



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

### **Promoção da Saúde Mental em Mães Adolescentes Institucionalizadas**

**Ana Margarida Lemos Nogueira**

**2013**







# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

## **Promoção da Saúde Mental em Mães Adolescentes Institucionalizadas**

**Ana Margarida Lemos Nogueira**

**Luísa Maria Correia de Azevedo D'Espiney**

**2013**





«Adolescência, turbulência, displicência...  
Uns dizem "aborrecência"  
Outros "desabrochar da vida".  
Adolescência, maturação, interação...  
Maturação do corpo e da mente  
Interação do "eu" com o mundo.  
Gravidez na adolescência!  
Problema?! O que fazer?  
Mudanças acontecem  
Sentimentos surgem  
Frustrações, decepções, depressões...  
Medo, ansiedade, angústia...  
Gravidez na adolescência!  
A sociedade julga!  
A família acolhe  
Os amigos ajudam  
O parceiro foge.  
Adolescente grávida  
Menina-mulher  
Menina que já não é menina  
Menina que também não é mulher  
É uma menina-menina  
É uma menina-mulher.  
Gravidez e adolescência  
Um ser se desenvolvendo  
Dentro de outro ser em transformação  
Transformação do corpo e da mente  
Que surpreendentemente  
Dá a luz e sua vida para este novo ser  
Simplesmente viver!»

**Anônimo**



## **AGRADECIMENTOS**

Muito obrigada...

À Professora Luísa D'Espiney pelo seu acompanhamento ao longo deste percurso.

Ao Professor José Falé pelos seus contributos, disponibilidade e apoio.

Às equipas multidisciplinares da UIPIA e UCC da Lapa pela sua colaboração.

A todos os adolescentes que acompanhei pela oportunidade que me deram de os conhecer.

À Dulce pela sua compreensão e voto de confiança.

À Filipa pela sua alegria e brincadeiras constantes.

À Susi pela sua presença e enorme amizade.

À minha família pelo apoio incondicional.

Ao André pelo seu amor, carinho, ajuda e incentivo... em todos os momentos.



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, descrevendo o desenvolvimento do projeto de intervenção e a aquisição de competências específicas na área.

São retratadas duas fases do projeto, em contexto de internamento, com adolescentes em fase aguda da perturbação mental, e em contexto comunitário, com mães adolescentes em acolhimento residencial temporário.

A promoção da saúde mental potencia o estado de equilíbrio que permite à pessoa compreender, interpretar e adaptar-se ao meio envolvente, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro ativo da sociedade.

A maternidade na adolescência reúne num mesmo momento as transformações próprias do período da adolescência com as alterações no quotidiano a que o papel de mãe obriga. Esta condição reflete-se na adolescente perturbando o sentido da sua imagem pessoal e criando desequilíbrios e confusão, o que é motivo de fortes repercussões emocionais.

Já o fator institucionalização exige adaptações sucessivas, dificulta a construção dos afetos e da identidade própria. Associando os motivos que levaram à institucionalização, a mesma transforma-se numa experiência dolorosa que conduz a sentimentos de perda e angústia.

Esta associação de condições implicam um risco elevado para a saúde mental da adolescente, tornando-se primordial a intervenção para prevenir o adoecer mental.

A intervenção terapêutica individualizada e contínua, com recurso à entrevista de ajuda, possibilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, promovendo o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Na mãe adolescente institucionalizada a importância desta abordagem foi evidente na promoção do bem-estar e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Adolescência; Maternidade; Promoção da Saúde Mental; Relação Terapêutica.



## **ABSTRACT**

This report comes in the ambit of the Nursing Master in the Specialization Area of Mental Health and Psychiatry Nursing, which describes the development of the intervention project and the acquisition of specific skills in this field.

Two different phases of the intervention project are described, hospital and community context, with adolescents in the acute phase of mental disturbance and with adolescents mothers in temporary residential care.

The promotion of mental health leads the person into a state of balance that allows her to understand, interpret and adapt to the surrounding environment, establish meaningful relationships with others and be an active member of society.

Motherhood in adolescence gathers, on the same time, the typical changes of the adolescence period with the changes in everyday life that the mother role requires. This condition is reflected in the adolescent by disturbing the sense of personal image and creating instabilities and confusion, which motivates strong emotional repercussions.

The factor institutionalization requires successive adjustments and hampers the establishment of affect and self-identity. Associating the reasons that led to the institutionalization, it becomes a painful experience that leads to feelings of loss and anguish.

The association of these conditions imply a high risk to the adolescent mental health, making it crucial the intervention to prevent mental illness.

The continuous and individualized therapeutic intervention, using the help interview, allowed the establishment of an effective therapeutic relationship, promoting growth, development, maturity and a greater ability to face the life. In institutionalized adolescents mothers the significance of this approach was unmistakable in the promotion of wellness and quality of life.

