. PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>23</b>
2.1. Contexto Hospitalar	23
2.1.1. Projeto Arisco__smca	23
2.1.2. Intervenções de Enfermagem Desenvolvidas	26
2.1.2.1. Cuidados Especializados em Grupo	28
2.1.2.2. Cuidados Especializados em relação dual	39
2.2. Hospital de Dia	47
2.2.1. Caracterização do grupo terapêutico	49
2.2.2. Intervenções de Enfermagem Especializadas (em grupo)	51
<b>3. IMPLICAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>56</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>59</b>

## ANEXOS

Anexo I – Documento existente para Avaliação ao Risco Clínico

Anexo II – Certificado de formação “Metodologias de Intervenção Snoezelen nas NEE e Demências”

Anexo III – Diploma de participação no workshop “Técnicas de Meditação e Relaxamento Infantil”

Anexo IV – Procedimento sectorial da área de Pedopsiquiatria (medidas de atuação para interromper a escalada de agressividade e violência)

Anexo V – Os contextos de uma sessão de Psicodrama Moreniano

Anexo VI – Os instrumentos de uma sessão de Psicodrama Moreniano

Anexo VII – As Fases de uma sessão de Psicodrama Moreniano

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Revisão scoping: Extração de dados

Apêndice II – Revisão scoping: Análise dos resultados

Apêndice III – Plano de Sessão “Como lidar com os Medos”

Apêndice IV – Grelha de avaliação de sessão “Como lidar com os Medos”

Apêndice V – Reflexão da sessão “Dança, Movimento e Terapia”

Apêndice VI – Plano de Sessão “Movimento e Relaxamento”

Apêndice VII – Relaxamento progressivo de Jacobson (modelo adaptado)

Apêndice VIII – Identificação das zonas de maior tensão

Apêndice IX – Questionário para avaliação da sessão de Movimento e Relaxamento

Apêndice X – Escala numérica (adaptada) para avaliação da sessão de Movimento e Relaxamento

Apêndice XI – Estudo de Caso: Plano de Cuidados

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 - Precisão do instrumento existente e novo instrumento	26
Quadro 2 - Organização de atividades terapêuticas por semana	27
Quadro 3 - Mediadores mais utilizados em Arte-terapia	29

## INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do ano letivo 2017/2018 na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com o objetivo de adquirir e desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), realizar e implementar um projeto de intervenção em contexto de estágio e obter o grau de Mestre.

Com o aproximar do estágio resolvi aceitar o desafio proposto e “fugir” (por assim dizer) da minha zona de conforto para abraçar uma área tão apaixonante como a da criança e adolescente em contexto de saúde mental e psiquiatria. Nessa fase tive conhecimento de um projeto a decorrer nesta área – “ARisCo\_\_smca”, o qual requer muita atenção, investigação e intervenção. Composto por diversos parceiros, instituições de ensino superior e instituição hospitalar (onde estagiei), optei por dar continuidade à avaliação do risco clínico em enfermagem de saúde mental da criança e do adolescente.

Realço a importância da introdução de um estágio prévio de observação por parte da ESEL com o intuito do estudante entrar em contacto com o local onde se realiza o projeto bem como os diversos encontros para discussão e planeamento com todos os elementos que o integram.

Ao contactar com a unidade de internamento em questão e com o tipo de população em estudo (crianças e adolescentes), foi possível compreender o conceito de risco clínico real ou potencial associado aos mesmos. A equipa médica e de enfermagem avalia o risco clínico da criança e do adolescente a partir de um documento (Anexo I) existente no serviço/hospital que contém diversos fatores de risco clínico que são preenchidos de acordo com a manifestação psicopatológica da criança desde a admissão em meio hospitalar e ao longo do internamento. Porém, nunca foi avaliada a sua sensibilidade para prever o risco clínico.

Aliado a essa lacuna surge o projeto de investigação acima mencionado, havendo uma enorme motivação por parte dos elementos envolvidos no sentido do mesmo ser realizado e implementado independentemente dos obstáculos que surgirem pelo caminho, pois criar projetos, por si só não é suficiente.

Neste projeto a minha intervenção incide sobre o risco de agressividade onde pretendo mobilizar competências nesse âmbito. E para dar resposta à problemática em estudo, surge a questão de partida:

Qual o impacto da avaliação do risco clínico nos cuidados à criança e ao adolescente com comportamentos agressivos?

Com esta questão, pretende-se avaliar a sensibilidade do documento de avaliação do risco clínico existente, de modo a que este possa ser reformulado, tornando-se mais rigoroso e adaptado à especificidade e manifestação psicopatológica da criança/adolescente.

Sendo a maioria das admissões feitas através do serviço de urgência (SU), esse novo instrumento irá facilitar o processo de tomada de decisão. Isto é, mediante uma avaliação mais precisa, os profissionais podem decidir de forma mais segura sobre o tratamento em internamento ou em ambulatório.

No ano de 2013 já tinha sido realizada a pesquisa de um instrumento passível de ser mobilizado para que os enfermeiros do serviço pudessem realizar uma avaliação suportada do risco clínico, tendo sido encontrada, após uma revisão da literatura, a escala *GRiST*, desenvolvida no Reino Unido, com a possibilidade de avaliar o risco clínico de acordo com os seus indicadores: risco de agressividade, suicídio, autonegligência e vulnerabilidade.

É deste modo que na avaliação do risco, “mais do que definir um diagnóstico de transtorno mental, é fundamental que seja identificada a suspeita ou desajuste de comportamento, para que o adolescente possa ser orientado e acompanhado”. [Feijó & Oliveira (2001, p.130)]

Ambiciona-se também gerir esse mesmo risco, cabendo ao EESMP desenvolver competências que o minimizem.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. (OE, 2018, p.1)

Relativamente à gestão do risco clínico, Fragata (2011, p.242) afirma que esta “deverá ser entendida como uma cultura que tem como pilares a melhoria da qualidade e a segurança dos doentes”.

O estágio teve início a 25 de setembro de 2017 e terminou a 9 de fevereiro de 2018. O projeto foi desenvolvido num serviço Hospitalar de Pedopsiquiatria e pertencente ao mesmo, surge o estágio na comunidade – Hospital de Dia.

Este trabalho organiza-se em duas partes fundamentais: a primeira contempla o Enquadramento Teórico – que define os principais conceitos da problemática identificada, integrando conhecimento científico com base na *scoping review* realizada. A segunda, e a mais extensa parte diz respeito à Prática Clínica e respetivo desenvolvimento de competências em contexto hospitalar e na comunidade, onde descrevo os respetivos locais de estágio, experiências e reflexões vividas enquanto enfermeira em contexto de aprendizagem. Recordo que a implementação deste projeto se deu em dois locais com diferentes objetivos, nomeadamente a minha integração no ARisCo\_\_smca em meio hospitalar e a aquisição de competências do EESMP quer em contexto hospitalar quer na comunidade.

Findado este relatório, surge uma terceira e última parte onde são abordadas as implicações éticas, considerações finais do trabalho, onde inclui as suas limitações e dificuldades sentidas, assim como a forma encontrada para as superar num futuro breve. Em Anexo coloco o que considerei pertinente para complementar o trabalho. Em Apêndice encontram-se atividades e reflexões realizadas ao longo do estágio pelas quais se revelaram muito importantes para mim.

Aquando da realização deste trabalho foi tido em conta o guia de normas para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL – Norma APA.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Risco Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria

O risco é “a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso” e, por este último entende-se “qualquer ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade e como consequência do tratamento, mas não da doença que lhe deu origem, causando algum tipo de dano, desde uma simples perturbação do fluxo de trabalho clínico a um dano permanente ou mesmo a morte”. (Fragata, 2006, p.41) Harrison, Geddes & Sharpe (2006, p.79) corroboram ao afirmar que, “em psiquiatria, o risco designa a possibilidade de ocorrência de um acontecimento adverso como a autoagressividade, o suicídio ou a agressividade contra os outros”. Ao identificarmos um determinado risco é possível antecipar o que pode acontecer, como e porquê.

Para Maravilha (2014, p.17), a avaliação do risco clínico deverá ser “um alicerce a uma avaliação inicial (...), um auxílio ao planeamento e execução de um plano de cuidados individualizado (...) respetivo levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem mais precisos”.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2006-2016), é urgente, em Portugal “desenvolver serviços e programas que permitam dar respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento (...)” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p.24) Uma vez que o número de crianças e adolescentes internados em pedopsiquiatria tem aumentado, urge avaliar o risco clínico para evitar situações de maior gravidade, como por exemplo a autoagressividade e o suicídio, a violência contra terceiros ou heteroagressividade e/ou fuga ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico, com agravamento da situação e/ou evolução de doença mental. Deste modo, a crescente preocupação relativamente a tais eventualidades faz com que a avaliação e a gestão do risco se constituam importantes na prática psiquiátrica. (Harrison, *et al*, 2006) Allnutt, S., O’Driscoll, C., Ogloff, J.R.P., Daffern, M. & Adams, J. (2010), afirmam a importância em treinar os profissionais de saúde na avaliação e gestão do risco.

Quanto à natureza do risco, Allnutt *et al* (2010) entre outros aspetos, consideram que o risco muda continuamente, independentemente do período de tempo ser curto ou longo; não se trata de um evento único, é um processo recorrente onde há a necessidade de monitorização de determinados fatores; a avaliação do risco começa

com a identificação de fatores de risco empíricos e específicos de cada caso e termina com um plano para gerir esses mesmos fatores de risco; nenhum fator de risco isolado pode prever o resultado e nenhum risco pode ser eliminado. A segurança dos clientes é uma preocupação fundamental nas instituições de saúde. Desta forma e, em saúde mental, dada a sua especificidade e vulnerabilidade torna-se perceptível a necessidade não só de uma avaliação como também a gestão de fatores de risco para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

De seguida, defino os indicadores de avaliação do risco mais evidentes e valorizados pela equipa multidisciplinar na prática relativa à unidade de internamento:

#### 1.1.1. Risco de Agressividade (auto e heteroagressividade)

Segundo Scharfetter (2005, p.315), “a palavra agressão quer dizer, literalmente, acometer alguém, ou algo; uma aproximação a pessoa ou coisas, que se rodeia de uma determinada energia e intencionalidade”. Os comportamentos agressivos podem manifestar-se contra o próprio (autoagressão) ou contra terceiros (heteroagressividade).

O risco de autoagressividade refere-se aos comportamentos autolesivos (CAL) sem intencionalidade suicida. Podem existir várias formas de autoagressividade, porém, a automutilação é, hoje em dia, a forma mais comum. São exemplos de autoagressividade: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingerível. (Guerreiro & Sampaio, 2013)

De acordo com Marcelli & Braconnier (2005, p.143) existem automutilações impulsivas (“descarga motora em resposta imediata a uma situação de tensão, de conflito ou de frustração”) e automutilações crónicas (“manifestações que persistem e chegam mesmo a agravar-se”). “Os comportamentos autolesivos são importantes preditores de suicídio”. (DGS, 2013, p.71) Guerreiro & Sampaio (2013) acrescentam que, a existência de comportamentos autolesivos é sempre sinal de uma adolescência patológica, pelo que a adoção destes comportamentos nunca deve ser analisada com «ânimo leve» mesmo quando parecem superficiais ou manipuladores. (OE, 2012)

Este risco de autoagressão foi bastante incidente aquando o meu estágio, despertando em mim um interesse especial em compreender o que motiva o jovem a

provocar danos físicos dolorosos em si mesmo para aliviar a dor psicológica (tal como verbalizavam). Quanto à motivação para a autoagressividade, Harrison *et al* (2006, p. 83) afirmam que, muitos atos são uma resposta impulsiva a uma situação que se considera intolerável, indo ao encontro das automutilações impulsivas defendido por Marcelli & Braconnier (2005).

O adolescente possui a tendência natural para comunicar através da ação, em detrimento da palavra. Na busca de uma solução para os seus conflitos, os jovens podem recorrer às drogas, ao álcool ou à sexualidade precoce ou promíscua na tentativa de aliviar a dor ou de reencontrar a harmonia infantil perdida. Isto porque sentem que é mais fácil tolerar a dor física do que o sofrimento da alma (OE, 2012).

Relativamente ao risco de violência/heteroagressividade, “aos olhos do adolescente o mundo externo parece exercer sobre ele uma pressão que sente frequentemente como violenta e da qual pode desejar desfazer-se utilizando a mesma violência”. (Marcelli & Braconnier, 2005, p.133)

O comportamento agressivo é um motivo frequente de admissão de jovens em serviços de Saúde Mental. (Phillips, Stargatt & Fisher, 2011) Este tipo de agressão pode ser contra pessoas ou contra objetos/propriedades. Os autores supracitados reforçam que identificar um cliente com alto risco é crucial na gestão da agressão. Avaliar o risco nestes clientes permite prevenir episódios de agressão, agindo *à priori* sobre a probabilidade de ocorrência do mesmo.

### 1.1.2. Risco de Suicídio

Os comportamentos suicidários são um problema de saúde pública (OE, 2012). O «comportamento suicida» ou o «comportamento perigoso» são atos que “põem em perigo a vida do sujeito ou a sua integridade física, sem que o desejo ou a vontade de se matar seja consciente.” (Marcelli & Braconnier, 2005, p.293) Harrison *et al* (2006) distinguem os conceitos: tentativa de suicídio (quando existe uma clara ação para pôr termo à vida); para-suicídio (quando o grau de intenção suicida associado ao ato não é claro) e, suicídio (ato de pôr termo à vida). Estimam-se que ocorram cerca de 20 comportamentos da esfera suicidária não fatais por cada suicídio consumado (OE, 2012).

O jovem que tenta o suicídio fracassou no seu processo de desenvolvimento, numa tripla perspectiva, individual, familiar e social, determinando uma visão negativa de si próprio, provavelmente de lenta organização desde a infância, mas que eclodiu devastadoramente na adolescência. (DGS, 2013, p.68)

Estudos realizados mostraram que cerca de 90% dos jovens que se suicidaram tinham uma perturbação mental: 50% dos jovens apresentam depressão; 20-44% perturbação bipolar entre outras tais como o abuso de substâncias e as perturbações disruptivas do comportamento. (DGS, 2013) Ou seja, encontra-se significativamente associado à doença mental, pelo que nos permite afirmar que existindo um tratamento eficaz da doença mental podemos reduzir o risco de suicídio. (OE, 2012) É necessária a identificação correta e atempada das perturbações, bem como a eliminação do estigma da doença mental e escassos conhecimentos sobre os sintomas da mesma. A OE (2012) também aponta que se deve melhorar o acesso aos serviços disponíveis, a formação dos profissionais de saúde para o enfrentar deste problema.

### 1.1.3. Risco de Fuga

Para Marcelli & Braconnier (2005, p.127) “a fuga é uma partida impulsiva, brutal, na maioria dos casos solitária, limitada no tempo, geralmente sem finalidade determinada, na maioria das vezes numa atmosfera de conflito (com a família ou com a instituição onde está colocado o adolescente)”.

Muitas vezes a fuga surge da não adesão ao tratamento. De acordo com Santos & Neves (2014, p. 101), “a adesão ao tratamento é um problema frequente, sobretudo nos pacientes de alto risco que apresentam perturbações da personalidade ou marcadas dificuldades de vinculação que afetam a aliança terapêutica”. As autoras acrescentam que acontece muito em adolescentes, tendo em conta “a consolidação da identidade, da autonomia e da individualização” (...) num “processo interligado e interdependente entre o próprio e o meio envolvente”.

## 1.2. Agressividade na Infância e Adolescência: scoping review

Aquando da realização do estágio em Pedopsiquiatria realizo uma revisão *scoping* com o objetivo de mapear as evidências empíricas existentes sobre a intervenção da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica direcionada para crianças

e adolescentes, tendo em conta a agressividade como um indicador da avaliação do risco clínico. Destaco os seguintes objetivos:

- Evidenciar o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria junto de crianças e adolescentes;
- Aferir a avaliação do risco clínico em ESMP em crianças/adolescentes com comportamentos agressivos.

Estes objetivos refletem as metas que se pretendem alcançar por meio do estudo a realizar e justificam a realização do mesmo sendo como um “enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”. (Fortin, 2003, p.100)

Tendo em conta a mnemónica PCC e a qual orientou a formulação da pergunta de pesquisa, importa clarificar que a população (P) integra crianças e jovens com comportamentos agressivos, o conceito (C) refere-se ao risco clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e o contexto (C) subordina-se ao contexto hospitalar. Neste sentido, a pergunta à qual se pretende responder é: ***Qual o impacto da avaliação do risco clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos cuidados à criança e ao adolescente com comportamentos agressivos?***

Como metodologia recorro a uma pesquisa alargada desde a literatura cinzenta às bases de dados (B-ON, EBSCO e a PubMed/NBCI, onde utilizo 11 artigos<sup>1</sup>, 10 dos quais integram estudos realizados nos últimos 10 anos de cariz qualitativo e quantitativo que abordam o risco clínico em ESMP da criança e do adolescente com ênfase na avaliação e gestão de comportamentos agressivos), cuja extração de dados e apresentação de resultados se encontram nos Apêndice I e II. Estes resultados foram obtidos em 3 pesquisas. Na B-ON utilizou-se o termo risco clínico combinado com saúde mental, criança e agressividade e na segunda pesquisa utilizou-se os mesmo termos em inglês, utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”. A terceira pesquisa foi realizada utilizando os termos: *risk assesement, children, psychiatric institution e aggression*.

Tem sido cada vez mais visível a preocupação dos profissionais de saúde em desenvolver e implementar intervenções que visam reduzir os comportamentos de risco através da mudança comportamental das crianças e adolescentes em particular,

---

<sup>1</sup> Um dos artigos, publicado em 2003, mas que considere interessante para esta revisão, não contemplam na extração de dados e apresentação de resultados.

considerando os comportamentos de risco como uma prioridade de saúde pública (Junior, Nahs, Barros, Lock, Oliveira, Debem & Lopes., 2009). Contudo, apesar de se constatar um aumento de comportamentos agressivos nesta população, verifica-se também que a limitação de instrumentos que visam avaliar o risco de agressividade apenas em adultos, tem contribuído para um défice estatístico neste âmbito. (Philips, Stargatt, & Fisher, 2011).

Na prática de enfermagem, Becõna (2002) sublinha que a capacitação das crianças e jovens não se deve limitar, nem tão pouco passa meramente pela informação, o que também é defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2018), para quem a disponibilização e transmissão de informação não é, de todo, suficiente para induzir a mudança comportamental e consciencializar este público. Seguindo esta linha de raciocínio, a Direção Geral de Saúde (2013, p. 4), no âmbito da intervenção junto de crianças e adolescentes, defende a formação específica dos profissionais de saúde, tais como os enfermeiros.

No contexto hospitalar, os comportamentos agressivos constituem um dos motivos que justificam a admissão e o internamento, na área de saúde mental e de psiquiatria de crianças e adolescentes (Maravilha, 2014), onde as situações de auto e heteroagressividade durante o internamento podem ser prevenidas através de uma avaliação mais rigorosa aquando da admissão do cliente e à semelhança do que acontece com a população adulta, a melhor forma de prevenir episódios de agressividade é averiguar e perceber se eles já existiram no passado e de que forma (Philips, Stargatt & Fisher, 2011 citado por Borum, 2000).

No que respeita à realidade portuguesa, é importante salientar que em 2014 já se iniciou um estudo sobre a avaliação do risco em saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência, destacando, entre a pesquisa de instrumentos de avaliação do risco, a escala de *GRiST*. Esta escala foi adaptada à população portuguesa, sendo que a sua versão original tinha como público-alvo crianças e adolescentes até aos 18 anos (exclusive), possibilitando uma avaliação de variados indicadores de risco em diferentes momentos: aquando da admissão na instituição; e em futuras avaliações do risco clínico. Porém, a sua sensibilidade nunca tinha sido testada.

Ferreira (2014), mantém o foco da sua atenção nas diversas intervenções de enfermagem. A avaliação do risco de agressividade baseada em instrumentos de valor preditivo, revela-se uma intervenção estruturada e sistematizada, bem como uma boa prática de enfermagem. Um dos principais instrumentos de predição do risco

de agressividade que importa salientar é o Broset Violence Checklist (BVC) [(Almvik & Woods, 2003)], o qual também foi adaptado à realidade portuguesa por Marques, Bessa, Santos & Carvalho (2004). A BVC é uma escala do tipo preditivo a curto prazo, tendo como finalidade a previsão do risco de agressão física nos clientes com patologia do foro mental num período de 24 horas depois da avaliação, assente na observação do enfermeiro (Almvik & Woods, 2003).

Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria têm capacidade de identificar situações de risco de agressividade real e potencial bem como intervir em situações de crise. Allnutt *et al* (2010) afirmam que os fatores de risco dinâmicos estão sempre a mudar, informando sobre a probabilidade de situações de violência a curto prazo. Já os fatores de risco estáticos são mais estáveis e não mudam de uma forma tão rápida no tempo. A identificação destes fatores é importante para avaliar o nível de risco do cliente e planear o seu tratamento (Otto, 2000).

Tremmery, S.; Danckaerts, L.; Molenberghs, G.; Hert, M.; Wampers, M.; Varé, J. & Decker, A. (2014), realizam um estudo na Bélgica onde assumem que as intervenções implementadas deverão ser o mais breve possível de forma a impedir a escalada de agressividade. Neste estudo prevalece a comunicação, o encaminhamento do jovem ao quarto por breves momentos até reunir condições para voltar às atividades de grupo. Neste estudo, as intervenções levadas a cabo, não são restritivas. Mantém a máxima dignidade e autonomia do cliente. O isolamento e/ou contenção são a última escolha [(Tremmery *et al*, (2014)] indo ao encontro com as intervenções tidas em conta na realidade Portuguesa<sup>2</sup>.

Os EESMP são indicados para realizar um plano de intervenção para gerir o risco clínico e a agressividade junto de crianças e adolescentes, supervisionando comportamentos e monitorizando fatores considerados de risco, estabelecendo assim a melhoria contínua dos cuidados, estabilização e reabilitação da saúde mental dos clientes.

---

<sup>2</sup> Conforme orientação da DGS (2011, p.2) Um ambiente terapêutico com menor recurso a medidas de contenção significa que foram esgotadas as medidas alternativas ao seu recurso.

### 1.3. Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis

Este estágio foi maioritariamente desenvolvido em internamento hospitalar, junto de adolescentes até aos 18 anos (exclusive) com diversos quadros psicopatológicos agudos exceto situações de toxicodependência e delinquência.

Intervimos assim junto de uma população em idade de mudança, tal como indica a etimologia da palavra adolescência em latim, que significa «crescer». (Marcelli & Braconnier, 2005) Para estes autores, “compreender este período transitório, descrever as linhas de força em torno das quais esta desordem psíquica e corporal se ordenará pouco a pouco, constitui um trabalho árduo e delicado.” (Marcelli & Braconnier, 2005, p.23) A adolescência é então uma passagem entre a criança e a fase adulta. Porém o adolescente não é nem poderá ser tratado como adulto. Esta temática vai ao encontro da teoria das transições de Meleis – Mudança produzida pelo desenvolvimento e/ou pela alteração no estado de saúde.

Hoje em dia, a infância é-nos apresentada como um conceito cultural, biológico e psicossocial, verificando-se que o fascínio "pelos anos da infância, é um fenómeno relativamente recente” (Heywood, 2004, p. 13). Esta fase caracteriza-se pelas acentuadas mudanças que comporta e as quais refletem o grande e progressivo processo de desenvolvimento<sup>3</sup>. À semelhança desta fase, também a adolescência constitui uma etapa fundamental do ciclo vital do ser humano, uma vez que representa a transição da infância para a idade adulta<sup>4</sup>. Nesta ordem de ideias, entende-se que

---

<sup>3</sup> Parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, que é constituído pela interação das características biopsicológicas e experiências oferecidas pelo meio ambiente (Souza, J.; Veríssimo, M., 2015, p.1101); os autores acrescentam que o desenvolvimento é um processo único de cada criança pelo que não há uma idade concreta para o fim da infância e início da adolescência.

<sup>4</sup> Caracterizada por importantes mudanças, oportunidades e desafios, a nível biológico, psicológico e social. Período da vida criativo, marcado por emoções, algumas vezes, como uma fase de problemas e isolamento e, noutras circunstâncias, como uma fase de turbulência e rebeldia. Ao contrário da puberdade (10-12 anos), a delimitação da adolescência é mais complexa e variável ao longo da história e suscita definições, de ordem mais subjetiva, dependentes de fatores, como a maturidade psicológica, a autonomia, a identidade ou o estatuto de adulto. (Monteiro, P.; Confraria, L., 2014, p.339)

também a adolescência merece particular atenção pois acarreta inúmeras mudanças, podendo contribuir para o "aparecimento de comportamentos irreverentes" (Ferreira & Nelas, 2006, p. 142) e de acordo com estes autores, "resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo". Estas duas fases são determinantes para o adulto que a criança e/ou adolescente se vai tornar no futuro, sendo ao longo delas que este se desenvolve física e biologicamente, socialmente e psicologicamente<sup>5</sup> (Aberastury, 1980). É na adolescência (pelas características que lhe assistem), que a probabilidade de adotar comportamentos de risco<sup>6</sup> aumenta, os quais refletem a "exposição a uma maior probabilidade de sofrer danos físicos, psicológicos ou mesmo a morte" (Gomes & Mendes, 2009, p. 689). Como alguns exemplos apontam-se o consumo de álcool e/ou drogas, o tabagismo e a agressividade, sendo este último o foco da minha atenção. A agressividade surge na literatura como fator de risco e como um indicador relacionado com a avaliação do risco em saúde mental e psiquiatria, sendo entendida como "uma resposta que tem como objetivo infligir dor ou lesão a objetos ou pessoas". (Townsend, 2011, p. 263)

Chick e Meleis (1986), salientam que, a enfermagem se foca nas respostas humanas às transições, as quais têm origem em eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida.

Afaf Meleis, uma das principais autoras da teoria das transições, consolidou a ideia acima mencionada, ao considerar que o profissional de enfermagem antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda a enfrentar as mudanças ocorridas, objetivando a promoção, do máximo possível, da autonomia e bem-estar dos clientes. Contudo, convém clarificar que mudança e transição não são sinónimos, dado que a primeira

---

<sup>5</sup> "Para que a adolescência evolua com progressiva maturidade, criatividade, autonomia e saúde mental, é necessário que a criança consiga reunir, de forma harmónica, algumas características, como boas competências sociais, persistência, sentido de humor, capacidade de adaptação e flexibilidade, e que tenha um bom suporte familiar e comunitário – só assim terá resiliência necessária para enfrentar as mudanças e os eventos que a esperam"; (Monteiro *et al*, 2014, p.340-341) Os autores afirmam que esta etapa conduz à autonomia e à formação da identidade.

<sup>6</sup> Compreendem a prática frequente e intensa de qualquer atividade que contribui para o aumento de risco de doença ou acidente [Steptoe & Wardle (1996) citado por Matos & Carvalhosa (1996)] e nesse sentido, os adolescentes são apontados como um grupo com tendência para adotar este tipo de comportamento, comprometendo a sua saúde (Carter, McGee & Williams, 2007). Nos adolescentes, este tipo de comportamentos surge da sua curiosidade, inexperiência, insegurança, necessidade de transgressão e de testar limites, procura de autoafirmação e do prazer (Feijo & Oliveira, 2001).

se refere à situação e a segunda, por sua vez, à vivência da situação (Bridges, 2004; Chick & Meleis, 1986; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006).

Meleis *et al* (2000) apresentou a Teoria de Médio Alcance das Transições, a qual foi desenvolvida com base em três conceitos centrais: a natureza (as transições podem ser do tipo saúde/doença, desenvolvimental e situacional; quanto ao padrão de transição podem ser caracterizadas como únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não) [(Meleis, 2007; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis *et al.*, 2000)]; as condições facilitadoras e inibidoras (implica a caracterização das condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou não uma transição saudável); e os padrões de resposta (como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo, os pontos e eventos críticos).

Retomando ao âmbito do trabalho, a vivência de uma situação de agressividade pode ser entendida, à luz desta Teórica de Enfermagem como sendo uma transição situacional, ou seja, este comportamento poderá ser uma resposta humana, muitas das vezes desadaptada a um evento de vida (como por exemplo: morte, perda, divórcio, catástrofe ou nascimento). Atendendo à população envolvida, também se pode considerar uma transição com base no seu desenvolvimento, isto é, na transição da infância para a adolescência. A agressividade também se pode considerar um sintoma em psicopatologia, onde integra a transição de um estado de saúde para um de doença. Em determinadas situações de agudização mental, os jovens não apresentam *insight* para reconhecerem que estão doentes e que precisam de ajuda, constituindo uma condição inibitória da transição dita saudável por Meleis *et al* (2000). Em última instância, os padrões de resposta, encontram-se comprometidos em situações de agressividade, uma vez que além do cliente poder estar a vivenciar várias transições ao mesmo tempo, têm dificuldade em interagir com os outros bem como a estabelecer uma relação terapêutica com os técnicos. Cabe ao Enfermeiro Especialista assistir o cliente e sua família perante tais mudanças e/ou transições nas suas vidas, facilitando a adaptação e à aquisição de conhecimentos e competências para fazer face a esta transição. Ao gerir comportamentos agressivos, o EESMP poderá tornar essas respostas positivas.

## 2. PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

### 2.1. Contexto Hospitalar

O estágio em contexto hospitalar decorreu no período de 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018. Desde a realização do projeto de estágio que os objetivos gerais e específicos se encontram definidos:

- A) Participar no Projeto “Arisco\_\_smca”.
  - Compreender o significado de Risco Clínico em Saúde Mental;
  - Reconhecer os Indicadores de Avaliação do Risco Clínico em Pedopsiquiatria;
  - Identificar instrumentos de Avaliação de Risco Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria.
  
- B) Planear Cuidados de Enfermagem em função da Avaliação do Risco Clínico em Pedopsiquiatria
  - Adquirir conhecimentos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com Crianças e Adolescentes;
  - Gerir o Risco Clínico num serviço de internamento com crianças/adolescentes;
  - Implementar um plano terapêutico individualizado;
  - Avaliar resultados das intervenções realizadas.
  
- C) Prestar Cuidados de Enfermagem à Criança e ao Adolescente com Comportamentos Agressivos.
  - Gerir o Risco de Agressividade com Crianças e Adolescentes;
  - Mobilizar competências adquiridas em ESMP;
  - Reavaliar o efeito das intervenções realizadas.

#### 2.1.1. Projeto Arisco\_\_smca

Avaliar o risco clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na criança e no adolescente é para nós de extrema importância. Porém, tal como já referi, pouco existe na literatura portuguesa sobre o assunto que o defenda. Urge avaliar riscos tais

como a autoagressividade (CAL e suicídio), heteroagressividade ou violência dirigida a outros e situações de fuga ou abandono do projeto terapêutico. Uma ARC irá contribuir para uma maior segurança da população como também irá facilitar o processo de tomada de decisão e a dotação de enfermeiros por turno.

Deste projeto fez parte um grupo de investigadores pertencentes a três instituições de ensino superior<sup>7</sup> e a uma instituição hospitalar (onde se realizou o estágio). Todos os elementos contribuíram para a concretização dos objetivos definidos para este projeto, revisão da literatura; *focus group*<sup>8</sup>; análise estatística e alteração do instrumento existente para a ARC.

Numa fase inicial foi feita uma síntese narrativa da literatura com recurso às bases de dados (CINAHL e MEDLINE) da plataforma EBSCO e através desta pesquisa, o grupo selecionou quatro artigos. Nesta etapa do projeto foi possível identificar as dimensões consideradas na avaliação do risco clínico em serviços de pedopsiquiatria e as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para realizar esta avaliação. Com esta revisão o grupo realizou um poster intitulado: “Como avaliar o Risco Clínico em saúde mental da criança e do adolescente?” Este foi apresentado num simpósio de suicidiologia em 2018 e foi ainda apresentado por mim no dia internacional do enfermeiro no hospital onde estagiei.

De acordo com anterior pesquisa, a avaliação do risco clínico pode ser realizada de uma forma estruturada, recorrendo a instrumentos ou à observação clínica e perícia do profissional. Relativamente às dimensões de avaliação do risco clínico, os estudos consideram a auto e a heteroagressão, a autonegligência, a vulnerabilidade, o comportamento sexual nocivo e as dificuldades de aprendizagem, não existindo, porém, instrumentos que avaliem todas estas dimensões de uma forma integral.

Aquando do estágio hospitalar, colaborei na análise de processos clínicos de crianças e adolescentes admitidos no internamento hospitalar, alguns dos quais com vários re-internamentos, desde meados de 2015 a 2017. A., (estudante de mestrado na área de engenharia informática) realizou um estudo estatístico com 321 avaliações do risco em crianças/adolescentes nesse período com o objetivo de avaliar o

---

<sup>7</sup> Instituto Superior Técnico; Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<sup>8</sup> “Técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador.” [Silva, Veloso & Keating (2014, p.177) cit. Morgan (1996, 1997)].

documento de avaliação do risco clínico existente na área de pedopsiquiatria bem como contribuir para a construção de um sistema de apoio à decisão para a avaliação do risco clínico em saúde mental de crianças e adolescentes. A., deu a conhecer ao grupo de investigação que o documento utilizado pela equipa médica e de Enfermagem nem sempre coincide com a avaliação dos peritos na área. O risco era avaliado e registado no processo clínico de cada cliente como: Muito Alto Risco; Alto Risco; Médio Risco ou Baixo Risco, tal como nos indica o documento (Anexo I).

Assim, constatámos que, a maioria das avaliações eram realizadas com a influência de determinados fatores tais como a experiência e perícia do profissional de saúde no momento de admissão do cliente bem como nas reavaliações seguintes.

Várias reuniões aconteceram com o intuito de recolher dados concretos para avançar para a fase de construção do instrumento propriamente dito. Tendo em conta o documento de ARC existente no serviço, pretende-se reformular o mesmo por forma a ser criada uma plataforma informática para uma avaliação mais precisa e segura do risco, o que permitirá, reduzir o tempo necessário para a avaliação do risco e armazenar os dados do cliente avaliado.

No sentido de criar o instrumento mais sensível e que nos possa fornecer resultados mais fidedignos, foram fornecidos alguns dados para acrescentar às questões gerais da folha de ARC, promovendo alterações ao nível das árvores de decisão clínica. Valorizaram-se alguns aspetos tais como o risco associado à patologia clínica (ex.: epilepsia com episódios recorrentes, perturbação do comportamento alimentar) e a inclusão de fatores de vulnerabilidade acrescida (ex. institucionalização, presença ou não de figura de referência), se a criança comunica ou não, entre outros fatores, relacionados com o suicídio, com plano estruturado ou não, antecedentes familiares, se há historial de abuso sexual, perdas afetivas e consumo de substâncias.

Assim, ao acrescentar informações relevantes para a avaliação de crianças e jovens foi possível alterar o instrumento de forma a juntar algumas questões e a eliminar outras que menos implicam na avaliação do risco.

A. conclui com o seu trabalho que as árvores de decisão clínica apresentam uma precisão superior ao questionário utilizado no hospital face à avaliação da equipa médica e de enfermagem.

	Precisão Instrumento atual	Precisão Novo Instrumento
Suicídio	58,3%	91,6%
Autoagressividade	93,5%	96,6%
Heteroagressividade	89,1%	95%
Fuga	93,8%	97,5%

Quadro 1 - Precisão do instrumento existente e novo instrumento

O novo sistema de recomendação para a avaliação do risco clínico permitiu assim uma diminuição do número de perguntas e uma melhor compreensão no processo de cálculo do risco, classificando-o em: “muito alto” ou “não muito alto” risco . Este encontra-se em fase de teste com o intuito de garantir que o novo instrumento de ARC é preciso e garante um funcionamento adequado à pedopsiquiatria.

### 2.1.2. Intervenções de Enfermagem Desenvolvidas

O serviço de internamento hospitalar onde estagiei, tem uma lotação máxima para o internamento de 16 crianças e adolescentes até aos 18 anos (exclusive). O estágio neste contexto correspondeu a 60% da carga horária programada.

Fazem parte desta equipa: pedopsiquiatras, enfermeiros de cuidados gerais e especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, psicólogos, psicomotricistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais (TO) e assistentes operacionais que articulam muitas vezes com outros profissionais de saúde sempre que necessário (pediatras, nutricionistas/dietistas, bem como, médicos de outras especialidades).

Foi possível atingir os objetivos supracitados intervindo junto de crianças e adolescentes com perturbações do comportamento alimentar, ideação e/ou tentativa de suicídio, comportamento agressivo, perturbação depressiva grave e/ou outras situações que pela sua gravidade coloquem em risco a vida da criança/adolescente e sua família.

Neste contexto é utilizado o *Milieu Therapy*, ou seja, ambiente terapêutico ou terapia pelo meio, pelo qual, todos os cuidados têm uma intencionalidade terapêutica. Para Townsend (2011, p.720), “o *feedback* proveniente dos pares é mais eficaz do que a interação um para um com o terapeuta”. O objetivo deste ambiente terapêutico é “manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do

cliente sejam considerados terapêuticos.” (Towsend, 2011, p.201) Pelo que pode constatar no estágio, nesse *setting*, cada criança/jovem acaba por interiorizar mecanismos de *coping* individualizados e capacidades de interagir e se relacionar com o outro provocando melhorias significativas ao nível da interação, comunicação, comportamento e gestão de sintomas ao longo do tempo. Neste ambiente encontram-se incluídas as intervenções farmacológicas e não farmacológicas como sendo intervenções de cariz individual e/ou de grupo.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, é preconizado o método do enfermeiro responsável ou enfermeiro de referência<sup>9</sup> e este em articulação com o respetivo médico de referência da criança/adolescente define o seu projeto terapêutico personalizado. Aquando das reuniões multidisciplinares, estes profissionais debatem sobre esse mesmo projeto terapêutico e adequam, mantendo ou alterando os objetivos terapêuticos conforme a evolução da situação. O serviço de internamento possui semanalmente uma organização de atividades terapêuticas a desempenhar em grupo por profissionais especializados na área de saúde mental e psiquiatria. Todas as atividades que abaixo se apresentam (Quadro 2) são desempenhadas pela equipa de enfermagem, existindo ainda outras atividades específicas de outros profissionais, tais como TO e psicomotricistas.

<b>Dia da Semana</b>	<b>Atividade terapêutica</b>
Segunda-feira	Expressão Dramática
Terça-feira	Dança, Movimento e Terapia
Quarta-feira	Terapia pela Arte
Quinta-feira	Atividade de Culinária
	Psicoeducação
Sexta-feira	Reunião Comunitária e Banca
	Cineterapia
	Balanço da Semana
Sábado	Auto-cuidado
Domingo	Relaxamento

*Quadro 2 - Organização de atividades terapêuticas por semana*

<sup>9</sup> **F3.5.1.** Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias. (OE, 2018)

Ao longo deste percurso procurei responder às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria<sup>10</sup> preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

#### 2.1.2.1. Cuidados Especializados em Grupo

Em saúde mental e psiquiatria, o trabalho com clientes e famílias assume frequentemente a forma de grupos. (Towsend, 2011) Esta autora afirma que neste trabalho, “o enfermeiro tem a oportunidade de chegar a um maior número de pessoas de uma só vez e estes indivíduos ajudam-se entre si trazendo para o grupo e partilhando os seus sentimentos, opiniões, ideias e comportamentos” (Towsend, 2011, p.168) e é possível aprenderem uns com os outros. No entanto, a função destes varia consoante a razão pela qual o grupo é formado. “A terapia de grupo é uma forma de tratamento psico-social no qual diversos clientes se encontram com um terapeuta com o propósito de partilhar, desenvolver conhecimento pessoal e melhorar as estratégias de *coping* interpessoais”. (Towsend, 2011, p.168)

No internamento de pedopsiquiatria participei em atividades num grupo aberto de crianças e jovens. “Grupos abertos são aqueles nos quais uns membros saem e outros entram a qualquer altura enquanto o grupo está ativo”. (Towsend, 2011, p. 169)

Ao longo deste tempo procurei assistir e/ou participar em todas as atividades terapêuticas organizadas semanalmente. Tendo em conta os orientadores de estágio e o tempo correspondente para realização do mesmo, optei por acompanhar o grupo da psicoeducação (em praticamente todas as sessões) e esporadicamente a terapia pela arte e o relaxamento.