**Keywords:** Adolescence; Motherhood; Mental Health Promotion; Therapeutic Relationship.



## **LISTA DE SIGLAS**

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEESM – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

sic – segundo informações colhidas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UIPIA – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência



# ÍNDICE

|   | Pág. |
|---|------|
| INTRODUÇÃO  | 15   |
| 1. A PROBLEMÁTICA   | 17   |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO  | 21   |
| 2.1 Adolescência  | 21   |
| 2.1.1 Desenvolvimento Psicosexual                                       | 22   |
| 2.1.2 Desenvolvimento Cognitivo   | 23   |
| 2.1.3 Desenvolvimento Psicossocial                                      | 24   |
| 2.2 Maternidade na Adolescência   | 25   |
| 2.2.1 Repercussões da Maternidade nas Adolescentes e nos seus Filhos    | 28   |
| 2.3 Institucionalização na Adolescência                                 | 30   |
| 2.4 Promoção da Saúde Mental na Adolescência                            | 32   |
| 2.4.1 Promoção da Saúde Mental em Mães Adolescentes Institucionalizadas | 34   |
| 2.5 Teoria das Transições de Afaf Meleis                                | 37   |
| 3. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO   | 39   |
| 3.1 Contexto de Internamento  | 39   |
| 3.1.1 Objetivos e intervenções realizadas                               | 40   |
| 3.1.2 Acontecimento significativo                                       | 48   |
| 3.2 Contexto Comunitário  | 51   |
| 3.2.1 Objetivos e intervenções realizadas                               | 53   |
| 3.2.2 Estudo de caso  | 61   |
| 3.2.3 Discussão de resultados   | 68   |
| 4. MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS                            | 71   |
| 5. CONSTRANGIMENTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS                              | 75   |
| 6. CONCLUSÃO  | 79   |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS  | 81   |
| APÊNDICES   | 85   |
| Apêndice I – Dinâmica de Grupo baseada nas Terapias Expressivas         |      |

Apêndice II – Apresentação Powerpoint dirigida à Equipa Multidisciplinar da UCC da Lapa

Apêndice III – Objetivos e Finalidades do Grupo Terapêutico

Apêndice IV – Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh preenchida pela adolescente

## ANEXOS

87

Anexo I – Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh (*The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*)

Anexo II – Escala de Autoestima de Rosenberg (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*)

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório surge após a realização de Estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este percurso académico surge da constante necessidade de evolução, dinamização e atualização de conhecimentos, na perspetiva de aumentar a qualidade técnico-científica dos cuidados de enfermagem prestados. Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p. 1), estes “têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Quando em processo de sofrimento ou de perturbação mental, as pessoas vão obter ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM).

Como objetivo principal, a realização deste estágio pretendia criar um espaço de aprendizagem que favorecesse a consolidação do desenvolvimento das competências específicas do EEESM, no âmbito da avaliação, planeamento e intervenção inerentes à enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

O estágio decorreu inicialmente no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., no Hospital Dona Estefânia, na Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), nos períodos de 1 de outubro a 30 de novembro de 2012, e posteriormente de 3 de dezembro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013 (com interrupção de duas semanas de férias previstas em calendário escolar) em contexto comunitário nos Agrupamentos de Centros de Saúde Lisboa Central, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Lapa.

O estágio na UIPIA visou a prestação de cuidados a adolescentes em crise e suas famílias. Esta unidade dispõe de recursos humanos e materiais orientados para a prestação de cuidados diferenciados ao adolescente/família em fase aguda de doença mental. Pretendeu-se desenvolver competências na prestação de cuidados específicos a adolescentes em situação de

crise, desenvolvendo competências de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico. O dinamismo da equipa e a aposta constante na formação tornaram este contexto clínico num local promotor da aquisição e aprofundamento de competências específicas do EEESM.

Na UCC da Lapa o estágio tinha como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem à população da sua área de influência. Foi possível estruturar o projeto de estágio de acordo com as necessidades identificadas pela equipa da UCC da Lapa, nomeadamente a necessidade de intervir junto de um grupo de risco: mães adolescentes institucionalizadas. O foco da intervenção centrou-se na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. Assim, enquanto futura EEESM, foi reconhecido pela equipa multidisciplinar que a intervenção especializada junto desta população traria importantes contributos e benefícios.

Este relatório pretende relatar o que foi desenvolvido nos contextos de estágio e sistematizar o percurso formativo, refletindo de forma crítica e teoricamente fundamentada as intervenções desenvolvidas e as competências adquiridas. A componente reflexiva é igualmente abrangida por permitir, como referem Santos e Fernandes (2004), a aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das práticas e, sendo um processo de análise consciente, traduz-se no que Kim (1999), citado pelos mesmos autores, define como reflexão sobre as práticas.

No primeiro capítulo deste relatório é apresentada a justificação da escolha da problemática, Promoção da Saúde Mental em Mães Adolescentes Institucionalizadas. No segundo capítulo é efetuado, após revisão narrativa da literatura, um breve enquadramento como suporte teórico à problemática, com base igualmente numa teoria de enfermagem, a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O terceiro capítulo é referente à operacionalização do projeto, com a realização do estágio; onde são descritas todas as intervenções realizadas e experiências vivenciadas, em contexto de internamento e em contexto comunitário, e apresentados e discutidos resultados da intervenção. No capítulo quatro é feita uma abordagem às principais competências específicas do EEESM mobilizadas e desenvolvidas.

Para finalizar, nos últimos capítulos encontram-se os constrangimentos, as considerações finais e a conclusão.

## **1. A PROBLEMÁTICA**

Desde o início da vida académica e profissional que a área da saúde infantil e juvenil despertou um grande interesse, visto ser nas crianças e adolescentes que o conceito de promoção da saúde deve ser precocemente inculcado de modo a prevenir a doença. Desde que exerce funções que igualmente manteve o investimento nesta área, a nível dos cuidados de saúde primários, tendo no último ano direcionado as intervenções maioritariamente para a população adolescente. Assim, quando foi proposta a realização deste estágio, escolheu como área de suporte à intervenção a saúde mental na infância e adolescência.

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM, 2008), no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, é necessário aumentar a qualidade de cuidados prestados aos adolescentes, sendo que são grupos de intervenção prioritária. Efetivamente, esta é uma área com necessidade de grande investimento em Portugal, referido igualmente pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM, 2007) no seu relatório “Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal”, em grande parte devido à escassez de recursos humanos e à formação insuficiente dos profissionais nesta área. Ainda segundo a CNRSSM (2007, p. 34), “é fundamental reconhecer a saúde mental da criança e do adolescente como uma prioridade a nível nacional (...) [e] o diagnóstico precoce de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias terapêuticas deve transformar-se num objetivo fundamental do Plano Nacional de Saúde Mental”.

Tendo em conta estas constatações, e segundo o Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar (2008) que nos diz que cerca de 50% das doenças mentais têm o seu início na adolescência, com taxas de incidência de 10% a 20% nos jovens, é fundamental intervir antes do aparecimento de situações psicopatológicas.

É sabido que a adolescência é uma fase de intensas mudanças. É uma fase de maturação biológica, psicológica, social e cognitiva, onde é vivida nesta fase do desenvolvimento humano uma transição entre a infância e a idade adulta, entre a dependência e a autonomia.

A gravidez na adolescência vai alterar significativamente o desenvolvimento corporal, visto reunirem-se no mesmo momento duas fases do crescimento mais rápido do ser humano, as alterações próprias da adolescência e as próprias da gravidez. Esta condição vai assim interferir no bem-estar físico e psicológico da adolescente, sentindo-se frequentemente angustiada perante a transformação que o seu corpo sofre (Lourenço, 1998).

A gravidez implica igualmente novas responsabilidades, que geralmente são incompatíveis com as atividades normais de um adolescente, como sejam frequentar a escola e manter um papel social ativo com os pares, implicando perda de liberdade. Segundo Carlos et al. (2007) citando Osofsky et al. (1993, p. 184), “as próprias características da personalidade adolescente, como o egocentrismo, baixo sentido de responsabilidade, menor autonomia e maior difusão da identidade podem induzir a um maior risco de uma gravidez ocasional”. A maternidade, por seu lado, vai exigir reajustes importantes na vida de uma adolescente, tanto decorrentes das alterações do corpo como da conseqüente mudança de identidade. Desta forma, sempre que a gravidez e a adolescência coexistem, acrescenta-se uma outra crise à da própria adolescência, a da maternidade, uma vez que esta implica uma maior vulnerabilidade.

O número de mães adolescentes tem vindo a diminuir, no entanto, Portugal é dos países europeus com maiores taxas de gravidez na adolescência, com 5,1% de nascimentos em mulheres adolescentes em 2004, comparado com uma taxa bem mais inferior da Dinamarca, 1,3% no mesmo ano, que ocupa o melhor nível da União Europeia (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2006 citada por Deus, 2009).

Existem vários fatores de risco que podem interferir nas capacidades parentais das mães adolescentes, sendo as famílias numerosas, com problemas socioeconómicos, monoparentais, com um ambiente familiar caracterizado por stress, pressão e conflitos que apresentam maior disfuncionalidade e rigidez. Outro fator importante é que a maioria das adolescentes engravida de uma relação afetiva pouco estável, numa procura da necessidade de compensação de carências afetivas (Almeida, 2007).

À problemática da maternidade na adolescência pode ser acrescido ainda o fator institucionalização, que, segundo Amado et al. (2003) e Teixeira (2009) citados por Silva (2011), é muitas vezes visto como uma experiência dolorosa, como uma rutura com o

ambiente conhecido, exigindo adaptações sucessivas e fornecendo relações descontínuas e dificuldades na construção dos afetos e identidade própria.

Alguns estudos demonstram ainda que crianças e jovens institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos do que aqueles que vivem com as suas famílias (Abreu, 2001 citado em Abaid, 2008 citados por Silva, 2011).

Desta forma, a maternidade em adolescentes institucionalizadas é uma problemática atual, com influência na saúde individual, familiar e da comunidade. Assim, impõe-se que os profissionais de saúde que contactam com mães adolescentes adquiram um conhecimento atualizado sobre os aspetos da saúde mental da gravidez e maternidade na adolescência, e que as intervenções de enfermagem se direcionem para a prestação de apoio e informação para minimizar as transições e processos próprios da adolescência e da gravidez/maternidade, ajudando a lidar com situações de crise, como esta descrita.

Além das razões referidas anteriormente, a escolha desta temática deveu-se igualmente a uma necessidade identificada na população de mães adolescentes da área de influência da UCC da Lapa, local onde exerce funções.

A UCC da Lapa apresenta uma carteira de serviços com vários programas de saúde, sendo um deles uma parceria com uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de acolhimento residencial temporário, que tem por missão acolher grávidas e mães adolescentes e seus filhos.