---

<sup>10</sup> **1)** Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; **2)** Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental; **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; **4)** Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter e recuperar a saúde. (OE, 2018)

## Terapia pela Arte

É difícil definir o que é arte-terapia uma vez que existem vários modelos teóricos que a suportam. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (SPAT), esta destaca-se:

Como método de tratamento psíquico, que utiliza mediadores artísticos no contexto de um processo terapêutico específico. Isto resulta numa relação terapêutica própria baseada na interação entre o sujeito (criador), o trabalho artístico (criação) e o/a arte-terapeuta/psicoterapeuta. O recurso à imaginação, simbolismo e metáforas enriquece o processo. As características acima referidas facilitam a comunicação, o ensaio de relações de objeto e a reorganização de objetos internos, uma expressão emocional significativa e um maior autoconhecimento, libertando assim a capacidade de pensar e a criatividade. (Ruy de Carvalho, 2001)

Bucho (2009, p. 81), reforça a ideia de que esta terapia “não requer preocupação estética com a obra criada, já que o objetivo é possibilitar a comunicação (...)”.

Mediadores mais utilizados em Arte-Terapia	
Expressão Plástica	Pintura, Desenho, Escultura, Modelagem, Colagem
Expressão Corporal	Mímica, Dança, Movimento
Expressão Vocal	A voz, o canto
Expressão Dramática	Representação, Dramatização, Técnicas do Psicodrama
A música	Processo ativo, utilização de instrumentos musicais; ou processo recetivo na audição musical
Escrita	Poesia, escrita livre e criativa, Contos, Fadas, Lendas, Mitos
Utilização de técnicas projetivas	Imagens, fotografias, slides, fotocópias
	Tabuleiro de areia, fantoches, marionetas, fantasia guiada, alguns jogos.

Quadro 3 - Mediadores mais utilizados em Arte-terapia

Utilizando mediadores artísticos, é oferecido ao cliente uma forma de comunicar consigo e com o outro e permite confrontar-se consigo próprio. (Bucho, 2009, p.89) este autor acrescenta que “o mediador é algo que nunca se esgota em si mesmo, é munido de grande mobilidade e plasticidade, encontra-se em constante transformação (...)” Optei por colocar este quadro pois a maioria dos mediadores pelo autor descritos foram utilizados nas sessões que assisti e participei<sup>11</sup>.

### Psicoeducação

Sob orientação de uma EESMP, que por sua vez, neste âmbito fazia parte do grupo de psicoeducação, acompanhei as suas sessões às quintas-feiras até ao fim do estágio. Descrevo parte deste processo, bem como, reflexões pessoais tidas em conta no âmbito das sessões de grupo e que de alguma forma contribuíram para a minha aprendizagem.

As sessões de psicoeducação foram realizadas em grupo todas as quintas-feiras das 15h00 às 16h00 com o objetivo de fornecer informações ao grupo de crianças e jovens sobre determinado tema, promovendo o aumento do conhecimento e o fornecimento de estratégias para lidar com determinadas situações, sejam experiências de vida, doenças, tratamentos, etc. Authier (1977) citado por Lemes & Neto (2017, p.18) afirma que a psicoeducação propiciou uma maneira de auxiliar o tratamento das doenças mentais a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde. Assim ao capacitarmos os jovens a cuidarem de si próprios e dos problemas inerentes à sua saúde mental, estamos a aumentar a sua adesão ao tratamento, a reduzir o número e intensidade dos sintomas bem como a prevenir reinternamentos.

Os temas das sessões foram escolhidos em conformidade com as necessidades das crianças e adolescentes internados. No fim de cada sessão, o grupo escolhia, com a ajuda dos técnicos que tema emergia para a semana seguinte<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> **F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. (OE, 2018)

<sup>12</sup> **F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.  
**F4.1.3.** Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e

A primeira sessão que assisti intitulava-se de “relações interpessoais” e desta surgiram os temas: “comunicação”, “*bullying*”, “adolescência”, “estilos de vida saudáveis”, “a escola”, “estratégias para diminuir a ansiedade”, “perigo das redes sociais”, “sentimentos e emoções”, “benefícios do sono”, “depressão na adolescência”, “estigma, discriminação social e doença mental” e “como lidar com os medos”. Foi possível participar quer na maioria das sessões quer na realização de pesquisa bibliográfica, elaboração de plano de sessão e apresentação da mesma.

A “**comunicação**” foi sem dúvida um tema presente em todas as sessões. É o ato de se exprimir e permitir ao outro fazê-lo. Afirmo Phaneuf (2004, p.22), “cada ser existe em interação com os outros, num determinado contexto e numa dada cultura”. Não existe relação sem comunicação e em saúde esta constitui o principal instrumento terapêutico.

O “**bullying**” sempre existiu particularmente nas escolas entre crianças e adolescentes e, gradualmente tem vindo a ser alvo de estudos empíricos, nacionais e internacionais. Ao abordarmos este tema numa sessão emergiu naquela sala um conjunto de sentimentos e emoções tais como: a infelicidade, o medo, a raiva e o ódio. A maioria das crianças e jovens presentes assumiram que já sofreram de *bullying* e/ou ainda assistiram ao mesmo de forma muito próxima (junto de um irmão ou amigo). Esta sessão foi apresentada sob a forma de imagens relacionadas com o tema. A maioria dos elementos presentes na sessão participou livremente na mesma, dando o seu contributo, altura em que lhes são fornecidas estratégias para lidar com este fenómeno, ultimamente tão incidente e perigoso. O jovem B. afirmou que ele próprio “gozava com os putos na escola” (sic) sem aparentar arrependimento. Foi sensibilizado para as consequências desse comportamento junto dos colegas nomeadamente a nível físico e psicológico. Aparentemente compreendeu, espero que num futuro não volte a cometer.

A “**adolescência**” foi uma sessão igualmente apreciada pelas crianças/adolescentes. Particularmente sobre seus desafios e problemas. Após a sessão foi-lhes pedido um trabalho de grupo onde teriam de escrever numa cartolina o que mais e o que menos gostavam na adolescência e partilhar as respostas dadas.

---

gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais. (OE, 2018)

A partilha fez-me refletir a forma como trabalharam entre si os dois grupos formados. O primeiro grupo responde de forma ajustada enquanto o segundo grupo responde de uma forma provocadora, revelando interesse por comportamentos de risco e consumo de substâncias. Perante a iminência do perigo, demos espaço para a partilha, sem criticar, mostrando interesse e permitindo que os pares falem/partilhem entre si<sup>13</sup>. No fim da atividade, procedeu-se ao registo e posterior referenciação ao enfermeiro responsável e/ou médico para que possam trabalhar determinados assuntos com os jovens.

Na sessão relacionada com a “**escola**” foi possível abordar vários assuntos relacionados com a importância da autoestima e autoconfiança para o bom desenvolvimento de relações interpessoais necessárias à condição humana; evidenciámos a importância de construir um projeto de vida (estudar, trabalhar, assumir uma posição). Nesta sessão refletimos sobre a importância da família, dos amigos e professores na relação com a escola. Concluimos esta sessão com a apresentação de um trailer “mãos talentosas” com o intuito de complementar a sessão e facilitar a compreensão de alguns aspetos.

A sessão: “**estratégias para diminuir a ansiedade**” foi um tema em que os jovens participaram enumerando sintomas físicos pelos quais passaram ao enfrentar situações de *stress* e conseqüente ansiedade. Perante determinados sintomas fornecemos estratégias para atenuar os mesmos, recorrendo como exemplo a uma sessão de relaxamento.

Em parceria com a estudante de enfermagem B. apresentei a sessão intitulada: “**perigo das redes sociais**”, sendo bastante apreciada pelos jovens. A maior parte dos jovens aderem às redes sociais por uma questão de moda. Foi reforçado o perigo que as Redes Sociais constituem, caso decidam expor-se demasiado.

A sessão: “**estigma, discriminação social e doença mental**” foi apresentada por mim e pela enfermeira M. e é, infelizmente um problema muito comum verificado entre as pessoas com doença mental. Muitos jovens referem ter sentido medo de regressar à escola após alta hospitalar outros, referem ter abandonado a terapêutica pois as pessoas perguntavam para o que eram os comprimidos e sentiam que se dissessem a verdade iriam ser gozados e menos aceites pelo grupo de pares. Após a

---

<sup>13</sup> **F3.4.2.** Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica. (OE, 2018)

sessão, os jovens compreenderam que têm que aceitar a doença e assumirem para si mesmos a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico<sup>14</sup>.

A sessão “**como lidar com os medos**” foi dinamizada por mim e pela minha colega de estágio, J. e teve como principal objetivo: promover o desenvolvimento de estratégias para que os jovens aprendam a lidar com o medo. Como objetivos específicos: Perceber o significado de Medo; identificar os diferentes tipos de medo; identificar e desenvolver capacidades para ultrapassar uma situação de medo; identificar as suas próprias capacidades para ultrapassar os seus medos; incentivar os jovens à consciencialização dos seus medos; promover o diálogo, o convívio e a partilha de sentimentos entre os jovens. Nesta sessão propusemos às crianças e adolescentes a realização de um kit de emergência do medo, em que cada jovem coloca dentro de uma caixa o seguinte: objetos, desenhos entre outras coisas que sejam significativas para ultrapassarem os seus medos (músicas, nomes de pessoas, locais, etc.). O respetivo plano de sessão encontra-se no Apêndice III. O *feedback* desta atividade foi bastante positivo e os jovens revelaram interesse e empenho na decoração das suas caixas. A avaliação foi formativa com recurso a uma grelha de avaliação da sessão com recurso a “emojis” (Apêndice IV) e através de uma palavra que caracterizasse a sessão de psicoeducação.

Das dezasseis crianças e jovens internadas, duas não participaram na sessão e uma abandonou a sessão, ficando em relação dual com um técnico. Quatro jovens recusaram partilhar com o grupo estratégias para lidar com os medos bem como outros aspetos relacionados com o tema. Ao pedirmos que classificassem a sessão em uma palavra: interessante, agradável, construtiva, boa e aborrecida foram as palavras nomeadas, sendo que quem respondeu “aborrecido” não foi conducente com a forma como se apresenta e participa na decoração da sua caixa (kit de emergência do medo). No fim do internamento cada criança/adolescente levou a sua caixa para casa com agrado.

---

<sup>14</sup> **F4.1.2.** Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada. **F4.1.5.** Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas. (OE, 2018)

## Dança, Movimento e Terapia

Ao longo do estágio diversos mediadores e sua utilização emergiam naturalmente e associados a diversos temas e atividades. Recordo por exemplo a sessão de dança-movimento e terapia que participei. Dinamizada por duas EESMP do internamento de pedopsiquiatria onde de uma simples tarefa – organizar algo em grupo sem a utilização da palavra – surge pelo meio expressivo, pelo movimento, pela imaginação e criatividade um conjunto de sentimentos e emoções a trabalhar em ambiente terapêutico (Apêndice V).

## Terapia pelo Relaxamento

Aliado a um interesse pessoal, solicitei aos enfermeiros orientadores, acompanhar uma manhã de domingo de modo a ter a oportunidade de assistir a uma sessão de relaxamento. Desde cedo que essa terapia me despertava, procurava mesmo aplicá-la a mim própria (atendendo ao *stress* habitual de um enfermeiro de cuidados gerais), sem a atual formação básica. Esse interesse foi crescendo ao longo deste curso. Em dezembro de 2017 fiz uma formação em “metodologias de intervenção *snoezelen*” pela *Forbrain Snoezelen Room* (Anexo II) e um mês depois participei num Workshop intitulado “Técnicas de meditação e relaxamento infantil” (Anexo III) orientado pela formadora Daniela Marto (professora de 1º ciclo, meditação e yoga). Não havia dúvida que o grupo de crianças e jovens poderia beneficiar de uma intervenção deste tipo bem como, minimizar as tensões e sofrimento psíquico associado à doença e/ao internamento em pedopsiquiatria.

Destinada a crianças e adolescentes internadas neste estágio (em grupo aberto), realizei em janeiro de 2018 as minhas primeiras sessões de relaxamento enquanto futura EESMP. Atendendo à população optei por planear uma sessão de movimento-relaxamento (Apêndice VI) com os seguintes objetivos: Sensibilizar os jovens para a consciência do próprio corpo; identificar zonas de maior tensão e relaxamento; fornecer estratégias para o autocontrolo da tensão e da ansiedade; promover o relaxamento progressivo.

Como técnica<sup>15</sup> escolhi o relaxamento progressivo de Jacobson que de acordo com Payne (2002), é utilizado na referência a momentos de alívio de tensão, em oposição a momentos de contração muscular. De acordo com esta autora, existem diferentes tipos de técnicas de relaxamento, porém devem ter-se em conta alguns critérios tais como: a facilidade de aprendizagem e aplicação, não requererem equipamento complexo, serem passíveis de se utilizar em pequenos grupos e servirem todas as idades. E para Townsend (2011, p.228), o relaxamento é “uma diminuição da tensão ou intensidade, resultando no descanso do corpo e mente”.

No decorrer da minha pesquisa, dei conta que existem vários modelos desta técnica de relaxamento, propriamente, dita. Deste modo, procurei um modelo e adaptei à idade pediátrica (Apêndice VII), com linguagem acessível e simples, sem o recurso a termos técnicos.

Sendo que dinamizei dois grupos de crianças e adolescentes em duas sessões diferentes (utilizando a mesma técnica) assumo que a segunda sessão correu melhor do que a primeira, particularmente, pelo facto de sentir em mim, uma maior confiança e segurança. No fim, e como em todas as sessões fiz a sua avaliação com os grupos de forma a perceber o efeito causado nos mesmos. Para facilitar essa mesma avaliação, em termos académicos, recorri a uma folha tipo – elaborada para compreender quais as zonas de maior tensão (Apêndice VIII) apontadas pelos jovens – e posterior aplicação de um questionário simples com perguntas fechadas (Apêndice IX). Foi-lhes dito e reforçada a questão da colocação do nome deles que seria facultativa e que serviria unicamente para a minha organização pessoal em termos académicos.

No contexto de avaliação, os jovens identificaram zonas de maior tensão tais como: ombros, costas, pernas e cabeça. Participaram treze crianças e adolescentes, seis na primeira sessão e sete na segunda sessão. Na primeira sessão, registou-se o abandono de uma adolescente referindo sentir-se “aborrecida”. Outra recusou avaliar a sessão. Na segunda sessão dois dos jovens participaram, porém, não realizaram a avaliação por recusa (sendo acompanhados por um técnico). Numa escala numérica de zero a dez (Apêndice X), uma adolescente responde dois e meio, referindo sentir-se insatisfeita com a sessão. Dois jovens respondem cinco: indiferente. Três jovens

---

<sup>15</sup> **F4.2.5.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. (OE, 2018)

respondem sete e meio, referindo sentirem-se satisfeitos. E por fim, três jovens respondem dez, referindo sentirem-se muito satisfeitos com a sessão. Nem sempre a forma como se apresentam é condizente com a avaliação que fizeram de acordo com a escala supracitada e com a resposta escrita no questionário. Contudo, é notório, que na segunda sessão, o relaxamento foi mais eficaz podendo estar relacionado não só com a minha forma mais segura de estar como a forma de condução da mesma.

### Ludoterapia

Não inserida em qualquer atividade psicoterapêutica planeada, ao longo do dia, era possível manter um ambiente harmonioso e seguro contendo os comportamentos de risco das crianças e adolescentes. Refiro-me a atividades de lazer e distração que o serviço de internamento dispõe. Entre jogos de cartas, damas, dominó e outros, certo dia, o jovem S., 17anos, desafia-me para jogar *monopoly* e eu aceitei. Começamos a preparar o jogo quando se aproxima o jovem N., 17 anos e o R., 14 anos. Damos uma volta ao tabuleiro e começamos a “comprar” as propriedades do jogo com o intuito de as preencher de casas e hotéis. E assim funciona o jogo, quem apresentar mais propriedades e “dinheiro” ganha. E tudo seria bom e até divertido se os jovens tivessem bem de saúde, livres de comportamentos ditos de risco. O S. tenta comprar as propriedades e exige que eu lhe venda as que tenho e tem dificuldade em aceitar o facto de eu não as querer vender. O N. não está a conseguir comprar nenhuma propriedade e até já teve que pagar por ter caído nas nossas casas. Levanta-se bruscamente e atira-nos com as suas notas em papel que ficam espalhadas por todo o lado. Sai da sala com um tom de voz elevado e ameaça destruir tudo. Apercebi-me que um dos técnicos o abordou e estão a dialogar no corredor. Arrumei as notas espalhadas e reinício o jogo com o S. e o R. O R. vai jogando, vai comprando e pagando quando calha nas nossas casas, mas está aparentemente calmo. O R. encontrava-se internado por heteroagressividade física junto da mãe adotiva. Naquele momento aguardava institucionalização. Nunca o teria visto agressivo e até me custava acreditar que o fosse. O jogo continua e numa altura de maior confusão na sala, o jovem N. volta a entrar e com uma postura provocadora dirige-se ao R. e diz: “Não jogas nada ó gordo!”. Com isto o R. nem responde verbalmente, levanta-se e prega-lhe um murro. Instala-se uma luta entre os jovens e são precisos técnicos para os separar. O S. ainda tentou interferir, mas o N. também

lhe agarra o pescoço. Peço ao S. que se mantenha fora da confusão e garanto que as outras crianças e adolescentes se encontram bem e igualmente afastadas da desordem que ali se instalou. Afastados um do outro, o N. mantém-se de punhos fechados, dentes cerrados e quando fala é com um tom alto, rápido e ameaçador. É conduzido por dois técnicos, um deles EESMP ao quarto de contenção ambiental<sup>16</sup>. O R. ainda não recuperou, está tenso, mas consegue ceder à argumentação. É levado até ao quarto por uma enfermeira.

E este foi um exemplo de heteroagressividade/violência que ocorreu no internamento durante o meu estágio. O comportamento destes jovens causou impacto no ambiente terapêutico com elevação do risco clínico: agressividade com crianças e adolescentes. Foram precisos dois técnicos para acompanhar o N. ao quarto de contenção ambiental e um técnico acompanhou o R.; o S. também necessitou de apoio, estando envolvido no jogo quando tudo se deu, deixando-o muito ansioso, tendo até o próprio solicitado SOS. E alguém teve que permanecer junto das doze restantes crianças e adolescentes. Nesse tipo de situações e quando o serviço o permitia procurávamos encontrar uma atividade do agrado de todos ou da sua maioria e concentrá-los numa das salas, fechando a outra à chave de forma a gerir melhor o risco.

O R. já mais calmo, refere que podia não o ter agredido. Mas a verdade é que o N. já o tinha provocado diversas vezes, incluindo ofensas ao longo do internamento, sem que o R. lhe desse qualquer resposta. Durante uma intervenção junto do R. este refere que situações como a que se passou, vivência muitas vezes, incluindo em casa. Permanece ausente e muitas vezes em silêncio sobre o que o chateia e só quando se encontra no limite, avança com agressividade. Como se fosse a única forma que tem para comunicar. É impulsivo. E agora está internado sem perspetivas face ao seu futuro.

Já o N., tendo acontecido diversas vezes, em quarto de contenção ambiental, mantém dificuldade na relação com os enfermeiros presentes. Tenso, irritável, procurou-se através da palavra atenuar o seu comportamento, sem sucesso. Ao longo da intervenção o N. revela falta de autoestima com a expressão: “sou eu aqui também, não é? O patinho feio? (sic)”. Era, claramente um trabalho a desenvolver com este

---

<sup>16</sup> É denominado pelas crianças como “quarto dos colchões”, um espaço utilizado pelos enfermeiros deste serviço de internamento para intervenções individuais e gestão de comportamentos agressivos.

jovem que, entretanto, expressa a sua agressividade, como movimentos bruscos e um tom de voz elevado “eu não gosto dele, irrita-me e agora deve ter ficado com a mania que é forte” (sic), mantendo-se angustiado e irritado. Procurámos atribuir um significado simbólico à agressividade com a introdução de um jogo, promovendo um momento catártico a este jovem. Neste *setting* é possível intervir de forma segura na medida em que as paredes são protegidas e o espaço é livre de objetos perigosos. Esta libertação, permite o emergir da vulnerabilidade emocional do jovem, sendo nesta fase, que o EESMP o apoia sem que este se sinta abandonado. Por fim, juntos atribuem um significado aos seus comportamentos e sentimentos. “(...) a cada episódio de agressão” deve-se “ajudar o cliente a melhor compreender o que se passa consigo e encontrar uma solução apropriada” (Chalifour, 2008, p. 249).

Ao longo do estágio, procurei manter-me presente de forma a adquirir competências no âmbito da gestão da agressividade. É certo que por vezes sentia algum receio de ser igualmente agredida ou não saber como responder perante um comportamento agressivo, pelo que senti muitas vezes necessidade de refletir na ação<sup>17</sup>. Para intervir em situações de agressividade o enfermeiro “deve ter um bom conhecimento do cliente e de si-mesmo” (Chalifour, 2008, p.248)

Fui aprendendo, na presença de enfermeiros especialistas, medidas para evitar a escalada de agressividade e violência. Perante crianças ou adolescentes com comportamento agressivo, procurava pensar na questão da segurança (para evitar colocar em risco a minha integridade bem como a de quem os rodeia). Acompanhei algumas sugestões de estratégias de Loureiro (2014, p.124) tais como: falar devagar e de forma confiante, com um tom de voz gentil; não discutir nem ameaçar; não empregar palavras negativas e manter a calma, evitando comportamentos nervosos.

Ressalvo que também acompanhei o procedimento sectorial da área de pedopsiquiatria do hospital onde estagiei (Anexo IV). E, ao longo do tempo os mesmos

---

<sup>17</sup> **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.** Mantêm 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)

jovens foram participando em atividades socioterapêuticas em grupo aberto com uma maior tolerância.

Neste estágio, ao contrário de outros serviços com adultos, utiliza-se uma abordagem diferente. Aprendi a utilizar estratégias lúdicas para chegar às crianças e adolescentes. Através de jogos, brinquedos, desenhos consegui aproximar-me deles com um objetivo na intervenção comportamental. Deste modo, a criança/adolescente participa ativamente no seu processo terapêutico, favorecendo a expressão verbal para exprimir sentimentos. (Gadelha, Y., Menezes, I., 2004)

No decorrer do tempo e sempre acompanhada, foi sendo possível sentir-me mais tranquila no que toca à gestão de comportamentos agressivos e condução de crianças/adolescentes ao quarto de contenção.

#### 2.1.2.2. Cuidados Especializados em relação dual

##### Estudo de Caso

S. é uma jovem de 13 anos, a viver com a avó no continente Africano desde os 6 anos de idade. Já se encontrava internada quando inciei este estágio e, sugerido pelo enfermeiro orientador, aceitei acompanhá-la desde esse momento até à sua alta. Um “estudo de um caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galeano *et al*, 2003, p. 375).

Sendo que “a adolescência é a idade pico para o despoletar das perturbações mentais” [Loureiro (2014, p.15)], S., é internada por sintomatologia psicótica e pouca adesão à terapêutica em ambulatório.

A ideia de poder trabalhar com uma adolescente que enfrentava o seu primeiro surto psicótico e a possibilidade de a ajudar a melhorar, a restabelecer a sua saúde e a regressar à vida comum agradava-me, uma vez que, associado à elaboração de um plano de cuidados e intervenções de EESMP permitiria a aquisição de conhecimentos nesta área específica e refletir de forma a culminar em competências a mobilizar no futuro. A metodologia utilizada para a realização do trabalho assentou na observação e colheita de dados como parte fulcral do processo de enfermagem, na descrição da

avaliação física e mental realizada, na pesquisa bibliográfica e, posteriormente na descrição e análise da situação com base na teoria de médio alcance de Afaf Meleis. Esta autora explica que a transição denota uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades. Sob essa perspectiva, a transição requer que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, defina o seu contexto social, de um ser saudável ou doente, ou das necessidades internas e externas que afeta o estado de saúde. Perante isto, três conceitos foram desenvolvidos por Meleis: transições saudáveis, insalubres ou transições ineficazes e insuficiência do papel.

Atendendo ao caso clínico, a criança encontra-se a viver as seguintes transições:

- Desenvolvimento: marcada pela passagem da infância para a adolescência.
- Situacional como resposta a um evento de vida: separação dos pais e o ir viver com a avó e conseqüente mudança onde retoma ao país onde nasceu e é internada em Pedopsiquiatria.
- Saúde-doença: o emergir do primeiro surto psicótico.

Por um quadro de irritabilidade, choro compulsivo, solilóquios e agressividade latente (marcadas por ameaça), a avó decide regressar a Portugal, a fim de obter ajuda médica e apoio por parte da mãe da jovem. A situação de saúde-doença da jovem não se ficou pela consulta/ambulatório. Esta apresenta progressivamente, oscilações de humor: irritabilidade que alterna com períodos de labilidade emocional. Alterações do comportamento com heteroagressividade física dirigida a objetos, pega numa faca e diz: “vou atrás de um rapaz” (sic), alterações do pensamento manifestado por solilóquios, diz: “eu não tenho medo de ti” (sic) descontextualizado e risos imotivados. Tendo sido um internamento relativamente longo.

Predomina o humor deprimido, fâcies triste, retraída e com dificuldades na socialização com os pares. Não confirma delírios ou alucinações, mas demonstra episódios sugestivos (solilóquios, risos imotivados). É-lhe confirmado o diagnóstico médico de transtorno esquizoafetivo que de acordo com o DSM – V: “(...) transtorno esquizoafetivo exige que um episódio depressivo maior ou maníaco ocorra ao mesmo tempo em que ocorrem os sintomas da fase ativa e que os sintomas de humor estejam presentes na maior parte do tempo da duração total dos períodos ativos”.

Perante este caso clínico, delinee os seguintes diagnósticos de enfermagem decorrentes do plano de cuidados (Apêndice XI):

- isolamento social e comunicação comprometida;
- risco de agressão;
- autoestima diminuída;
- processo familiar comprometido e risco de não adesão ao regime terapêutico.

Para obter os resultados esperados<sup>18</sup>, além de diversas intervenções individuais, a S., foi integrada nos cuidados especializados em grupo (quadro presente no *item* 2.1.2).

A S., participou com incentivo em todas as atividades terapêuticas propostas. Nem sempre conseguiu desfrutar das mesmas embora a longo prazo foi sendo possível observar melhorias no sentido de aderir à terapêutica, autocuidar-se e adquirir autoestima, ocupar-se, gerir o *stress* e ansiedade e melhorar o seu sofrimento de uma forma global. Descrevo em seguida apenas algumas atividades em que foi possível eu estar presente e acompanhar a S.

A S., nem sempre participou na atividade de expressão dramática. Muitas vezes recusou referindo: “estou cansada” (sic). Numa das sessões que assisti, a S., participou com motivação na fase de aquecimento onde se realizam algumas sociometrias. Na parte de dramatização ela não conseguiu representar o proposto, fica em postura retraída e tensa quando abordada. Quando fiz tentativas de a ajudar a representar um sentimento ela respondeu-me: “não sei fazer” e faz movimento de retirada. Recusa partilhar.

Numa reunião comunitária<sup>19</sup> adota postura observadora não participando na discussão dos temas. No fim da mesma acaba por provar a comida da banca, com incentivo. Em tempos havia sido relatado pela mãe: “parece que está sempre desconfiada que lhe pusemos alguma coisa na comida” (sic)

---

<sup>18</sup> **F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **F3.4.1.** Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. (OE, 2018)

<sup>19</sup> **F4.3.** Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais. (OE, 2018)

No autocuidado a S., permanece sem qualquer iniciativa na atividade até que mais tarde, em outras sessões, a jovem começa a interessar-se por si mesma. Veste-se com aspeto cuidado, adequada à estação do ano e sem necessidade de supervisão por parte dos técnicos. Entusiasma-se com a ideia de se poder maquilhar e pintar as unhas.

Participa nas sessões de psicoeducação assumindo uma postura observadora, conseguindo permanecer até ao final sem necessidade de interromper.

Nas sessões de culinária participa com interesse, porém foi necessário mediar. Em certo dia, reage com agressividade atirando com a colher de pau e abandonando a copa, quando lhe é pedido que deixasse o colega também mexer a massa do bolo. A S. apresenta-se onipotente nesta atividade não querendo desenvolver em grupo. É-lhe tentado fazer ver a importância de conseguirem fazer um bolo em conjunto ou equipa, mas a S. encolhe os ombros.

Na atividade de terapia pela arte é possível explorar melhor a cliente. É aparentemente uma atividade que realiza com empenho e dedicação, embora tenha dificuldade em partilhar determinadas informações pessoais em grupo. Numa das sessões revela o quão bom foi o tempo em que viveu com a avó. Demonstrou sentir afeto por esta, algo que não demonstra ao longo das visitas por provável zanga com a mesma. Foi através dos desenhos e do pintar que me aproximei da S. sendo o mediador mais utilizado para conquistar a confiança da jovem e construir uma relação com a mesma. Devido ao seu lado mais introvertido, a S. sempre esteve próxima do grupo de pares, mas sem interagir, preferindo atividades de cariz individual. Ouvia música no computador, desenhava e pintava desenhos e assim passámos algumas tardes no internamento de pedopsiquiatria.

Quando outros jovens se envolviam nem sempre o ambiente se mantinha tranquilo. Cerca de 30 dias após o início do internamento agride, fisicamente, um jovem com uma bofetada só porque este lhe pede o computador. Perante este facto, foi necessária a intervenção do EESMP no sentido de a encaminhar para outro espaço (quarto de contenção ambiental). Sem qualquer crítica sobre a situação mantém-se agressiva para com os técnicos sendo necessária a administração de terapêutica em SOS.

Volta a ameaçar e a agredir fisicamente outras duas jovens cerca de um mês e meio após internamento por estas lhe questionarem: “S. estás a falar sozinha?”. Volta a ser necessária a intervenção de EESMP e a colocação da jovem em quarto de

contenção ambiental<sup>20</sup>. Estes episódios ocorreram por três dias seguidos, potenciados pelos solilóquios da S., e que os pares não conseguem compreender. A própria sente-se ameaçada e reage com agressividade física e verbal. Por apresentar esse comportamento, é referenciada à médica em reunião de equipa tendo esta feito alterações terapêuticas (introdução de Lítio).

Aos poucos a própria S., procurava por mim e atendendo ao facto de esta ser muito reservada e com muitas dificuldades ao nível da comunicação senti que começava a confiar em mim e a querer a minha presença para exprimir as suas angústias. Posso dizer que nunca foi agressiva comigo embora também não tivesse manifestado qualquer sentimento de afeto. Num certo dia (cerca de 2 semanas antes da sua alta), ela viu-me a entrar no serviço e, devagar, pé ante pé, chega ao pé de mim e diz-me ao ouvido “vou para casa” (sic). Percebi que ia de licença de ensaio e se por um lado a via contente com essa possibilidade por outro sentia-a ansiosa. Atendendo às necessidades da jovem procurei adotar intervenções psicoterapêuticas<sup>21</sup> junto da mesma. Tudo se foi compondo sem risco clínico e com melhorias significativas é-lhe dada alta clínica com acompanhamento em ambulatório e terapêutica farmacológica prescrita.

Perante a realização deste trabalho sentia-me inquieta e desconfortável dado que desejava encontrar o melhor exemplo de intervenção em comportamentos agressivos, para ir ao encontro do projeto de estágio. Contudo, acompanhar esta jovem de 13 anos de idade foi para mim um desafio pois permitiu-me refletir e desenvolver competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em diferentes níveis de atuação, estando a agressividade integrada nos comportamentos da jovem.

---

<sup>20</sup> Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica (DGS, 2011).

<sup>21</sup> Intervenções psicoterapêuticas são intervenções realizadas por EESMP como sendo intervenções autónomas de Enfermagem com um corpo de conhecimento próprio (embora apoiado por outras disciplinas), porém não existe uma definição operacional deste termo. (Sampaio, F.; Sequeira, C. & Lluch-Canut, T., 2014) De acordo com a OE (2018), na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

A experiência e competência adquirida junto da S. permitir-me-á num futuro breve ajudar a identificar problemas do género e encontrar a melhor forma de agir. O surto psicótico como perda da noção da realidade e desorganização do pensamento pode ter várias etiologias e não se sabe qual é a sua evolução. Geralmente surge o primeiro surto na adolescência, passagem de criança a adulto e por essa razão penso ter enquadrado bem este caso na teoria das transições de Meleis.

### Intervenção em Crise

Para Townsend (2011, p.210), uma crise pode resultar num desequilíbrio do qual muitos indivíduos necessitam de assistência para recuperar, “exige capacidades de resolução de problemas que estão frequentemente diminuídas devido ao nível de ansiedade que acompanha o desequilíbrio”.

Ao longo do estágio foi-me possível acompanhar algumas crianças e adolescentes em crise. A autora supracitada descreve que os indivíduos em crise “sentem-se impotentes para efetuar mudanças (...) não acreditam ter recursos para lidar com o stressor que precipitou a crise (...) níveis de ansiedade elevam-se ao ponto do indivíduo não conseguir funcionar, os pensamentos tornam-se obsessivos e todo o comportamento tem como objetivo o alívio da ansiedade que está a ser experienciada (...) o sentimento é avassalador e pode afetar o indivíduo tanto fisicamente como psicologicamente”.

Recordo uma jovem que em certo dia, abandona uma atividade de psicoeducação, saindo porta fora do ginásio do internamento, onde a mesma se realizava. F., sexo feminino, 17 anos de idade é internada pela terceira vez no serviço de psiquiatria da infância e adolescência. Vive com a mãe, em relação satisfatória. Vígil, orientada autopsíquicamente e alopsíquicamente. Humor deprimido, fâcias triste com marcada labilidade emocional. Aspeto cuidado, condizente com o género. Estuda, embora refira que este ano não irá transitar por faltas. Sem alterações da memória e do pensamento. É internada neste serviço por comportamentos autolesivos e ideação suicida marcada, porém, sem plano estruturado. Com aparente *insight* e juízo crítico para a sua situação.

Após alguns momentos junto desta jovem e ao deparar-me com a saída abrupta dela do ginásio, considerei oportuno chegar mais perto com a intenção de a apoiar. Acompanho-a ao quarto de contenção ambiental, onde esta se senta no chão, de

costas para os colchões e refere: “não mereço nada disto” (sic). Devagar procurei que falasse mais, que sentisse necessidade de me contar o que se passava, mas a F. chorava. Devolvi-lhe que realmente é difícil viver momentos de sofrimento. E esta acaba por me revelar mecanismos de  *coping*  desajustados: “se aqui tivesse alguma coisa cortava-me” (sic) e com isto estende os braços e mostra-me os seus cortes. Lembro-me de lhe dizer que os cortes causam dor e sofrimento e ela dizer-me que sim, mas que a dor não era nada perante a que lhe corria no peito. E chorava. Permaneci junto dela. De acordo com Santos & Neves (2014, p. 101) “os comportamentos suicidários correspondem não só a momentos de crise individual, uma espécie de falência nas tarefas de desenvolvimento, mas também são uma forma de comunicação poderosa: um processo ambivalente e paradoxal de procurar uma mudança no contexto” (p. 102-103). “qualquer que seja o grau de intenção, este exprime sempre dois desejos poderosos: acabar com o que faz sofrer e restaurar a identidade”. (p.103) As autoras acrescentam ainda que “os comportamentos autolesivos mostram sempre um profundo sofrimento que, de algum modo, se comunica”. (p.103)

A relação com o pai era boa (verbaliza), tinha-se separado da mãe embora se relacionasse com ela satisfatoriamente. “Raramente discutimos, mas ela não me aceita como sou” (sic) (...) “nem ela nem ninguém”. (sic) E com isso, F. sente-se frustrada. “Ninguém aceita que eu gosto de raparigas por isso penso muitas vezes em matar-me assim que tiver alta” (sic) e imediatamente, sem me dar espaço de intervir diz-me: “ninguém me vai dar alta enquanto pensar assim, não é?” Afastei-me de qualquer atitude e/ou preconceito e respondi-lhe com uma pergunta: “o que achas? Sabes a resposta, não é? F. para de chorar e olha-me nos olhos. Instala-se o silêncio. Ela começa a falar quando a F. me diz: “já pensei em atirar-me de um prédio (...) ou tomar uma caixa inteira de comprimidos” (sic). Sem a julgar lembro-me de lhe dizer que qualquer ato desses pode correr muito mal e a pessoa não morrer. A jovem apreensiva diz-me: “nunca tinha pensado nisso” (sic). F. pensa na morte e no morrer várias vezes. “Eu apenas me agrido” (sic) diz-me ela, como se não fosse um motivo suficientemente grave para ali estar.

Com o tempo apercebi-me que a minha intervenção deveria mudar de forma a tornar-se mais eficaz<sup>22</sup>. Aproximei-me da F. e procurei fazer-lhe ver que não deveria sentir-se culpada por ter uma orientação sexual diferente de outras raparigas da sua idade e baseado numa atividade que tinha lido em dinâmicas de grupos, propus à F imaginar-se numa “loja” onde poderia escolher uma característica que gostasse muito de ter e, simultaneamente deixaria aquela que menos gosta em si mesma. O objetivo deste desafio seria favorecer o autoconhecimento e explorar a sua autoestima, mas a jovem não aceita jogar. Refere não saber. Insisti um pouco, permanecemos em silêncio um bom bocado e quando já estava na hora de sair daquele quarto, ela chama-me e pergunta: “é como escolher uma qualidade e descartar um defeito meu?” (sic) Respondi-lhe com um sorriso e acenei que sim. Dei-lhe tempo e espaço para que não se sentisse pressionada. No dia seguinte, a jovem deambulava pelo corredor do serviço e diz-me algo como: “a minha melhor qualidade é ser inteligente. Sim, considero-me muito inteligente (...) a questão é que não sou corajosa o suficiente para enfrentar o mundo e também nem sei se quero e se sou assim tão inteligente, porque venho sempre aqui parar?” (sic)

Ser inteligente e corajoso são dois adjetivos diferentes. Gostei que me procurasse, gostei de confirmar que a F. é uma rapariga realmente muito inteligente e com uma enorme capacidade de refletir sobre a sua situação de saúde-doença e reveladora de juízo crítico face à mesma. Ela é uma adolescente, que passa por esta transição com alguma dificuldade devido ao isolamento social em que vive, quer em casa quer na escola. Ela sente-se diferente em relação às outras raparigas da sua idade e acredita que ninguém a aceita. O sofrimento é tão grande que a única forma que ela encontra para conseguir atenuá-lo é auto agredir-se. Quanto mais o faz mais quer fazer. F. concorda que não está bem e que precisa do internamento: medicação e intervenções psicoterapêuticas. Foi-lhe dito que estaria sempre lá alguém para a escutar e aconselhar e a jovem agradece.

---

<sup>22</sup> **F4.2.2.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema. (OE, 2018) **F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. **F4.2.4.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida. (OE, 2018)

Acredito que a F. se aceite como é, mas sente falta que os outros a aceitem também e obter deles a dita “aprovação” para continuar a ser quem é.

## **2.2. Hospital de Dia**

O estágio na comunidade foi realizado em Hospital de Dia de Pedopsiquiatria pertencente ao mesmo hospital onde se realizou o estágio anteriormente descrito. Foi realizado em simultâneo com o estágio hospitalar, porém, uma vez por semana, durante 1h30, através do acompanhamento de um grupo de 5 adolescentes desde novembro de 2017.

Embora o *términus* do estágio académico tivesse sido a 9 de fevereiro de 2018, assumi o compromisso de permanecer neste grupo terapêutico, em regime de voluntariado, até ao final do ano letivo com a vantagem de manter a equipa terapêutica e o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Tais sessões foram tidas com agrado no sentido de manter o envolvimento grupal com os elementos deste grupo e compreender a evolução psíquica de cada adolescente.

O objetivo principal deste contexto clínico foi:

*Desenvolver competências inerentes ao EESMP em contexto de grupo.*

Especificamente, procurei:

- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas em saúde mental e psiquiatria.

O Hospital de Dia e o internamento pertencem ao mesmo hospital, onde decorreu o estágio, na área de especialidade em pedopsiquiatria e como tal, presta cuidados diferenciados de saúde mental a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os cinco e os doze anos (inclusive) e suas famílias, em regime de ambulatório. No entanto, os jovens que acompanhei tinham idades compreendidas entre os catorze e os dezassete anos de idade que mantém acompanhamento nesta área desde crianças.