A equipa multidisciplinar da UCC da Lapa iniciou as suas intervenções na instituição, das quais destaco a promoção da vinculação mães-bebés e a realização de sessões de educação para a saúde, no início do ano 2012. Dos primeiros contactos e convivência com as adolescentes e profissionais da instituição, foram percebidas e identificadas algumas necessidades, limitações ou mesmo dificuldades, principalmente a nível da relação das adolescentes com elas próprias e com as outras. Sentimentos de tristeza, angústia, solidão, baixa autoestima, estão presentes principalmente nas adolescentes que se encontram há pouco tempo na instituição, não tendo sido possível intervir de forma a que exprimissem eficazmente as suas emoções. As questões relacionadas com os afetos e a sexualidade são um outro aspeto que é pouco trabalhado na instituição, e que efetivamente é essencial ser

abordado e trabalhado em conjunto com estas adolescentes, visto a dificuldade em gerir este aspeto inerente à fase da adolescência ser um dos motivos que as levaram ao papel de mães adolescentes.

Nesta perspetiva, a realização do projeto de intervenção evidenciou ser uma oportunidade de concretização de uma abordagem de enfermagem diferenciada para estas adolescentes em particular. Foram traçados objetivos de promoção e proteção da saúde mental das adolescentes, através da promoção da expressão de emoções e sentimentos relacionados com a adolescência, maternidade e institucionalização, e da compreensão das angústias percecionadas nesta fase do seu desenvolvimento. Visto serem uma população de risco, foi assim opção direcionar e desenvolver intervenções para este grupo.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 Adolescência**

A adolescência só poderá compreender-se considerando os aspetos físicos, cognitivos, psicológicos, socioculturais e económicos. Segundo Claes (1990) citado por Henriques (2008), coexistem, nesta etapa, desejos contraditórios de crescer e de regredir, de se sentir ainda criança e já adulto, de autonomia e de dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projetar no futuro.

A adolescência é, assim, a idade da mudança. Segundo Marcelli e Braconnier (2005, p. 23), a negação da sua infância e a procura de um estatuto adulto estável, é o que “constitui a própria essência da «crise», do «processo psíquico» que todo o adolescente atravessa”.

São vários os autores que definem diferentes limites do período da adolescência. Citados por Henriques (2008), Fonseca (2004a, p. 143) refere que “a adolescência corresponde genericamente ao período etário do ciclo vital compreendido entre os 12 e os 18 anos”, e Claes (1990) refere que a adolescência termina quando o jovem alcança a maturidade emocional e social, assumindo de modo estável as exigências preconizadas pela cultura onde está inserido. Segundo a World Health Organization (1986) o período da adolescência está compreendido entre os 10 e os 19 anos.

A adolescência corresponde a um período carregado de tensão que percorre as etapas biológicas que exprimem a puberdade e culmina com a formação de valores e da identidade. O aliviar desta tensão está proporcionalmente relacionado com o modo como esta foi aliviada na infância. Assim, quanto melhor a criança tiver gerido as suas perdas ou gratificações, melhor lidará na adolescência com as suas necessidades internas e externas prosseguindo para a idade adulta. Até porque “a adolescência vai pôr tudo em causa e, sob o ponto de vista da saúde mental, é a última oportunidade para uma entrada saudável na vida adulta” (Sampaio, 1996, p. 100 citado por Henriques, 2008).

Em suma, Fonseca (2005) citado por Henriques (2008) refere que esta etapa do desenvolvimento humano é dotada de alterações profundas a nível biológico, despoletadas pela puberdade que intervém diretamente com o crescimento e com as várias transformações a nível corporal; a nível cognitivo, onde a capacidade de raciocínio se torna mais elaborada; a nível psicológico, onde se verifica uma autonomização paralelamente à formação da identidade; e a nível social, onde se assume a execução de novos papéis.

A puberdade corresponde a um período que se associa a grandes alterações a nível físico, de crescimento rápido em altura e peso, e a nível hormonal, acrescentando os autores Papalia, Olds e Feldman (2001) citados por Henriques (2008) que a puberdade consiste num processo pelo qual o indivíduo atinge a maturidade sexual e a capacidade de reprodução. Nesta fase o adolescente sente-se desconfortável e desajeitado porque o seu corpo não cresce de forma harmoniosa. Verifica-se um desenvolvimento ao nível dos caracteres sexuais primários e secundários e, associado à maturação dos órgãos reprodutores, surge a primeira menstruação nas raparigas (menarca) e a produção de esperma (primeira ejaculação) nos rapazes (Fonseca, 2004a, Papalia et al., 2001, Santrock, 2003 & Zagury, 2002 citados por Henriques, 2008).

### 2.1.1 Desenvolvimento Psicosexual

A teoria psicanalítica descreve o desenvolvimento como um processo inconsciente, considerando que as primeiras experiências da vida moldam consideravelmente o desenvolvimento (Santrock, 2003 citado por Henriques, 2008).

Segundo Freud, a personalidade é composta por três estruturas: o *id* que integra os instintos, constitui a reserva de energia psíquica da pessoa e é inconsciente; o *ego* que surge após o confronto com as exigências e restrições da realidade e permite tomar decisões racionais; e o *superego* que corresponde à estrutura moral da personalidade e é consciente. Com um número elevado de conflitos e tensões, e para reduzirem este desconforto, os adolescentes bloqueiam a informação no seu inconsciente (Santrock, 2003 citado por Henriques, 2008). O autor Delval (1999) citado por Henriques (2008) refere que a adolescência é, portanto, o resultado do desenvolvimento de pulsões que se produzem durante a puberdade e que modificam o equilíbrio psíquico, produzindo uma vulnerabilidade da personalidade.