Este estágio foi realizado em simultâneo com o estágio hospitalar, constituindo 40% da carga horária programada, porém, tal como, anteriormente, foi referido, assumi o compromisso de permanecer no grupo até ao final do ano letivo, garantindo a continuidade da intervenção em contexto de grupo e em termos pessoais, prolongar a aquisição de competências enquanto futura EESMP.

Os grupos são constituídos no início do ano letivo até ao fim do mesmo. Sendo divididos por horários de segunda a sexta-feira. A equipa de ambulatório em pedopsiquiatria é composta por Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, Pedopsiquiatras, EESMP com formação em terapia familiar, Psicólogos, Psicomotricistas e Assistentes Operacionais. Esta equipa reúne quinzenalmente para discutir o desenvolvimento das sessões, compreender a evolução da criança/jovem e, se necessário, articular com outras estruturas da comunidade (por exemplo: escolas, IPSS, centros de formação, etc.) em prol do bem-estar da criança/jovem e sua família.

Ao longo deste processo realço a importância do orientador deste campo de estágio, não sendo eu desta área específica e necessitar de um enorme investimento em termos de trabalho e aprendizagem, por este me incentivar a refletir sobre as sessões e me permitir tirar dúvidas e exprimir sentimentos e emoções face a esta vivência.

O Hospital de Dia permitiu integrar-me num grupo terapêutico fechado, no modelo sociodramático moreniano, como ego auxiliar (co-terapeuta). O Enfermeiro R., EESMP e Diretor de Sociodrama pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama, desempenhava o papel de diretor (terapeuta).

O psicodrama e o sociodrama têm vindo a ser cada vez mais usados em contextos de saúde particularmente em hospitais e serviços de saúde mental e igualmente na área da infância e adolescência. O sociodrama agora mais explorado, seria então a abordagem aplicada ao grupo de adolescentes em questão.

Parece ser consensual que uma sessão de psicodrama consta de três contextos: social, grupal e dramático (Anexo V) [(Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Rojas-Bermúdez, 1997) cit. Cruz (2014)]; cinco instrumentos: protagonista, cenário, ego-auxiliar, diretor, auditório (Anexo VI) [(Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; Moreno, 1997; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997) cit. Cruz (2014)]. A sala ou espaço terapêutico onde fiz parte deste grupo é suficientemente grande para permitir a expressão de emoções através da ação. Possui ainda, três fases distintas: aquecimento, dramatização, e partilha ou

comentários para que no fim seja possível avaliar a evolução dos clientes de forma a discutir (também em equipa) o seu projeto terapêutico. (Anexo VII) [(Gonçalves, Wolff, & Castello de Almeida, 1988; Holmes, 1992; Kipper, 1997; Moreno & Moreno, 2012; Pio de Abreu, 1992; Rojas-Bermúdez, 1997) cit Cruz (2014)]. No seu trabalho Cruz (2014) pretende identificar e descrever todas as técnicas psicodramáticas morenianas<sup>23</sup> existentes na literatura e as consensualmente utilizadas na comunidade. Define psicodrama como a experiência física de vivenciar um papel como se a situação estivesse a decorrer no “aqui e agora” tornando conscientes ideias e sentimentos os quais dificilmente se acede através da palavra. [Blatner (1996) cit. Cruz (2014)]

### 2.2.1. Caracterização do grupo terapêutico

Antecipando o seguimento deste trabalho considere importante caracterizar cada um dos elementos constituintes deste grupo<sup>24</sup>. Assim, à exceção do jovem, G. todos já participaram em terapia de grupo em anos anteriores.

O T. é um jovem de 15 anos de idade, primeiro filho de uma fratria de dois. É acompanhado nesta área de dia desde os 12 anos e 9 meses. Nasceu, após uma gravidez de risco, por baixa de plaquetas e 3 ameaças de aborto, o parto foi por cesariana, descrita como complicada. Existe histórico de violência, maus tratos e alcoolismo por parte do pai. Este sempre considerado pouco presente até hoje, possui dois empregos e pouco é o tempo que dedica à família. A mãe pouco se envolve emocionalmente, é relacionada com proibições e regras e com pouca aptidão para cuidar dos filhos. Porém, ambos os avós são presentes e ajudam o T.

Na escola era considerado o “palhaço”, distraía-se a si e aos outros sendo atribuído o diagnóstico provisório de perturbação de hiperactividade com déficit de atenção (PHDA). Mais tarde inicia acompanhamento psicológico e psiquiátrico por perturbação depressiva e ideação suicida. Verbaliza várias vezes “estar farto disto” (sic) e que “acabar com a vida era a melhor solução” (sic). No ano 2016-2017 inicia

---

<sup>23</sup> Por exemplo: inversão de papéis, solilóquio, duplo, espelho, etc. (Cruz, 2014)

<sup>24</sup> **F2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. (OE, 2018)

terapia de grupo e aparentemente ganha interesse pela área artística e inicia a prática de danças de salão.

Encontrava-se triste e cansado com o curso profissional, sem motivação para frequentar. Manifesta interesse em entrar numa escola de artes, porém o seu pensamento é confuso, fragmentado por ideias megalómanas e depreciação pessoal. Opta muitas vezes pelo isolamento e desiste facilmente.

A **M.** é uma rapariga de 14 anos de idade, acompanhada nesta instituição desde os 11 anos e 11 meses, altura em que recorre ao SU por choro fácil e ideias de morte. Atribui-se o diagnóstico de perturbação depressiva com sintomas de ansiedade grave e inúmeros medos. Parto eutócito, sem complicações. Planeada e desejada. Porém a relação com os pais não corre bem e ambos se separam, tinha a criança 3 anos de idade. A M. fica a viver só com a mãe e a irmã. Também tem um irmão da parte do pai com quem não tem uma forte ligação. Acompanhada pela psicóloga, a M. enumera uma lista enorme de medos recorrentes que lhe acarretam sintomatologia física, sendo medicada por pedopsiquiatra. Atualmente mais autónoma, mudou de escola. É o segundo ano em grupo terapêutico. Mantém, no entanto, autoestima diminuída e desgosto com a sua imagem corporal. Tem feito restrições alimentares embora não assuma.

O **J.** completou 17 anos de idade. É acompanhado em pedopsiquiatria nesta instituição desde os 8 anos e 1 mês. Sempre apresentou um isolamento marcado com muita dificuldade na socialização desde o infantário. Há notória rejeição e agressão pelos pares. O J. vive com a mãe. O pai apresenta problemas do foro mental que nega o devido acompanhamento.

Na escola revela-se com problemas de concentração e dificuldades de aprendizagem. Tem consciência que provavelmente irá repetir o 9º ano, mas sente-se muito cansado e com necessidade de dormir.

Contrariamente aos rapazes da idade dele, aprecia outro tipo de músicas e programas televisivos. Gosta de escrever. Os seus textos revelam pensamento depressivo e delirante.

O **P.** tem 16 anos e iniciou consultas nesta área aos 10 anos de idade. Filho único. O pai constantemente fora do país. Vive com a mãe. O motivo deste acompanhamento foram os medos do P.: medo do vento, da chuva, de estar sozinho, de dormir, etc. Antecedentes pessoais: internamento neonatal sem consequências

aparentes. Por manter organização psíquica de natureza depressiva com evidencia de sentimentos de carência e desamparo inicia terapia de grupo no ano de 2016-2017.

O **G.** inicia terapia de grupo no ano letivo de 2017-2018. Tem 16 anos de idade. Desde muito cedo acompanhado nesta instituição com psicoterapias individuais sem sucesso terapêutico. O G. é filho único, os pais são separados, mas mantêm relação cordial saudável e entendimento no que toca à educação do filho. Este vive em guarda partilhada, uma semana com a mãe e uma semana com o pai. Apresenta graves problemas de socialização, tem dificuldade em expor-se, mantendo sempre uma postura reservada. Aparentemente embotado, emocionalmente e, com nível cognitivo diminuído. Frequenta o 9º ano de escolaridade, tem sido orientado a inscrever-se num curso profissional, caso transite de ano. O jovem não revela grandes alternativas em termos de aptidões. Revela gostar de videojogos e de futebol.

Os grupos terapêuticos centram-se (...) “nas relações de grupo, interações entre os membros do grupo e na apreciação de um problema selecionado a debater”. (Towsend, 2011, p.169) A autora reforça que “as condições físicas para o grupo devem ser estabelecidas de modo a que não haja uma barreira entre os membros” e que “o tamanho do grupo faz diferença na interação entre membros”. (p.169) Segundo Towsend (2011, p. 170), “todos os membros entram no grupo na altura em que o mesmo é organizado e saem no fim do período de tempo designado”, para assegurar a continuidade do trabalho. Geralmente, e pude comprovar na prática, os membros destes grupos possuem características e/ou problemas em comum.

### 2.2.2. Intervenções de Enfermagem Especializadas (em grupo)

Há muito que ansiava acompanhar um grupo de crianças no âmbito de saúde mental e psiquiatria, porém, o que é que eu sabia sobre esta área? (Muito pouco, pois não trabalhava em saúde mental muito menos com crianças e adolescentes). Tudo era uma novidade, encarada como boa, positiva e aliciante. À primeira impressão fiquei um pouco desiludida pois pensei que o grupo seria composto por crianças mais novas e não por jovens com 15/16 anos. Mas o tempo veio a comprovar-me que este grupo de adolescentes foi o melhor que me podia ter acontecido naquele ano. Fui adquirindo um interesse especial por esta faixa etária, que inicialmente temia

trabalhar, pela dificuldade que é, lidar, compreender, aceitar e ajudar estes jovens que tantas vezes nos trazem problemas tão graves que jamais imaginei que tivessem a incidência que têm antes de estudar esta área tão específica. Problemas esses tais como a agressividade e a ideação suicida.

Nas primeiras sessões de grupo realizamos vários jogos que depressa me relembrou o “confia em mim” – entrar numa sala com olhos vendados, ultrapassar obstáculos, formar equipas, apresentar/representar elementos do grupo, etc.

O partir do informal para o formal e fez-me todo o sentido. Afinal de contas, os jovens não me conheciam nem eu a eles; também tão pouco se conheciam enquanto grupo e, era preciso estabelecer uma relação de maior proximidade e posterior confiança. Com o passar do tempo, os adolescentes foram partilhando, em grupo, coisas da sua vida privada, os seus gostos e desgostos e o motivo pelo qual ali se encontram.

A adolescência propriamente dita permitiu-me voltar atrás no tempo e procurar pensar como (adolescente) e sentir como (adolescente) para poder ter empatia com os jovens que se cruzaram no meu caminho, ainda curto pela saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência.

Ao longo do tempo, o terapeuta R. mantém as sessões dentro da mesma abordagem: dois adultos, cinco jovens, duas equipas e uma bola em diversos jogos onde envolve o corpo e a expressão corporal<sup>25</sup>. A partilha era feita com recurso a diversos mediadores: folhas de papel, lápis e canetas para usar livremente pelos jovens. Desta forma, as partilhas tornam-se mais fáceis, particularmente para os mais tímidos.

Numa das partilhas, o J. quis escrever e formar grupo comigo. Começamos a escrever um poema. Ao ler a sua parte, suspirei discretamente (...), que pesadas eram aquelas palavras e fiquei sobretudo com as expressões: “já quis ser o dono do mundo”; “já quis ter um irmão” e, “já desejei não ter emoções”. Conversámos um pouco e incidi mais tempo na última expressão. Como é possível não sentir emoções? Ao que o J. me respondeu: “foi pelo meu pai, ele não me deixava ter emoções pois isso é para os fracos” (sic). Nessa altura senti que o J. era uma pessoa diferente desde

---

<sup>25</sup> **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)

as últimas sessões. Senti-o como alguém triste e isolado do mundo (...) alguém que reconhece que precisa de ajuda, mas a sua personalidade não sabe como contornar o que sente e o que pensa. Em sessões anteriores o J. usou a força para ganhar jogos simples. Colocou-me várias vezes no chão, como se eu fosse o alvo mais fácil a eliminar e ali naquele momento era tão diferente, parecia tão frágil.

Por sua vez, a M. parecia agradada com a minha presença. Senti-o, talvez por ser rapariga e todo o grupo ser composto por rapazes. Mas essa sensação vai diminuindo, à medida em que a jovem adocece e necessita de internamento.

De janeiro até ao fim do ano letivo, foram-se estabelecendo momentos maiores de partilha e reflexão. O grupo era convidado a sentar-se livremente e um a um sob incentivo do terapeuta relatam como corre as suas vidas, aspetos positivos e/ou negativos e o que eventualmente lhes fizer sentido. E numa abordagem psicoterapêutica, o terapeuta procura ajudar o jovem que relata determinado problema a ultrapassar recorrendo ao grupo e às experiências pessoais de cada um para encontrar estratégias para ajudar o outro. Enquanto assumo o papel de enfermeira em contexto de estágio, sinto o quão importante é refletir na ação particularmente na Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica<sup>26</sup>.

Antes deste estágio eu pouco sabia sobre esta área específica e sobre o que era trabalhar com crianças/adolescentes em grupo e ao mesmo tempo a curiosidade em tomar este contacto fascinava-me e continua a cativar-me a cada dia que passa. Uns mais abertamente que outros, mas todos partilharam algo em comum com o grupo, sentem-se diferentes e em parte incompreendidos pelo mundo.

As últimas sessões foram muito importantes, mas pesadas, a meu ver. Senti que muito tenho a aprender com os demais profissionais que cruzarem no meu caminho. Bem sei que a inexperiência assim o justifica, mas em muitos assuntos que emergiram “no aqui e agora” eu não saberia bem que resposta dar se tivesse sozinha com o grupo<sup>27</sup>. Com isto, refiro-me especificamente à situação ocorrida quando a jovem M. refere que não está a gostar de acompanhar as sessões e que tudo aquilo estava a ser um sacrifício para ela, transparecendo zanga e irritabilidade para com o que a

---

<sup>26</sup> **F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

<sup>27</sup> **F1.1.1.** Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. (OE, 2018)

rodeia. Havia no seu íntimo uma grande dificuldade em reconhecer qualidades e atendendo ao seu aspeto físico encontrava-se francamente mais magra. Nesta fase a M. transmite-nos que algo não está bem também em relação à sua alimentação. Nos lanches em grupo, prepara várias coisas para oferecer e na altura de comer, refere que não o pode fazer e que atualmente só come sopa. Nas últimas sessões a M. falta por se encontrar internada e eu mergulho na temática da “anorexia nervosa” a fim de adquirir competências<sup>28</sup> para compreender e lidar com os adolescentes que por ela passam.

### Balanço final do ano

Na adolescência ocorrem mudanças diversas: físicas, cognitivas, emocionais e sociais e cada qual vive este período ao seu ritmo e com as suas diversas diferenças. Como transição para uma fase adulta a adolescência obriga o jovem, por vezes imaturo, a fazer escolhas, como por exemplo, a escolha do agrupamento aquando transição para o 10º ano, a escolha de um curso de integração profissional, atendendo à competitividade do mercado que hoje em dia se conhece e que, pode ou não ser influenciado pelos pares e/ou família bem como por outros fatores como os socioeconómicos.

Após o primeiro período de aulas, o terapeuta trabalha com os jovens uma possível articulação com a escola<sup>29</sup>. À exceção da M., todos apresentaram duas ou mais negativas. Assim, com um pedido de ajuda/apoio por parte dos professores, talvez fosse possível recuperar as notas, passar o ano letivo e decidir com base nos seus gostos e aptidões um futuro profissional.

Ao longo do tempo, recorro as palavras ditas pelo terapeuta no início deste percurso: “você vão ser todos muito importantes na vida uns dos outros ao longo deste ano”. E no fim tudo fez sentido. Os elementos foram reagindo positivamente ao grupo e ao apoio que forneciam uns aos outros, mesmo quando não davam conta.

---

<sup>28</sup> **F3.3.** Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

<sup>29</sup> **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. (OE, 2018)

O T. embora desanimado com o curso profissional de equivalência ao 9º ano faz um esforço para estudar e recuperar as notas. Entusiasma-se com a entrada na possível escola de artes e, imagina-se a dedicar-se à mesma. O P. e o G. mais dados à comunicação e à partilha entre o grupo, inscrevem-se em cursos profissionais com o apoio do terapeuta e família de ambos. O J. imagina-se passar de ano com o limite máximo de negativas possíveis, mas acredita que vai entrar no curso profissional que se inscreveu, mesmo sem o apoio do pai. Embora ainda fale do mesmo com uma certa agressividade latente, este já não tem aquele peso na sua vida que o impede de continuar a lutar por si e por um futuro melhor e mais saudável. No fim do ano letivo, a M. encontra-se um pouco mais ausente desta terapia. Mas tudo se encontra encaminhado. Ia inscrever-se também numa escola de artes e integrar terapia individual com uma psicóloga. Aparentemente melhor de saúde e a recuperar o peso perdido de forma saudável.

### **3. IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Todos os enfermeiros devem reger-se pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (artº 99, 1. Código Deontológico dos Enfermeiros). Este deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (artº105, alínea b. Código Deontológico dos Enfermeiros). E ainda, é “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” mantendo o “anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (artº106, alínea d. Código Deontológico dos Enfermeiros).

Aplicando em contexto de realização do projeto de estágio, considereirei os seguintes direitos fundamentais que segundo Fortin (1999) têm de estar presentes quando aplicáveis ao ser humano, e que são, nomeadamente, o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito contra o desconforto e prejuízo e ainda a um tratamento justo e leal. Não só como enfermeira, mas também durante os estágios, procurei ter sempre em consideração os direitos e princípios éticos supracitados ao longo deste trabalho.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findada esta etapa, senti que estava a progredir na minha prática profissional após um longo percurso, numa área até então desconhecida para mim. O projeto que integrei foi para mim aliciante, exigiu muito estudo e pesquisa para integração de conhecimentos científicos com o intuito de compreender a criança e o adolescente numa determinada fase de mudança ou transição e intervir junto dos mesmos e seus familiares. Aprendi a reconhecer em mim sentimentos e emoções e a forma como lidar com os mesmos no âmbito de uma intervenção terapêutica. Ao longo do tempo fui conseguindo estabelecer limites junto de crianças e adolescentes com comportamento agressivo, embora com necessidade de refletir constantemente sobre a natureza das intervenções, de forma a torná-las terapêuticas.

As competências do EESMP foram atingidas com o apoio dos enfermeiros orientadores que fortemente contribuíram para a minha autonomia e reconhecimento de capacidades enquanto pessoa e futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

As intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico que assisti e algumas vezes dinamizei com a presença de EESMP, permitiram aproximar-me das crianças e jovens podendo oferecer ajuda, sendo para mim gratificante.

Ao longo do percurso, procurei ir ao encontro do projeto de estágio no sentido de acompanhar crianças e jovens com comportamentos agressivos e aprender a geri-los da melhor forma. Sendo a agressividade um comportamento humano que se manifesta de diferentes formas e sem um tempo definido, não me foi possível acompanhar tanto quanto desejava. Aprendi a reconhecer algumas estratégias de prevenção e intervenção perante este comportamento o que, para mim foi um ganho. Porém, chego aqui com a consciência que muito há a fazer e experienciar no âmbito da agressividade para melhorar a minha prática enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

Integrar o projeto ArisCo\_\_smca foi uma experiência aliciante atendendo à dimensão do mesmo. Penso que o novo instrumento contribuirá para a melhoria do processo de avaliação do risco clínico, oferecendo um maior rigor e eficiência ao serviço de Pedopsiquiatria. Houve muito empenho e dedicação do grupo sem o qual este projeto não seria possível. Porém, na minha opinião este projeto não termina por

aqui, não sendo uma área estanque, pois há sempre aspetos a considerar e a melhorar.

Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria são profissionais de saúde indicados para realizar este tipo de avaliação, tendo competências para identificar os riscos presentes em cada criança e adolescente e determinar a sua seriedade, podendo delinear um plano de tratamento adequado a cada cliente e ao quadro clínico por ele apresentado.

Como limitação, aponto o facto de não me ser possível acompanhar a continuidade deste trabalho. Gostaria de responder de forma mais segura à minha questão de investigação, isto é, se perante o risco de agressividade (auto e/ou heteroagressividade) o impacto é positivo conforme o tratamento médico e as intervenções de enfermagem realizadas com base na predição de risco efetuada. Isto porque, para mim seria interessante compreender se as intervenções levadas a cabo seriam adequadas ou não à avaliação do risco, bem como, tomar contato com a evolução clínica das crianças e adolescentes que acompanhei.