No desenvolvimento psicosssexual Freud considera cinco fases: a fase oral (do nascimento até 1 ano); a fase anal (de 1 ano até aos 3 anos); a fase fálica (dos 3 aos 6 anos); a fase de latência (dos 6 anos até à puberdade); e a fase genital (que se inicia na puberdade). Na fase genital, retomam-se os impulsos sexuais e o adolescente passa a procurar pessoas e um objeto de amor fora da família (Delval, 1999, Rappaport et al., 2005, & Santrock, 2003 citados por Henriques, 2008). O adolescente deixa de estar protegido pela idealização das figuras parentais e tem de enfrentar os desafios que se lhe apresentam; o modo como o fará dependerá dos recursos do seu mundo interno bem como da intensidade dos seus afetos (Assumpção & Reale, 2002 citados por Henriques, 2008).

Nesta fase os adolescentes despertam para a sexualidade e nesta etapa é provável a ocorrência de alterações do humor, de depressão, inconformismo, bem como o estabelecimento de relações instáveis (Delval, 1999 citado por Henriques, 2008).

A adolescência corresponde a um período de exploração e de experimentação a nível de fantasias e realidades sexuais. É uma etapa que permite incorporar a sexualidade bem como a identidade da própria pessoa que, segundo Santrock (2003) citado por Henriques (2008), inclui a orientação sexual, as atividades, interesses e estilos de comportamento relacionados com o sexo.

### 2.1.2 Desenvolvimento Cognitivo

Na adolescência as transformações ao nível intelectual são muito importantes, dado que é nesta fase que a inteligência assume a sua forma final através do desenvolvimento do pensamento abstrato, que ocorre entre os 11-12 anos e os 14-15 anos (Piaget, 1949 citado por Silva, 2004 citados por Henriques, 2008). Referindo-se igualmente a Piaget, os autores Tavares e Alarcão (2005) citados por Henriques (2008), assumem que a inteligência concebe-se a partir de uma capacidade de adaptação, recorrendo a mecanismos de assimilação, acomodação e equilíbrio.

Os estádios e períodos do desenvolvimento caracterizam as diferentes formas de o indivíduo interagir com a realidade, ou seja, de organizar os seus conhecimentos com o intuito de se

adaptar. Piaget considera, assim, quatro estádios no processo evolutivo da espécie humana: o estágio sensório-motor (0-2 anos); o estágio pré-operatório (2-7 anos); o estágio das operações concretas (7-11 anos); e o estágio das operações formais (11 anos em diante), no qual ocorre o desenvolvimento das operações de raciocínio abstrato. Os adolescentes deixam de se limitar ao aqui e agora, passam a poder questionar o que é ou não verdadeiro, podem inferir consequências, testar hipóteses e construir teorias; iniciam-se, portanto, os processos de pensamento hipotético-dedutivos (Papalia et al., 2001 & Santrock, 2003 citados por Henriques, 2008). Deste modo, conseguem refletir sobre si próprios, permitindo uma introspeção aprofundada e uma procura da identidade que abrange esta etapa (Reymond, 1983 citado por Silva, 2004 citados por Henriques, 2008).

Relativamente ao desenvolvimento moral, Kohlberg apresenta três níveis: o pré-convencional, o convencional e o pós-convencional. A adolescência insere-se no nível convencional, que nos remete para a interiorização das normas e das expectativas sociais, identificação ao grupo e cumprimento de um papel. Inclui-se o estágio da moral do coração, onde a moral está orientada para a aprovação social e interpessoal. Lourenço (1998) refere ainda que está igualmente presente neste nível o estágio da moral da lei, em que a moral se orienta para a manutenção da lei, da ordem e do progresso social.

### 2.1.3 Desenvolvimento Psicossocial

Partindo de uma reinterpretação das fases psicosexuais de Freud, Erikson destacou os aspetos sociais de cada uma delas, para além de ter prolongado o conceito de fase ao longo da vida numa abordagem que se estende da infância à idade adulta.

Na teoria de Erikson destacam-se oito estádios psicossociais, onde cada um se centra numa tarefa evolutiva que coloca a pessoa perante uma crise que deverá ser superada (Santrock, 2003 citado por Henriques, 2008). As crises psicossociais de Erikson são: a confiança/desconfiança, autonomia/vergonha, iniciativa/culpa, aplicação/ inferioridade, identidade/difusão da identidade, intimidade/isolamento, cuidado/egocentrismo e integridade/desespero.

Na quinta fase, que corresponde à adolescência, ocorre o senso de identidade, ou a confusão de identidade quando não se alcança uma identidade coerente. Aqui, a tarefa mais importante consiste na construção da identidade pessoal (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares, 2003 citados por Henriques, 2008) que vai depender de fatores intrapessoais, interpessoais e culturais, consistindo numa conceção da própria pessoa no sentido de definir quais os valores, crenças e metas com que o adolescente se identifica e compromete. Quando há uma resolução indesejável da crise de identidade forma-se uma identidade negativa baseada em papéis negativos da sociedade.

## **2.2 Maternidade na Adolescência**

Baseados em valores fornecidos pelo Instituto Nacional de Estudos Demográficos de Paris, Westoff et al. (1984) citados por Almeida (2007) investigaram, em 32 países desenvolvidos, durante a década de 70, a evolução da fecundidade em adolescentes, que é definida como o número de partos em adolescentes por 1000 mulheres. No caso de Portugal, durante esta década, houve um aumento da fecundidade de 162 para 210 partos em adolescentes, o que representou um crescimento de 30% desde o início até ao final da década. Segundo Silva e Nóbrega (1980) citados pelo mesmo autor, houve um grande aumento do número de mães adolescentes em Portugal, de 7910 partos em 1930 para 19078 partos em 1978. Nas regiões urbanas estas taxas são mais elevadas, especialmente nas grandes cidades, em comparação com as zonas rurais, em parte devido a uma estrutura social mais tradicional e conservadora (Almeida, 2007).

Segundo Lourenço (1998, p. 23), e relativamente ao número de gravidezes em adolescentes ( $\leq$  19 anos), compete ao governo “actuar, em especial junto dos jovens, numa linha de informação e formação abrindo canais de diálogo e acesso ao planeamento familiar”. O mesmo autor, citando dados do Instituto Nacional de Estatística (1993-1995), refere que em 1993 e 1994, a percentagem de nados-vivos fora do casamento era, respetivamente, 16,9% e 17,8%, dos quais 20,8% eram filhos de jovens entre os 12 e os 19 anos de idade. No entanto, segundo a DGS (2006) citada por Deus (2009), nos últimos anos a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (com idade inferior a 20 anos) tem vindo a decrescer, passando de 5,9% em 2001 para 4,5% em 2007.

Desde há muito tempo que a maioria das raparigas terminavam a infância, deixavam a escola e eram colocadas no mundo do trabalho ou levadas para um casamento, sendo ainda esta a realidade em muitos países e sociedades (Lourenço, 1998). Em algumas culturas, a adolescência ainda não é reconhecida e por volta dos 12/13 anos as raparigas consomem casamentos planeados por terceiros e engravidam, sendo que, no entanto, não é esta a realidade atual dos países ocidentais.

Grávidas e mães adolescentes sempre existiram, mas não lhes era dada a atenção e cuidados especiais que nos nossos dias se exigem. Segundo Lourenço (1998), a gravidez na adolescência é hoje motivo de preocupação por vários fatores: a maioria das adolescentes engravidam fora do casamento ou de uma relação afetiva minimamente estável; as adolescentes que levam a gravidez a termo são de níveis socioeconómicos baixos, na sua maioria; ocorreram profundas alterações sociais que exigiram uma elevada escolaridade às mulheres e uma intensa vida profissional; no contexto da saúde pública é combatido ativamente a morbidade e mortalidade.

A gravidez na adolescência pode alterar significativamente o desenvolvimento corporal, visto reunirem-se no mesmo momento duas fases do crescimento mais rápido da vida humana, verificando-se as alterações próprias da adolescência e as próprias da gravidez. Desta forma, podem ser visíveis consequências no bem-estar físico e psicológico da adolescente, sentindo-se frequentemente angustiada perante a transformação que o seu corpo sofre (Lourenço, 1998).

Numa etapa tão complexa do desenvolvimento individual e familiar, a adolescente grávida é confrontada com uma perspetiva de futuro próximo em que terá que lidar com tarefas adultas para as quais ainda não se sente preparada psicológica e socialmente. Muitas vezes, se a adolescente é solteira e não tem um companheiro, engravidar significa também ficar mais dependente dos pais/família, num estágio do ciclo vital em que a norma é lutar pela independência. Desta forma, “ao engravidar a rapariga é muitas vezes exposta à perda prematura da condição de adolescente, tendo de se ajustar rapidamente à possível condição de mãe e colocando em causa o seu equilíbrio psicossomático” (Lourenço, 1998, p. 44).

Citando alguns estudos feitos nos Estados Unidos da América, Almeida (2007) refere que a maioria das grávidas e mães adolescentes provêm de famílias com um baixo nível

socioeconómico e de agregados familiares numerosos e promíscuos. As que provêm de famílias com um melhor nível socioeconómico geralmente apresentam um equilíbrio familiar alterado por divórcio dos pais ou pela ausência da figura de um dos progenitores. Os pais destas adolescentes normalmente são adultos inseguros, indiferentes ou muito permissivos, ou então pais exigentes, autoritários e hostis. Segundo Almeida (2007, p. 233), é a vivência nestas famílias que origina “uma adolescente quase sempre infeliz, insegura, com alterações do comportamento e dificuldades escolares”.

Os fatores que levam, assim, as adolescentes a iniciar precocemente a vida sexual são múltiplos e complexos. Por vezes trata-se de uma procura de identidade ou de afirmação da sua feminilidade, de competir com a mãe ou ainda vontade de magoar seriamente o pai. São descritos também outros motivos como a necessidade de compensação de carências afetivas (Almeida, 2007).

Num meio familiar precário em ternura e compreensão, no seio de relações familiares débeis, a adolescente pode engravidar como forma de atenuar as suas carências. Como afirma Dias Cordeiro (1991) citado por Lourenço (1998, p. 56) “a gravidez e o feto podem corresponder, na vida de fantasia, a uma gratificação narcísica e mesmo ao preenchimento de um vazio psicológico e relacional da adolescente”.