Diante as dificuldades encontradas ao longo deste percurso, realço que os objetivos a que me propus foram alcançados com sucesso. Orgulho-me pelo trabalho que desenvolvi até hoje no percurso pela enfermagem de saúde mental e psiquiatria, mas acredito que ainda tenho muito para dar.

Fui muitas vezes confrontada com as minhas inseguranças, porém, hoje encaro esse processo como positivo, pois aprendi a conhecer-me para melhor cuidar do outro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1980). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Allnutt, S. O. (2010). *Clinical Risk Assessment & Management: A Practical Manual For Mental Health Clinicians*. Justice Health, Sidney, NSW. Obtido em 02 de Fevereiro de 2018, de <http://www.justicehealth.nsw.gov.au/about-us/publications/handbook-february-2011.pdf>
- Almvik, R. & Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: the Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 236-238.
- Arte-terapia, S. P. (s.d.). Obtido em 27 de Julho de 2018, de <http://arte-terapia.com/>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Baeza, I. Correl, C & Carbon, M. (2013). Frequency, Characteristics and Management of Adolescent Inpatient Agression. *Journal Chil Adolescent Psychopharmacology*, 271-281.
- Becõna, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogas e dependencias*. Madrid:: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Boholm, M. (2012). The Semantic Distinction Between “Risk” and “Danger”: A Linguistic Analysis. *Risk Analysis*. pp. 281-293. doi:10.1111/j.1539-6924.2011.01668.x
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. New York: Addison-Wesley.
- Bucho, J. (2009). Arte-Terapia: Criação e transformação. Em M. Ferraz, *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. 1, p. 81). Venda do Pinheiro: Tutti rév.
- Buckingham, C. & Adams, A. (2012). GRiST Training Manual. Disponível em: <http://www.egrist.org/sites/egrist.org/files/grist-training-manual-v1.pdf>  
Obtido em 2 de Junho de 2017, de [www.egrist.org/sites/egrist.org/files/grist-training-manual-v1.pdf](http://www.egrist.org/sites/egrist.org/files/grist-training-manual-v1.pdf)

- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*(30), 51-62.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. In P. Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York: Aspen Publication.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007—2016. Resumo executivo (Ministério da Saúde)*. Lisboa. Obtido em 7 de Junho de 2017, de [www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf](http://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf)
- Crowe, M. & Carlyle, D. (2003). Deconstructing risk assessment and management in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19-27.
- Cruz, A. (2014). *PERSPECTIVAS INTEGRADORAS SOBRE O PSICODRAMA MORENIANO: Os teóricos, os terapeutas e os clientes*. Porto : Universidade Fernando Pessoa .
- Direção Geral da Saúde. Orientação 021/2011. (6 de Junho de 2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa. Obtido em 10 de Abril de 2017, de [www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx)
- Direção Geral de Saúde. (2013/2017). *Plano Nacional Prevenção do Suicídio*. Obtido em 8 de Janeiro de 2018, de [www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx)
- Elisabete, & Bompastor, E. (2009). Dança, Movimento em Psicoterapias Expressivas. Em M. Ferraz, *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. 1, pp. 215-228). Venda do Pinheiro: Tuttirév.

- Farchione, T., Birmaher, B., Axelson, D., Kalas, C., Monk, K., Ehman, M., Iyengar, S., Kupfer, D. & Brent, D. . (2007). Aggression, hostility, and irritability in children at risk for bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 496-503.
- Feijó & Oliveira. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 125-134.
- Ferreira, A. (2014). *Predição do Risco de Agressividade na Criança e Adolescente em fase aguda da doença mental - Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). “Adolescências... Adolescentes...”. *Revista Millenium* (32). Obtido em 8 de Março de 2018, de [www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf).
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e performance* . Coimbra: Almedina.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- Gadelha, Y., Menezes, I. (2004). *Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental* (Vol. 2). Brasília: Univ. Ci. Saúde.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. e Zago, M. M. F. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (3), 371-375.
- Gomes, V. & Mendes, F. (2009). Representações de adolescentes luso-brasileiros acerca do conceito de “risco”: subsídios para a atuação de enfermagem. . *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 688-694. Obtido de [www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a29.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a29.pdf).
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

- Harrison, P., Geddes, J., Sharpe, M. (2006). *Guia Prático de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi editores.
- Heywood. (2004). *Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea do Ocidente*. Porto Alegre: Artmed.
- Junior, J., Nahas, M., Barros, M., Loch, M., Oliveira, E., De Bem, M. & Lopes, A. (2009). Comportamento de risco à Saúde em Adolescentes no Sul do Brasil: Prevalência e Fatores Associados. *Revista Panam Salud Pública*, 344-352.
- Kralik, D., Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 320-329.
- Lemes, C. & Neto, J. (Março de 2017). Aplicações da Psicoeducação no contexto de saúde. 25 (1). doi:10.9788/TP2017.1.2
- Loureiro, L. (2014). *Primeira ajuda em Saúde Mental*. Coimbra: pasm.
- Maravilha, A. (2014). *Avaliação do Risco Clínico em Enfermagem de Saúde Mental da Infância e Adolescência*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. Lisboa : Climepsi editores.
- Matos, M., & Carvalhosa F. (1996). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. *Relatório do estudo de 1996 da rede Europeia HBSC/OMS*.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 255-259.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Developing & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Monteiro, P. ; Confraria, L. (2014). Adolescência. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 339-341). Lisboa: Lidel.
- Nunes, M. & Bruni, O. (2015). Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach . *Jornal de Pediatria*, 91(6 Suppl 1), S26-S35.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa, Portugal. Obtido em 20 de Maio de 2018, de [www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp\\_MCEESMP.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Obtido em 10 de Março de 2018, de [www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 2 de Dezembro de 2018, de [www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf)
- Otto, R. (2000). Assessing and Managing Violence Risk in Outpatient Settings. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 56, 1239–1262. Obtido em 2 de Maio de 2019, de [http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Otto\\_2000.pdf](http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Otto_2000.pdf)
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Phillips, N., Stargatt, R., & Fisher, L. (2011). Risk assessment: predicting physical aggression in child psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Sampaio, F.; Sequeira, C. & Lluch-Canut, T., 2014. (14 de Janeiro de 2014). A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental: Conceitos e Desafios. Obtido em 6 de Abril de 2019, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a17.pdf>
- Santos, K., Junior, D. & Farias, R. (2017). Saúde Mental na Infância: Os seus Riscos e Desafios na Contemporaneidade. *Revista Faculdade Santo Agostinho*, 14(6), 204-229.

- Santos, N. & Neves, E. (2014). Entrevista e intervenção em crise. Em C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C. P. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi editores.
- Silva I., Veloso, A., Kearing, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26. Obtido em 24 de Maio de 2017, de [www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf)
- Souza, J.; Veríssimo, M. (nov-dez de 2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Am.Enfermagem*, 1097-1104. doi:10.1590/0104-1169.0462.2654
- Thompson, R., Kaczor, K., Lorenz, D., Bennett, B., Meyers, G. & Pierce, M. (2017). Is the abuse of physical discipline associated with aggressive behaviors in young children? . *Academic Pedriatric*, 17(1), 34-44.
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tremmery, S.; Danckaerts, L.; Bruckers, L.; Molenberghs, G.; Hert, M.; Wampers, M.; Varé, J.; & Decker, A. (2014). Registration of aggressive incidents in an adolescent forensic psychiatric unit and implications for further practice. 823–833 . doi:10.1007/s00787-014-0534-y
- Wiertsema, H. (2001). *100 Jogos de Movimento*. (4ª ed.). Porto: Edições ASA.
- Zhand, N., Matheson, K. & Courtney, D. (2016). Self-harm in Child and Adolescent Psychiatric Inpatients: A Retrospective Study. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psichiatric*, 25(3), 169-176.

**ANEXOS**

**Anexo I – Documento existente para Avaliação ao Risco Clínico**

## Identificação de Fatores de Risco Clínico

<b>Risco Suicidário</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
1. Tentativa de Suicídio	Disruptiva (impulsiva com método grave) Recorrente				
2. Manutenção de Ideação Suicida					
3. Elevada letalidade do ato (método agressivo e/ou planejado; intenção de morte expressa ou inferida)					
4. Perturbação do humor, ou elevada impulsividade, psicoses.					
5. Disfunção familiar grave e/ou história familiar de 1. Suicídio ou suicídio					
6. Perdas afetivas importantes por morte ou término de relação de suporte afetivo fundamental					
7. Problemas de socialização graves/isolamento social					
8. Sentimentos de desespero, falta de esperança e baixa de autoestima marcada					
9. História de abuso do menor; consumo de substâncias					
10. Sexo masculino					
Risco (M/A/M/B)					
<b>Autogressividade</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
1. História de comportamentos de auto agressão mantidos e recorrentes					
2. Comportamentos de autogressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental					
3. Comportamentos de autogressão com risco de suicídio					
Risco (M/A/M/B)					
<b>Violência</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
1. Expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com observador					
2. Postura tensa/ameaçadora (punhos, dentes cerrados)					
3. Agitação motora excessiva/movimentos agressivos (pontapés, murros a objetos)					
4. Agressividade e/ou ameaças verbais: sarcasmo, ridicularização, referências menos abonatórias às diferenças, comentários de menosprezo, desconfiança, desafio					
5. Contestação e quebra frequente e manida das regras do Serviço					
6. Percepções delirantes de cura paranoide					
7. Ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou a pessoas					
8. Agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou a pessoas					
Risco (M/A/M/B)					
<b>Risco de Fuga</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
1. Pouca consistência na adesão da criança e/ou família ao projeto terapêutico					
2. História prévia de "fugas"					
3. História prévia de comportamentos aditivos.					
Risco (M/A/M/B)					
<b>Risco de Reações Adversas à Medicação</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
1. História prévia					
2. Baixa adesão ao regime terapêutico					
Risco (M/A/M/B)					
<b>Riscos Associados Patologia Orgânica</b>		/ /	/ /	/ /	/ /
Tipo de Risco					
Risco (M/A/M/B)					

**Anexo II – Certificado de formação “Metodologias de Intervenção Snoezelen  
nas NEE e Demências”**

# CERTIFICADO

de

## FORMAÇÃO

*Certifica-se que*

**VERA LÚCIA SANTOS CASIMIRO**

*Completa com sucesso, os requisitos e esforços*  
*do Curso de Formação Técnica e Profissional de*

**METODOLOGIAS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO  
SNOEZELEN NAS NEE E DEMÊNCIAS**

*A. Ação desenvolvida nos dias 05 e 17 de Dezembro de 2017, com a duração de 16 horas*  
*Esta é uma parte técnica em **Psicomotricidade e Saúde**, realizada em: **Colégio Sacerdotia***

"Técnicas Terceira"

Nas das vigas, nº 2 - Fica 9 - Itaipava

2309-500-10000

MEC 038 629 633

Forbrans Sacerdotia Room

[www.forbrans.org](http://www.forbrans.org)

Francisco Albuquerque

0 FORMADOR

16/12/17

**Anexo III – Diploma de participação no workshop “Técnicas de Meditação e Relaxamento Infantil”**



# Diploma Participação

Declara-se que Vera Lúcia Santos Casimiro  
frequentou o Workshop de Técnicas de Meditação e Relaxamento  
Infantil, com a duração de 4h, no dia 17 de fevereiro de 2018, em  
Lisboa.

A Formadora  
Daniela Marto



**Anexo IV – Procedimento sectorial da área de Pedopsiquiatria (medidas de atuação para interromper a escalada de agressividade e violência)**

**Medidas de atuação para interromper a escalada de Agressividade e Violência**

O procedimento que se segue deve ser realizado preferencialmente por dois profissionais de saúde, sendo um o profissional de referência que mantém e conduz toda a intervenção (Médico ou Enfermeiro), reforçando a medida como terapêutica e não como punitiva, mantendo o ambiente e meio terapêutico.

1. **PROTEGER** a criança ou adolescente encaminhando para local seguro, sem objetos cortantes, pontiagudos ou que possam ser arremessados e garantir a privacidade e intimidade, protegendo da exposição e crítica.
2. **REDIRECIONAR** a agressividade recorrendo ao imaginário e ao simbólico através de estímulos verbais e físicos e mediadores da relação (colchoes, almofadas, bolas ou outros).
3. **REORGANIZAR** e recentrar a criança ou adolescente no "aqui e agora" em relação ao ambiente e à pessoa.
4. **ADMINISTRAR** se necessário, medicação prescrita em SOS, nas situações de mantida angústia, ansiedade, inquietação, agitação, sintomatologia positiva ou outra.
5. **MANTER** a comunicação verbal promovendo a capacidade de insight da criança/adolescente ajudando a ressignificar a experiência vivida através da palavra.
6. **GARANTIR** a vigilância permanente enquanto se avalia risco clínico muito elevado, e em caso de necessidade manter confinado a espaço restrito.

**Anexo V – Os contextos de uma sessão de Psicodrama Moreniano**

### *Os contextos da sessão*

---

Social	Corresponde ao extra-grupo, à estrutura social e aparece no primeiro momento da sessão para o qual é trazido a vida quotidiana com as suas normas, vínculos e relações e do qual irá resultar o material a trabalhar. "Neste contexto vivem, nele adoecem e a ele retornam depois de cada sessão" (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 35). Gradualmente, este contexto dá lugar ao contexto grupal.
Grupal	É constituído pelo grupo em si, incluindo terapeutas, e as suas interações, normas e regras particulares. Diferente em cada grupo, pelas suas características, atua como fundo de inter-relações, sentimentos, emoções, afetos e situações. É o contexto dentro do qual surge o protagonista ou o tema a protagonizar e funciona como suporte do contexto dramático. Do ponto de vista formal, o contexto grupal corresponde ao grupo sentado à volta do palco (Rojas-Bermúdez, 1997).
Dramático	É onde acontece a dramatização. Jogam-se papéis, interpretam-se papéis, pode fazer-se e desfazer-se cenas, alterar o tempo, inverter papéis, entre outros, num permanente "como se". Tratando-se de um produto do protagonista, a sua estrutura está repleta de significações que deverão ser tidas em conta durante o processo dramático (Rojas-Bermúdez, 1997).

---

**Anexo VI – Os instrumentos de uma sessão de Psicodrama Moreniano**

### *Os instrumentos da sessão*

---

Palco	É o lugar onde se realiza a dramatização. Geralmente retangular, um dos lados maiores está em contacto com a parede que faz de fundo. Os outros três lados contactam com o auditório. É o campo de trabalho terapêutico do diretor. Adquire um valor particular por ser um espaço protegido, oferecido ao protagonista para colocar o seu mundo interno e, através dele, procurar e encontrar respostas (Rojas-Bermúdez, 1997).
Protagonista	É o elemento que emerge do grupo e que passa para o palco para dramatizar um tema, frequentemente referente à sua própria vida. Por vezes, o que surge é um tema protagonista. Nestas situações, os protagonistas podem ser vários e interagir entre si (Rojas-Bermúdez, 1997).
Diretor	Corresponde ao terapeuta principal. Inicia e finaliza as sessões, facilita o aquecimento, e escolhe o protagonista (Pio de Abreu, 1992). Durante a dramatização, compete-lhe colocar os meios, implementar as técnicas e a estratégia terapêutica adequada para que o protagonista dramatize o tema que trouxe, de modo a poder encontrar a resposta ao seu problema. Compete-lhe também observar o que ocorre em cada elemento do grupo (Rojas-Bermúdez, 1997).
Ego-auxiliar	Estabelece a ligação entre diretor e protagonista e tem como função representar papéis complementares aos do protagonista e aplicar técnicas psicodramáticas por indicação do diretor (Rojas-Bermúdez, 1997). O ego-auxiliar pode ser qualquer elemento do grupo escolhido pelo protagonista, ou um ego-auxiliar profissional que faz parte da equipa terapêutica (Pio de Abreu, 1992).
Auditório	É o conjunto de pessoas que se encontram à volta do palco. É constituído pelos pacientes e pelos egos-auxiliares (Rojas-Bermúdez, 1997). Participam na fase inicial da sessão com as suas partilhas, contribuem para o clima emocional que se cria à volta da dramatização e são chamados a partilhar as suas vivências na fase final.

---

**Anexo VII – As Fases de uma sessão de Psicodrama Moreniano**

### *Fases da sessão*

---

Aquecimento	<p>É durante a discussão inicial que se criam as tensões das quais emerge a dramatização (Pio Abreu, 1992). Segundo Moreno (citado em Cukier, 2002<sup>2</sup>), o aquecimento deve partir do próprio grupo, não havendo protagonista ou tema pré-estabelecido. Procura-se favorecer a interação grupal, para que a comunicação radial centrada no terapeuta passe a ser uma comunicação do tipo triangular entre os membros, nos seus temas e inter-relações. O grupo homogeneiza-se quando a atenção de todos se centra espontaneamente num tema e num clima emocional que lhes é comum (Rojas-Bermúdez, 1997).</p>
Dramatização	<p>É a segunda fase da sessão. O diretor convida o protagonista a vir ao cenário, procurando que ele reconstitua o contexto da sua vivência, tornando-a visível. As cadeiras são retiradas do cenário, como se abrisse a cortina do palco, e pode operar-se uma mudança de luz de modo a demarcar que, a partir desse momento, estamos em dramatização onde tudo é “como se” e reversível (Pio de Abreu, 1992). Estes elementos ajudam a demarcar a separação entre contexto grupal e contexto dramático. O protagonista exprime-se agora através da ação e não das palavras. No decorrer da dramatização, o diretor pode intervir para novos aquecimentos e fazer uso de variadas técnicas. Assim, aquecimentos específicos e dramatizações podem ser sucessivos no espaço do cenário (Pio de Abreu, 1992).</p>
Partilha	<p>É a última etapa da sessão. Volta-se ao auditório e solicitam-se comentários à dramatização e às vivências surgidas com a cena. A palavra-chave para os comentários é <i>ressonância</i>. A ressonância afetiva e as vivências experimentadas pelo auditório fornecem suporte ao protagonista, para que não se sinta isolado com o seu problema. O protagonista tem oportunidade de ter uma devolução do auditório e não fica apenas com a sua visão pessoal (Rojas-Bermúdez, 1997). De acordo com o modelo da Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP), esta etapa segue uma ordem específica. Primeiro, o protagonista diz como se sentiu e o que pensa sobre o seu desempenho. Depois, é a vez dos membros do auditório. Aqueles que desempenharam funções de egos auxiliares partilham em terceiro lugar e finalmente os egos da equipa terapêutica. No final, o protagonista pode ainda pronunciar-se sobre a forma como recebeu os comentários. O Diretor fará um comentário síntese, com o qual encerra a sessão (Pio de Abreu, 1992). Pela importância de que se revestem os comentários, alguns psicodramatistas sugerem o uso do conceito “partilha”, para que se centrem mais nas vivências pessoais acerca da dramatização do que nas opiniões e nos juízos de valor sobre o protagonista. Pelo que encontramos tanto o uso do término comentários (Rojas-Bermúdez, 1997; Pio de Abreu, 1992) como partilha ou <i>sharing</i> (Boria, 2005; Bustos, 1999).</p>

---

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Revisão scoping: Extração de dados**

Autores	Objetivo	Pergunta	Método
Crowe & Carlyle (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer uma análise desconstrutiva dos conceitos de risco e de gestão de risco;</li> <li>- Explorar o contexto histórico de transtorno mental e o conceito de risco, o contexto clínico de avaliação e de gestão de risco e o contexto cultural, político e económico de risco e o impacto em enfermagem de saúde mental e nos clientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual o impacto da avaliação de risco e da sua gestão na enfermagem de saúde mental e nos clientes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É um estudo qualitativo que apresenta uma abordagem desconstrutiva do tema em análise.</li> </ul>
Farchione <i>et al.</i> (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a agressão, irritabilidade e hostilidade em 300 crianças (entre os 6 e os 18 anos) com risco para o transtorno bipolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a avaliação da agressão, irritabilidade e hostilidade em crianças com risco para desenvolver transtorno bipolar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trata-se de um estudo quantitativo que utiliza o Inventário de Hostilidade para Crianças (CHI - <i>Children's Hostility Inventory</i>)</li> </ul>
Philips, Stargatt & Fisher (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a validade preditiva da avaliação de risco clínico não estruturado e os fatores de risco associados à agressão em crianças internadas numa instituição psiquiátrica australiana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais os fatores de risco associados à agressão em crianças internadas numa instituição psiquiátrica?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão retrospectiva dos clientes de numa unidade infantil em instituição psiquiátrica.</li> </ul>
Boholm (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar e diferenciar os termos <i>risco</i> e perigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que diferença existe entre perigo e risco?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo qualitativo, sendo uma</li> </ul>

Autores	Objetivo	Pergunta	Método
			revisão de literatura.
Guerreiro & Sampaio (2013)	- Rever os conceitos atuais, epidemiologia e clínica dos comportamentos autolesivos e sistematizar a investigação e conceptualização do tema na comunidade científica de língua portuguesa.	- Quais os conceitos atuais, epidemiologia e clínica dos comportamentos autolesivos?	- Revisão sistemática da literatura, contemplando a investigação realizada até março de 2012, através de bases de dados médicas: MEDLINE, PsycINFO e SciELO.
Baeza, Correl & Carbon (2013)	- Avaliar o risco de agressão em adolescentes no contexto hospitalar.	- Qual o risco de agressão em adolescentes no contexto hospitalar?	- Trata-se uma revisão que visa descrever eventos agressivos em adolescentes internados.
Nunes & Bruni (2015)	- Identificar as características clínicas, comorbidades e de manutenção da insónia na infância e adolescência.	- Quais as características clínicas, comorbidades e de manutenção da insónia na infância e adolescência?	- Revisão sistemática de literatura focada na insónia e na faixa etária pediátrica.
Zhand, Matheson & Courtney (2016)	- Analisar o relato de crianças e adolescentes que se autoagrediram e automutilaram, no decorrer do seu internamento numa unidade de internamento psiquiátrico.	- Quais as razões que levam os adolescentes a se autoagredirem e automutilarem?	- Um estudo qualitativo, onde apresenta uma revisão e a análise dos relatos de adolescentes que se auto-agrediram.

Autores	Objetivo	Pergunta	Método
Santos, Junior & Farias (2017)	- Avaliar os eventuais fatores de risco biopsicossociais e condições que envolvem o surgimento da psicopatologia na infância.	- Quais os fatores de risco biopsicossociais e condições que envolvem o surgimento da psicopatologia na infância?	- Estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratório, que utilizou entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham diretamente com a clínica da saúde mental infantil em equipamentos sociais e no consultório.
Thompson <i>et al.</i> (2017)	- Determinar a associação entre o uso da disciplina física e o relato dos pais sobre os comportamentos de crianças fisicamente agressivas.	- Qual a associação entre o uso da disciplina física e o relato dos pais sobre os comportamentos de crianças fisicamente agressivas?	- Estudo prospetivo, observacional e multicêntrico, investigando hematomas e características psicossociais familiares de crianças com menos de quatro anos de idade.

## **Apêndice II – Revisão scoping: Análise dos resultados**

Tendo em conta os estudos selecionados para esta revisão *scoping*, apresento os resultados obtidos, os quais refletem os principais achados e as principais conclusões a que os variados autores chegaram através das suas investigações. A síntese do material revisto será apresentada de forma descritiva e alinhada de acordo com os objetivos da revisão. Irão ser privilegiados os estudos descritivos em que o foco incidirá sobre impacto da avaliação do risco clínico em saúde mental psiquiatria da criança e do adolescente com comportamentos agressivos.

1. O estudo de Boholm (2012) faz uma análise interessante entre as palavras risco e perigo. A má compreensão entre estes dois termos pode resultar numa má decisão e por isso, considera-se necessário ter em conta os resultados deste estudo. Boholm (2012) sublinha que risco e perigo são frequentemente utilizados para designar uma situação com consequências negativas e as quais decorrem de uma ação, no entanto, existem diferenças; o risco é usado para fazer referência a uma pessoa afetada por uma ação, sendo ela o agente da ação, a par de que o perigo se refere à pessoa afetada, mas não é ela o agente. Este estudo conclui que é necessário fazer uma aplicação correta dos termos risco e perigo, na medida em que esta pode induzir ao erro, à tomada incorreta de decisões, acarretando implicações para a comunicação de risco.

2. A investigação realizada por Crowe e Carlyle (2003) integra esta revisão porque fornece uma visão do conceito de risco e gestão de risco no contexto clínico e do seu impacto na enfermagem de saúde mental e nos clientes. Os resultados do estudo revelam que estes dois conceitos têm sido frequentemente aplicados na prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental e são essenciais para controlar as ações e comportamentos dos clientes, bem como dos profissionais de saúde, afim de atender às necessidades dos clientes e da própria instituição. O estudo conclui que os profissionais de enfermagem de saúde mental devem avaliar minuciosamente o seu papel enquanto profissionais que cuidam dos outros e por isso, devem sempre realizar uma avaliação de risco, resguardando a população daqueles que representam um risco para ela e auxiliando os que representam um risco através da sua intervenção terapêutica.

**3.** Ao procurarem identificar as características clínicas, comorbidades e de manutenção da insónia na infância e na adolescência, Nunes e Bruni (2015) verificaram que durante a infância, há uma predominância de insónia comportamental como uma forma de distúrbio de associação do início do sono e/ou distúrbio do sono limitante. Por sua vez, a insónia adolescente está mais associada a problemas de higiene do sono e atraso na fase do sono. Além disso, este estudo revela ainda que os transtornos psiquiátricos (ansiedade, depressão) ou de neurodesenvolvimento (transtorno de *déficit* de atenção, autismo, epilepsia) ocorrem com frequência em associação ou como uma comorbidade da insónia. Os autores concluem que as queixas de insónia em crianças e adolescentes devem ser tidas em consideração e devem ser devidamente investigadas pelo pediatra, o qual deve ter em linha de conta a associação com diversas comorbidades e as quais também devem ser diagnosticadas. As principais causas de insónia e os fatores desencadeadores desta perturbação do sono variam de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento de cada criança, pelo que a intervenção terapêutica deve incluir a higiene do sono e técnicas comportamentais e, quando necessário, pode ser complementada pelo tratamento farmacológico.

**4.** Santos, Junior e Farias (2017) ao avaliarem os eventuais fatores de risco biopsicossociais e condições que envolvem o surgimento da psicopatologia na infância, verificaram que as características sociais na atualidade realçam a necessidade de uma visão reflexiva a respeito do sofrimento infantil, ao terem em consideração o lugar das crianças no seio da sua família, e explicarem como as relações contribuem para a formação de um mal-estar na criança. Deste modo, os investigadores defendem que a utilização de ferramentas diagnósticas que possibilitem uma identificação precoce dos problemas de desenvolvimento psicoafetivo na infância, como os indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) e a avaliação psicanalítica aos três anos (AP3), podem garantir uma base mais sólida ao cuidado que envolve as psicopatologias infantis.

**5.** Guerreiro e Sampaio (2013) procuraram rever os conceitos atuais, epidemiologia e clínica dos comportamentos autolesivos e sistematizar que investigação e qual a conceptualização do tema na comunidade científica de língua portuguesa, constatando que existe um claro e perceptível problema de saúde pública, afirmando

que diversas investigações demonstram as altas prevalências em amostras comunitárias e clínicas. Além disso, os autores concluem ainda que a investigação em língua portuguesa tem contribuído de forma modesta para a clarificação deste problema, apontando e criticando o pouco consenso excelente relativo à nomenclatura e definição do problema.

6. Thompson *et al.* (2017) realizaram um estudo onde visavam determinar a associação entre o uso da disciplina física e o relato dos pais sobre os comportamentos de crianças fisicamente agressivas. Os resultados deste estudo revelam que dos 372 pais entrevistados, os pais que relataram o uso de disciplina física tinham 2,8 vezes mais probabilidades de relatar comportamentos agressivos da criança (como bater, chutar ou arremessar). Os investigadores concluem que o uso da disciplina física surge associado a uma maior taxa de comportamento fisicamente agressivos relatados na primeira infância, bem como à presença de fatores de risco psicossociais familiares.

7. A análise do estudo de Farchione *et al.* (2007), aliás, dos seus resultados, revela que crianças com pais diagnosticados com transtorno bipolar, são as que apresentam *scores* mais elevados no CHI, nomeadamente em relação à subescala da hostilidade e irritabilidade, quando comparados com os *scores* de crianças com pais que possuem o transtorno bipolar. Estes resultados indicam que a hostilidade e irritabilidade são indicadores a ter em conta, podendo contribuir para o desenvolvimento deste transtorno em crianças.

8. Philips, Stargatt e Fisher (2011), que realizaram um estudo com crianças com idades entre os 8 e os 13 anos, verificaram que os *scores* de risco de agressão mais elevados são preditivos da frequência, mas não da gravidade da agressão. Estes verificaram ainda que um diagnóstico de transtorno de comportamento disruptivo e o ter vivenciado algum tipo de trauma são preditivos de envolvimento na agressão, mas não quanto à avaliação de risco. A avaliação de alto risco para agressão está mais associada ao comportamento agressivo do que ao histórico de uma vivência traumática.

**9.** Baeza, Correl e Carbon (2013) centraram a sua atenção na frequência de eventos agressivos em adolescentes internados numa instituição, verificando que em 408 adolescentes registaram-se 1349 eventos agressivos, os quais surgem associados a transtornos de comportamento disruptivo, ao transtorno bipolar, ao histórico de tratamento hospitalar e tempo de internamento em instituição hospitalar. Os investigadores concluíram que existem altas taxas de intervenções farmacológicas em adolescentes internados, que a taxa de adolescentes com agressão e em contexto hospitalar aumentaram significativamente, o que agrava a doença mental e aumenta as necessidades do próprio serviço. Assim é necessário um serviço estruturado e com capacidade para dar resposta a estas necessidades.

**10.** Zhand, Matheson e Courtney (2016) focaram a sua atenção nos adolescentes que se auto-agredem e auto-mutilam, constatando que entre 501 internamentos registaram-se 60 incidentes, ou seja, em 6 casos de jovens que se agrediram e mutilaram. Verificaram também que 14% dos adolescentes representam 136 incidentes de auto-agressão e metade desses incidentes, ocorreram fora do contexto hospitalar. O estudo, através da Escala de Letalidade de Beck, revela que a gravidade média das tentativas de auto-lesão foi de 0,33, não evidenciando resultados significativos. Contudo, os autores concluem que o comportamento autodestrutivo durante o internamento hospitalar na instituição psiquiátrica constitui um problema grave e frequente na população adolescente e é também o principal motivo de admissão na instituição, defendendo mais investigações nesta área e as quais se foquem em estratégias que visem prestar um melhor apoio aos utentes.

**Apêndice III – Plano de Sessão “Como lidar com os Medos”**

## **PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Como lidar com o medo

**Sessão nº:** 1

**Hora:** 14h30

**Duração:** 1 hora

**Data:** 25 de janeiro de 2018

**Local:** Sala 3 do serviço de internamento de pedopsiquiatria

**População-Alvo:** Crianças/Adolescentes do Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria

**Objetivo Geral:** Promover o desenvolvimento de estratégias para lidar com o medo

**Finalidade:** Os formandos devem ser capazes de desenvolver estratégias para ultrapassar os seus medos.

**Objetivos específicos:** No final da sessão os participantes devem:

- Perceber o significado de Medo;
- Identificar os diferentes tipos de medo;
- Identificar e desenvolver capacidades para ultrapassar uma situação de medo;
- Identificar as suas próprias capacidades para ultrapassar os seus medos;
- Incentivar os jovens à consciencialização dos seus medos;
- Promover o diálogo, o convívio e a partilha de sentimentos entre os jovens.

Objetivos	Conteúdos	Formadores	Tempo	Metodologia	Métodos Auxiliares Audiovisuais	Avaliação
Refletir sobre significado de “medo” para cada um dos participantes	Introdução ao tema	Joana Moniz Vera Casimiro	1 minuto	Ativa		
	Apresentação dos formadores e dos formandos					
	Breve apresentação dos objetivos da sessão					
	Apresentação de Slides que consciencializem os jovens em relação ao significado de “medo”	Joana Moniz Vera Casimiro	5 minutos	Expositiva Ativa	Data Show Projetor	

Objetivos	Conteúdos	Formadores	Tempo	Metodologia	Métodos Auxiliares Audiovisuais	Avaliação
Informar sobre os sinais físicos emitidos pelo corpo quando se sente medo	Perceber se o grupo tem noção do que se transforma no nosso corpo.	Joana Moniz Vera Casimiro	5 minutos	Ativa	Data Show Projektor	
Conscienciar e informar os participantes acerca dos tipos de medo		Joana Moniz Vera Casimiro	10 minutos	Ativa	Data Show Projektor	
Conscienciar os jovens acerca das formas de lidar com o medo						

Objetivos	Conteúdos	Formadores	Tempo	Metodologia	Métodos Auxiliares Audiovisuais	Avaliação
<p>Compreender a importância e refletir sobre a problemática e identificar estratégias adaptativas e identificar recursos</p>	<p>Realização de um kit de emergência do medo, em que cada jovem coloca dentro da caixa objetos, desenhos entre outras coisas que sejam significativas para ultrapassarem os seus medos</p>	<p>Joana Moniz Vera Casimiro</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Ativa</p>	<p>Folhas de papel Lápis/canetas  Data Show  Projektor</p>	

Objetivos	Conteúdos	Formadores	Tempo	Metodologia	Métodos Auxiliares Audiovisuais	Avaliação
Permitir discutir sobre a atividade e temática em si no geral e quais os aspetos mais importantes a reter;	Discussão da temática, que conclusões é que retiram e quais os pontos mais importantes a reter.	Joana Moniz Vera Casimiro	10 minutos	Ativa	Data Show Projektor	Formativa com grelha de avaliação de “emojis” e através de uma palavra que caracterize a sessão de Psicoeducação

**Apêndice IV – Grelha de avaliação de sessão “Como lidar com os Medos”**



Like



Love



Haha



Yay



Wow



Sad



Angry

**Apêndice V – Reflexão da sessão “Dança, Movimento e Terapia”**

A realização desta reflexão surge no âmbito da minha presença na atividade: “dança e movimento” em janeiro de 2018 no serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

Tendo em conta nunca ter participado nesta atividade que se realiza às terças-feiras de manhã neste serviço, o entusiasmo era notório pelo que, a Enfermeira orientadora permitiu a minha presença nos dois grupos realizados.

Não era só a curiosidade que me movia para esta atividade, mas sim, a possibilidade de adquirir/consolidar competências para um dia, mais tarde, implementar intervenções de cariz socioterapêutico deste género como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

E porquê o interesse nesta técnica? Não claramente pela dança, até porque não sei dançar, mas pelo movimento que no meu ponto de vista e experiência pessoal, relaxa o corpo, reduz estados de ansiedade permite fortalecer autoestima e autoconfiança muitas vezes desconhecida ou desvalorizada.

O grupo foi dividido em dois, sendo que no grupo da manhã estiveram presentes cinco jovens. Uma jovem saiu logo no início da sessão referindo que não iria fazer nada muito menos movimentar-me saindo da sala. No segundo grupo estiveram presentes 6 jovens que permaneceram até ao fim da sessão.

Descalços na sala, sentados em círculo e, a atividade começou. Todos se apresentaram e escutaram as regras da sessão e seu objetivo: “fazer algo em conjunto/grupo” usando a expressão do movimento. E o engraçado para mim foi, toda esta atividade ter por base uma história simples do dia-a-dia. Interiorizar a música que decorria e movimentarmo-nos ao som da mesma. Seguindo a instruções da terapeuta, Enf.<sup>a</sup> M. uns com mais incentivo que outros simularam o espreguiçar ao acordar, o tomar banho, o vestir, o tomar o pequeno almoço, o apanhar o autocarro etc. E depois o enfase dado pelas terapeutas, “hoje na escola vamos fazer algo diferente em conjunto” (...) “preparar um piquenique!” olho em redor e observo os sorrisos dos jovens que me fazem querer estarem muito satisfeitos com esta sessão. No primeiro grupo estavam presentes dois jovens mais introvertidos que necessitaram de maior incentivo, apelidados de “serem os mais organizados” ao passo que os outros depressa se autonomizaram, foram buscar a “manta” para o piquenique, a “loiça”, comida etc. tudo isto num instante. A festa (do piquenique) decorre, todos comem e brindam, sorriem e dançam ao som da música. No segundo grupo também houve dois

jovens mais introvertidos, mas que ainda assim, participaram livremente nas atividades propostas.

Citando Elisabete & Bompastor (2009, p.215)<sup>30</sup>, a técnica Dança, Movimento e Terapia é “uma terapia psicodinâmica e pertence ao grupo das psicoterapias expressivas, como a musicoterapia, a arte psicoterapia e o psicodrama”. Esta técnica baseia-se na relação entre o movimento e a emoção, trabalhando com o corpo e a sua linguagem, enaltecendo que o movimento corporal pode levar a alterações no indivíduo, nomeadamente ao nível psicológico, ao desenvolvimento pessoal e à promoção da saúde.

Não me alongando mais na descrição do “piquenique” e “festa” nem do posterior “arrumar da festa e regressar a casa” concluo que esta atividade foi bastante divertida para os jovens e claramente esclarecedora dos seus objetivos. O grupo dois provavelmente desfrutou mais da “festa” por ter sido maior e mais rápido em termos de preparativos. Depois foi interessante associar um jogo de bolas, como o “mata” e a “rabia” promotores de distração.

Esta atividade a meu ver proporcionou bem-estar aos jovens e permitiu que estes se expressassem, organizando tudo aquilo juntos sem o recurso à palavra. No fim, e para baixar a energia do grupo é passada uma música mais calma e promovido o relaxamento ao longo da mesma. Os jovens deitaram-se sobre as mantas e os *puffs*, fecharam os olhos e permitiram serem tocados (utilizando as mãos, pinceis, bolas, etc.) pelas terapeutas, por mim e aluna de Enfermagem M.G.

A partilha no fim de sessão foi tão mais importante que esta pois permite ao profissional avaliar os efeitos da sua prática e compreender se foi de encontro aos objetivos da sessão e por outro lado obter o *feedback* do grupo de forma a otimizar sessões seguintes. Muitas vezes a partilha permite ao outro ou ao próprio descobrir coisas sobre si e encontrar estratégias para restabelecerem a saúde, prevenirem a doença mental e retornar à vida comum sem reatar o estigma muitas vezes associado.

E eles compreenderam os objetivos da sessão bem como o que se tem em conta neste tipo de técnica. A jovem M. (1º grupo) refere: “É bom fazermos algo em conjunto

---

<sup>30</sup> Elisabete, & Bompastor, E. (2009). Dança, Movimento em Psicoterapias Expressivas. In M. Ferraz, *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. 1, pp. 215-228). Venda do Pinheiro: Tuttirév.

e com respeito uns pelos outros” (sic), quando questionada sobre: “la fora não és respeitada?” a partilha não se prolonga e numa palavra descreve a sessão como relaxante. Recordo-me da expressão da jovem F. (2º grupo) “sinto-me estranha, mas bem”, “não gosto de dançar nem do movimento, mas gosto de escutar as músicas e observar os outros e os movimentos que fazem”, “no fim consegui relaxar”. (sic) No meio de partilhas mais resumidas a uma palavra é sempre enriquecedor haver alguém que dê um pouco mais de si e isso para quem trabalha nesta área vale muito.

Wiertsema (2001, p.11)<sup>31</sup> descreve que “o movimento é vital para o ser humano. É fundamental mantermo-nos em movimento, pois sem ele adoecemos e morremos. Movimento é vida: é ele que nos permite o conhecimento e o contacto, connosco próprios, com os outros e com tudo o que nos rodeia. A forma como agimos revela um pouco do que somos, pois exprime as nossas convicções, crenças e interesses. O corpo é o nosso instrumento, o nosso meio de expressão”.

Há pessoas que se expressam melhor pelo movimento, expressão facial, atitudes e pequenos gestos e é desta forma que concluo esta reflexão, muitas das crianças e jovens com problemas de saúde mental podem ser ajudadas através deste tipo de psicoterapias ou socioterapias com o intuito de “dar sentido” às suas vidas, ampliar/aprofundar o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Podem também adquirir competências comunicacionais num ambiente seguro e contentor, facilitado pelos terapeutas. Podendo o EESMP exercer técnicas nesse âmbito espero ter a oportunidade de as aperfeiçoar uma vez que é nesta área que me reencontrei como pessoa e profissional naquilo que mais gosto de fazer.