Correia e Alves (1990) citados por Lourenço (1998) apresentam, assim, alguns aspetos psicológicos que podem estar na base da gravidez na adolescência:

- atuação de fantasias edípicas (com substituição do pai pelo namorado);
- desejo de igualizar a mãe rivalizando com ela (com o desejo fantasmático de ter um filho do seu pai);
- necessidades de vingança na família, de desafios;
- desejo de mostrar aos pais maturidade;
- ver no bebé alguém que dê o amor incondicional de que sentem falta;
- necessidade de carinho e ternura que criam apetência para a gravidez (fantasiando que estar grávida proporciona a satisfação dessas necessidades).

No plano psicopatológico, são frequentes os traços psicopáticos assim como as manifestações depressivas. Segundo Osofsky e col. (1993) citados por Marcelli e Braconnier (2005), mais ou

menos 50% das adolescentes grávidas apresentam sintomas depressivos patentes. De um ponto de vista psicodinâmico, a ocorrência de uma gravidez pode ser compreendida como a manifestação de um comportamento de rutura e de ataque do corpo (Laufer, 1975 citado por Marcelli & Braconnier, 2005). “A emergência da sexualidade no corpo pré-púbere é «atacada» pela gravidez, sem solicitude nem cuidados de proteção”, como nos refere Marcelli e Braconnier (2005, p. 228).

No entanto, se num primeiro momento a gravidez pode surgir como um meio de conquista de identidade, a maternidade precoce culmina sempre em efeitos de rutura de desenvolvimento, levando à “rigidificação dos processos identificatórios, regressão notável, compulsão de repetição através da rejeição, do insucesso, da desvalorização” (Marcelli & Braconnier, 2005, p. 229).

### 2.2.1 Repercussões da Maternidade nas Adolescentes e nos seus Filhos

A gravidez provoca nos corpos das jovens grávidas algumas alterações bem evidentes e que têm importantes consequências psicológicas. Falando de repercussões nas adolescentes, de um modo geral pode referir-se duas razões principais para esse facto: as alterações próprias da adolescência e as próprias da gravidez que se reúnem num mesmo momento, perturbando o sentido da imagem pessoal e produzindo alarme e confusão; e o facto de ser um período em que a aparência física tem muito valor e tudo que a prejudique tem fortes repercussões emocionais (Almeida, 2007).

Enunciando alguns trabalhos de investigação sobre o assunto, quanto aos riscos obstétricos Almeida (2007) refere uma espécie de síndrome que resultaria da gravidez num organismo insuficientemente desenvolvido e imaturo e com consequências nutricionais, biológicas, imunológicas e mecânicas daí resultantes. As complicações obstétricas mais verificadas nas gravidezes em adolescentes eram a toxemia gravídica, a apresentação pélvica, o arrastamento do trabalho de parto, as lacerações uterinas, a rutura precoce das membranas, a hemorragia durante o período expulsivo, a cesariana e as infeções puerperais. Relativamente aos filhos, as complicações eram o aumento da incidência de recém-nascidos pré-termo, de asfixia, de anomalias no sistema nervoso central, de síndrome de dificuldade respiratória, de

hipoglicemia e de convulsões. Almeida (2007, p. 246) acrescenta ainda que “outra «complicação» a considerar é uma nova gravidez com intervalo curto, pelo que é indispensável que as jovens continuem a ser seguidas depois do parto”.

Numa revisão da literatura, Colette e Bouvard (1979) citados por Almeida (2007), chegam à conclusão de que a maioria dos autores obteve um prognóstico obstétrico favorável na gravidez em adolescentes, com exceção de uma maior incidência de partos prematuros, afirmando que em muitos aspetos anatómicos e biológicos uma adolescente está apta para gerar e parir do que anteriormente se pensava. Grenlich e Thomas (1945) e Mussio (1962) citados por Almeida (2007), referem que o desenvolvimento e o alargamento dos ossos da bacia é mais rápido nas adolescentes que têm a menarca precocemente, sendo que “a melhor prova de que estão maduras biologicamente é a sua própria gravidez” (p. 250).

Não menos importante, é o significado que interação mãe-filho possui, tanto quanto à qualidade da relação como ao papel maternal durante os primeiros tempos de vida dos filhos. Se esta interação for adequada, a criança fica apta para explorar e dominar o ambiente que a rodeia, estabelecendo novas relações para ganhar confiança, enfrentar os problemas e resolvê-los (Almeida, 2007).

A interação entre mãe e filho é maioritariamente visual, táctil e oral. Alguns trabalhos de Epstein, Osofsky e de Osofsky e Sandler citados por Elster et al. (1983) citados por Almeida (2007), parecem comprovar que entre a mãe adolescente e o seu filho há menos interação visual e oral e que esta seria tanto mais insuficiente quanto mais jovem fosse a mãe. Almeida (2007, p. 252) refere que estas atitudes poderiam ser “explicadas pelo stress emocional a que muitas jovens estão sujeitas, o que vai diminuir a sua tolerância para as exigências do lactente e, ainda, pela menor instrução que possuem, o que as torna menos aptas a interpretar as mensagens que lhes são enviadas pelos filhos e a vocalizar os seus sentimentos para com eles”.