---

<sup>31</sup> Wiertsema, H. (2001) 100 Jogos de Movimento. 4ª Edição. Coleção prática pedagógicas. Porto: Edições ASA.

**Apêndice VI – Plano de Sessão “Movimento e Relaxamento”**

## **PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** “Movimenta-te e Relaxa”

**População-Alvo:** Crianças/Adolescentes internadas no internamento de Pedopsiquiatria, constituindo um grupo aberto.

**Crítérios de exclusão:** Crianças e Adolescentes situação de crise – especificamente em momento de heteroagressividade dirigida a objetos e/ou pessoas no momento da sessão.

### **Objetivos:**

- Sensibilizar os jovens para a consciência do próprio corpo – identificar zonas de maior tensão e relaxamento;
- Fornecer estratégias para o autocontrolo da tensão e ansiedade;
- Promover o relaxamento progressivo.

### **Sessão nº: 1**

**Data:** 28 de janeiro de 2018 **Hora:** 11h30 **Duração:** 45 minutos.

**Local:** Sala 3 do serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

**Material necessário:** Computador, bola de pilates, bola *anti-stress*, bolas de ténis, colchões e puffs.

**Dinamizadoras:** Enfermeira Vera Casimiro, EESMP V. e EESMP C.

<b>Intervenção</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do Tema da Sessão e a sua pertinência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificação da temática e objetivos da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos do grupo.</li> </ul>	2 minutos
<b>Aquecimento inespecífico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar/aprender os nomes</li> <li>• Homogeneizar a “energia” do grupo;</li> <li>• Identificar partes do corpo mais tensas.</li> <li>• Favorecer a comunicação através do corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em círculo e individualmente cada um diz o seu nome e idade através da passagem de uma bola pequena entre os pares; A cada um é pedido que assinalem na folha (previamente fornecida) a (s) zona (s) do corpo mais tensa (s);</li> <li>• Ao terminar é-lhes pedido que se coloquem por ordem cronológica de idades do mais novo ao mais velho;</li> <li>• Dividir em 2 grupos A e B e pedir que ambos atribuam um nome à sua equipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música;</li> <li>• Elementos do Grupo;</li> <li>• Bola pequena;</li> <li>• Papel;</li> <li>• Canetas.</li> </ul>	5 minutos
<b>Aquecimento específico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a concentração dos pares a cada movimento de bola;</li> <li>• Favorecer a coesão grupal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [A joga entre si e B tenta tirar a bola (vice-versa)<sup>32</sup>];</li> <li>• Os jogadores devem manter a bola entre si, ao som da música, sem que esta vá ao chão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música;</li> <li>• Elementos do Grupo;</li> <li>• Bola de pilates;</li> <li>• Diversas Bolas.</li> </ul>	3 minutos

<sup>32</sup> Item passível de ser eliminado conforme atitude do grupo de forma a não potenciar momentos de heteroagressividade.

Dinâmica de grupo:	<p style="text-align: center;"><b>1. PARTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer a comunicação através do corpo;</li> <li>• Fomentar a colaboração e a ideia de grupo;</li> <li>• Fornecer estratégias de <i>coping</i> para fazer face a momentos de tensão e/ansiedade.</li> </ul>	<p>1. Os grupos mantêm-se e a cada 2 elementos é sugerido que mantenham a bola entre si sem usar as mãos e descubram o que conseguem fazer com a bola sem que esta caia; quando cair começam de novo com outra bola;</p> <p>É proposto a cada grupo expressar uma coreografia simples (com ou sem bola) e quando a música para emitem um grito de guerra que simboliza o seu grupo; O maestro (Terapeuta) orienta a orquestra de gritos, ou seja, dá a voz a quem quer que expresse o grito.</p> <p><b>Nota:</b> ninguém perde porque a atividade não fica por aqui;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Música;</li> <li>• Elementos do Grupo;</li> <li>• Bola de Pilates;</li> <li>• Outras Bolas de vários tamanhos;</li> <li>• <i>Puffs</i>;</li> <li>• Colchões;</li> <li>• Lençóis e mantas.</li> </ul>	5 minutos
	<p style="text-align: center;"><b>2. PARTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a tensão de determinadas zonas do corpo;</li> <li>• Reduzir a ansiedade;</li> <li>• Relaxar o corpo.</li> </ul>	<p>2. Para diminuir a energia do grupo, o terapeuta coloca uma música mais calma e, livremente pela sala, ao som da música e com indicações do terapeuta, vão-se movimentando diversas partes do corpo mais lentamente;</p> <p>São incentivados a focarem-se na respiração e ao fim de uma volta à sala podem deitar-se de barriga para cima nos colchões/<i>puffs</i> e relaxarem ao som da música;</p> <p>É promovido um momento de relaxamento progressivo de <i>Jacobson</i> – Modelo Adaptado.</p>	20 minutos	

<p>Momento de partilha</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre o momento;</li> <li>• Avaliação da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentados em círculo é dada a oportunidade a cada elemento de partilhar sentimentos e emoções ocorridos ao longo da sessão;</li> <li>• É solicitado a cada elemento que classifique a sessão de acordo com o grau de satisfação que esta representou para si (escala analógica de faces – adaptada à satisfação) e que respondam a um questionário simples sobre a mesma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos do grupo;</li> <li>• Folhas de papel;</li> <li>• Canetas.</li> </ul>	<p>10 minutos</p>
----------------------------	---	--	---	-------------------

**Apêndice VII – Relaxamento progressivo de Jacobson (modelo adaptado)**

“Peço que se coloquem o mais confortáveis possível... de preferência de barriga para cima sobre os colchões que se encontram dispostos pela sala e de olhos fechados... Tomem consciência deste espaço, interiorizem a música e adaptem-se a ela... Sintam o vosso corpo a afundar no colchão e a tornar-se cada vez mais pesado (...) e sintam-se em paz... com uma respiração tranquila, inspirem 3-2-1 (...) expirem 5-4-3-2-1 (pausa)...”

“Sintam o peso dos vossos calcanhares sobre o colchão...Façam força com os calcanhares contra o colchão... Força... Força... Força... E relaxem...

Estiquem a ponta do pé esquerdo, como se este tivesse uma bola por baixo, como se quisesse apertar a bola (...) aperta, aperta, aperta, contraindo o pé esquerdo e depois relaxa (...)

Estiquem a ponta do pé direito, também como se este tivesse uma bola por baixo, como se quisesse apertar a bola (...) aperta, aperta, aperta, contraindo o pé direito e depois relaxa (...)

Alcance a sua perna esquerda com os dedos do pé esquerdo (...) estiquem, estiquem, estiquem (...) até doer (...) a barriga da perna esquerda fica dura e depois, relaxada (...)

Alcance a sua perna direita com os dedos do pé direito (...) estiquem, estiquem, estiquem (...) até doer (...) a barriga da perna direita fica dura e depois, relaxada (...)

Contraíam os músculos da coxa esquerda e relaxem (...)

Contraíam os músculos da coxa direita e relaxem (...)

Ponham os músculos da barriga duros, como se fossem receber um murro na barriga (...) e façam força, força, força para que as costas toquem no colchão e (...) relaxem (...)

Fechem a mão esquerda. Sintam a tensão na mão e antebraço esquerdos. Agora larguem repentinamente. (Repete)

Fechem a mão direita. Sintam a tensão na mão e antebraço direitos. Agora larguem repentinamente. (Repete)

Empurrem o cotovelo da esquerda contra (a cadeira ou contra o colchão) (...) empurra... empurra...empurra. Quando se sentirem bem, larguem a tensão e notem a diferença. (Repete)

Empurrem o cotovelo da direita contra (a cadeira ou contra o colchão) (...) empurra... empurra...empurra. Sintam a tensão que isto causa no braço direito e relaxem (...)

Para causar tensão à volta do pescoço, puxem o queixo para o peito sem deixar tocar (repete)

Levantem as sobrancelhas e façam rugas na testa

Fechem os olhos com força, força, força (...) e levantem o nariz

Cerrem os dentes com uma força média e puxem os cantos da boca para trás como se estivessem a rir exageradamente

Inspirem (...) suspendam a respiração e puxem os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sintam a tensão nos ombros, peito e costas e (...) relaxem

Sintam o vosso corpo todo relaxado, vocês estão leves e relaxados, livres de todas as tensões inicialmente identificadas”

E deixam-se tocar, deixam-se cuidar (...) vocês estão completamente relaxados (...)

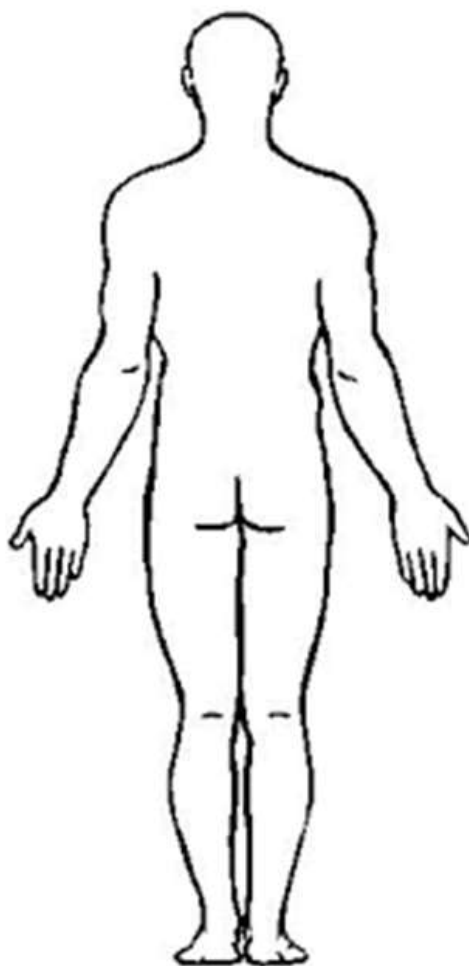
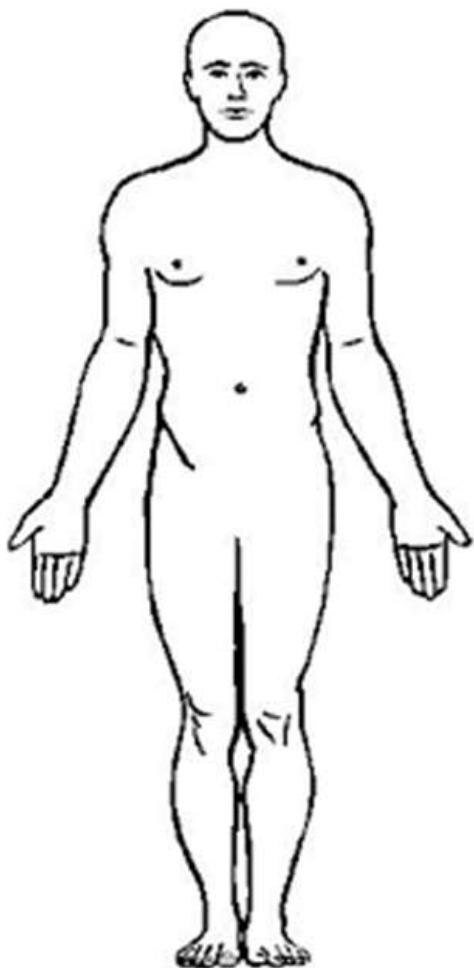
(O percurso do relaxamento termina. O dinamizador permanece em silêncio dando tempo aos participantes para entrarem em contacto consigo mesmos, aliviando a tensão).

Seguem as últimas instruções:

“Recordem esta sensação de paz e serenidade... e esta sensação irá acompanhar o resto do vosso dia a partir do momento em que despertarem aqui e agora... quando se sentirem confortáveis, poderão abrir os olhos, mover os membros, espreguiçarem-se e sentarem-se nos colchões”.

## **Apêndice VIII – Identificação das zonas de maior tensão**

Onde sinto maior tensão?



**Apêndice IX – Questionário para avaliação da sessão de Movimento e Relaxamento**

## Questionário de Avaliação da Sessão

### 1. Responde sim ou não às seguintes questões:

1.1. Consideras que este espaço foi adequado à sessão (movimento/relaxamento)?

Sim

Não

1.2. Consideras que a técnica de relaxamento utilizada permite diminuir a tua tensão e ansiedade?

Sim

Não

---

### 2. Responde de forma clara e sucinta às seguintes questões:

2.1. O que sentiste com o exercício de movimento?

---

---

2.2. E com o exercício de relaxamento?

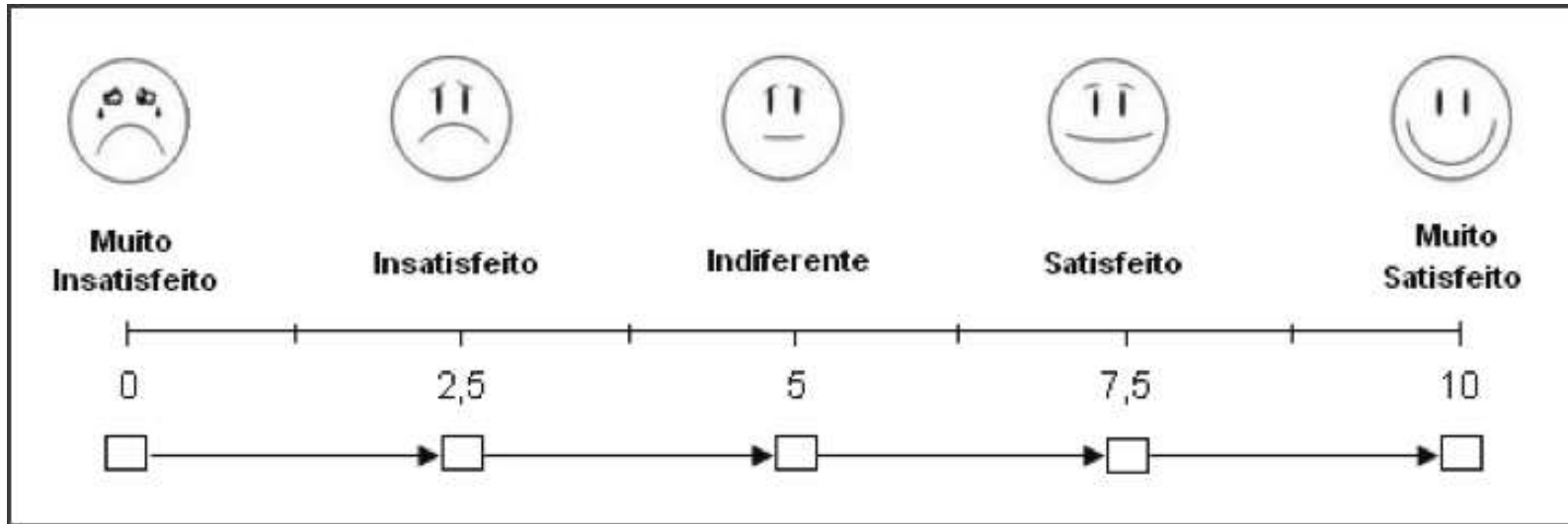
---

---

Obrigado 😊

**Apêndice X – Escala numérica (adaptada) para avaliação da sessão de Movimento e Relaxamento**

Qual o teu grau de satisfação com esta sessão?



**Apêndice XI – Estudo de Caso: Plano de Cuidados**

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Isolamento Social e Comunicação Comprometida</p>	<p>Que sejam promovidos momentos de interação social;</p> <p>Que a jovem seja capaz de levar a cabo um diálogo socialmente aceite por pares e/ou prestadores de cuidados</p> <p>(2 meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a jovem a participar nas atividades de grupo;</li> <li>- Estimular atividades recreativas: jogos de tabuleiro ou de cartas;</li> <li>- Apoiar a jovem nas dificuldades de comunicação;</li> <li>- Promover a compreensão empática a fim de facilitar a confiança na relação;</li> <li>- Quando a jovem não quer falar ou sente-se incapaz de o fazer, utilizar a verbalizar o implícito: “É possível observar no teu olhar o quão estás triste, imagino que por estares longe de casa e amigos” e dali surgir a oportunidade da jovem se sentir encorajada a partilhar alguns assuntos;</li> </ul>	<p>A S. manteve preferência por atividades de cariz individual ao longo do internamento, porém consegue manter-se progressivamente mais próxima do grupo de pares.</p> <p>Com a proximidade da alta consegue ser um pouco mais espontânea no seu discurso embora este permaneça pobre.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o envolvimento familiar nesta dificuldade para que juntos possam trabalhar em parceria continua.</li> </ul>	
Risco de Agressão	Que não se verifique agressão. (1 mês)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir o ambiente físico (prevenção violência).</li> <li>- Promover isolamento ambiental se necessário;</li> <li>- Treinar controlo de impulsos;</li> <li>- Encorajar a expressão de raiva e/ou sentimentos;</li> <li>- Apoiar a gestão de conflitos com os pares;</li> <li>- Administrar medicação em SOS;</li> <li>- Diminuir a ansiedade utilizado técnicas de relaxamento.</li> </ul>	<p>Ao longo do internamento apresentou momentos de agressividade latente no discurso e 3 episódios de agressividade dirigida a outros (pares e técnicos). Após realizada intervenção em crise nesses momentos em quarto de confinamento a jovem é abordada por EESMP no sentido de atribuir significado aos comportamentos apresentados.</p> <p>Progressivamente com adesão à medicação a jovem compreende que não é com violência que resolve as suas frustrações permanecendo</p>

			mais ajustada sem agressividade latente ou expressa.
Autoestima diminuída	Que a S. apresente autoestima melhorada (1 mês)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover melhoria da imagem corporal;</li> <li>- Gerir tristeza e compreender os motivos da mesma;</li> <li>- Disponibilizar tempo para que a S. se possa expressar;</li> <li>- Promover o autocuidado: assistir a jovem nos cuidados de higiene e vestuário; incentiva a arranjar-se e a cuidar-se aceitando-se como é tal como é;</li> <li>- Não discutir nem confrontar a cliente, mas focá-la na realidade para que esta se consiga afastar dos pensamentos delirantes ou possíveis alucinações.</li> </ul>	<p>Ao longo do internamento a S. sempre permanecer com um humor apreensivo e deprimido. Fácies triste.</p> <p>Verbalizava muitas vezes: “eles só querem rir de mim”; “dizem que eu sou feia e provocadora e eu acredito”.</p> <p>Na atividade de autocuidado a S. começa a cuidar-se.</p> <p>Quando me aborda para me dizer que vai a casa é reforçado o quanto ela evoluiu e está melhor.</p>
Processo familiar comprometido	Processo familiar melhorado (até ao	- Mediar visitas;	Ao longo do internamento a S. sempre se mostrou retraída

	fim do internamento)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover a gestão de conflitos.</li><li>- Incentivar a S. a telefonar à família e estabelecer interações positivas com a mesma;</li><li>- Promover envolvimento familiar no plano terapêutico da S.</li></ul>	<p>com postura tensa na presença das visitas. Foi possível trabalhar a relação mãe-filha uma vez que a S. iria viver com a mãe após alta. Numa das vezes contou-me que não tinha saudades de casa, mas também não queria viver com a mãe. Fica triste quando sabe que a avó viajou. Apesar de zangada ela consegue revelar o afeto por quem a criou. Perante a mãe não se demonstrou afetuosa recusando muitas vezes despedir-se desta no fim da visita, porém houve necessidade de dar algum tempo à relação que se reconstruía.</p>
--	----------------------	---	---

<p>Risco de não adesão ao regime terapêutico</p>	<p>Que se verifique adesão ao regime terapêutico (até ao fim do internamento)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vigiar toma da terapêutica;</li><li>- Planear alta junto da jovem e família;</li><li>- Incentivar a presença nas consultas, exames complementares e hospital de dia;</li><li>- Negociar contrato terapêutico e promover a auto-responsabilização sobre a importância de não abandonar o plano terapêutico traçado de forma a não perder os objetivos conquistados.</li></ul>	<p>Aparentemente a jovem consegue compreender que está melhor e que antes não compreendia o porquê de tomar comprimidos.</p> <p>Durante o internamento adere ao plano terapêutico.</p> <p>A S. tem alta com a medicação descrita no ponto 5.1. e acompanhamento em ambulatório uma vez por semana.</p>
--	---	--	--