Se a jovem está grávida é importante uma assistência pré-natal precoce e permanente. Se for possível, a família e o pai da criança deverão ser igualmente apoiados, aconselhados e abrangidos em todo este período. Depois do parto deve continuar a ser fornecida a assistência e acompanhamento necessário, alargando também os cuidados ao filho (Almeida, 2007).

### **2.3 Institucionalização na Adolescência**

As instituições de acolhimento são equipamentos sociais para crianças ou jovens que necessitam de ser separados do núcleo familiar, de forma temporária ou mesmo definitiva (Sandomingo, 1998 citado em Martins, 2004 citados por Silva, 2011). Segundo Carvalho e Manita (2010) citados por Silva (2011), em Portugal esta decisão é considerada em última instância, embora seja a que apresenta maior expressão.

Apesar de as instituições estarem cada vez mais aptas no provimento das necessidades e cuidados das crianças e jovens Teixeira (2009) citado por Silva (2011) refere que dificilmente se consegue proporcionar um ambiente estável e seguro, sendo que o ambiente vivido não é adequado para o desenvolvimento.

Numa fase inicial, o objetivo principal das instituições passava pela garantia da sobrevivência (Amado et al., 2003 citado por Silva, 2011), mas atualmente estende-se também às dimensões educativas, assistenciais e protetoras (Fernandes & Silva, 1996, citado em Freitas, 2009). As instituições são igualmente responsáveis pelo contacto com a família, determinando em conjunto com o tribunal, o período de tempo de visitas desta e o momento adequado para o regresso ao ambiente familiar (Mota & Matos, 2008 citado por Silva, 2011). Citando vários autores, Silva (2011) refere também que as instituições devem encorajar e preservar a integridade pessoal das crianças e jovens (Parker, 1988 citado em Martins, 2004), fomentar expectativas positivas em relação a si, aos outros e à vida, preparando-os para a sua independência (Martins, 2004), prevenir a exclusão e a marginalização (Amado et al., 2003), criar condições para os tempos livres (Fernandes & Silva, 1996, citado em Freitas, 2009) e promover a cidadania (Santana et al., 2004).

A institucionalização de crianças e jovens decorre de falhas no cumprimento das responsabilidades parentais (Martins, 2004 citado por Silva, 2011). Estas falhas são bastante diversificadas podendo incluir, entre outras, os maus-tratos físicos ou psíquicos, abusos sexuais, negligência e falta de condições materiais, sociais ou psicológicas necessárias para proporcionar um ambiente equilibrado (Amado et al., 2003 citado por Silva, 2011).

A institucionalização é normalmente vivida como uma experiência dolorosa, uma vez que provoca a rutura com o ambiente conhecido, exige adaptações sucessivas, fornece relações

descontínuas e dificuldades na construção dos afetos e identidade própria (Amado et al., 2003 e Teixeira, 2009 citados por Silva, 2011). A separação do ambiente conhecido pode levar a sentimentos de perda, angústia, um intenso sentimento de culpa e necessidade de recuperar o ambiente perdido, visto o contexto familiar apresentar-se para os jovens como um sentido de pertença mesmo por muito disfuncional que seja. Esta transição envolve um esforço de todos os funcionários da instituição para que o acolhimento seja harmonioso, uma vez que, segundo Mota e Matos (2010) citados por Silva (2011, p. 27) “a forma como as crianças e os jovens interpretam o novo lar é fundamental para o percurso desenvolvimental, psíquico e emocional”.

A relação com o grupo de pares na instituição é considerada uma fonte de apoio e compreensão, funcionando como suporte na construção emocional dos jovens. Estas relações potenciam a aprendizagem de competências de resolução de conflitos, de autocontrolo e de manutenção da proximidade relacional (Mota & Matos, 2010 citados por Silva, 2011), uma vez que existe constantemente a disputa de objetos ou de poder (Martins & Szymansky, 2004 citados por Silva, 2011). Os mesmos autores afirmam, contudo, “que os adolescentes institucionalizados que sentem proximidade nas suas relações com os pares estão mais capazes de expressar as suas ideias e sentimentos, envolvendo-se de forma positiva e empática noutras relações significativas” (p. 25).

Como aspetos negativos da institucionalização, são visíveis nos jovens a ausência de sentimentos de pertença, diminuição da autoestima, perda do sentido de identidade familiar e identidade pessoal, baixos níveis de resistência à frustração e expressão de comportamentos violentos (Strecht, 1998 citado em Delgado, 2006 e Teixeira, 2009 citados por Silva, 2011). Além disto, alguns estudos demonstram que as crianças e os jovens institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos do que aqueles que vivem com as suas famílias (Abreu, 2001 citado em Abaid, 2008 citados por Silva, 2011).

Apesar de tudo, são igualmente descritos vários aspetos positivos da institucionalização. Para Teixeira (2009) citado por Silva (2011, p. 29), a instituição “pode representar o primeiro espaço para uma socialização verdadeira e adequada, no sentido em que é um espaço onde se encontram modelos normativos, regras, limites, organização e valores capazes de exercer uma certa coerção no sentido do indivíduo assimilar modelos de conduta que lhe permitam adaptar-se ao meio e agir de acordo com as exigências de integração social”. É, assim, no

espaço institucional que o jovem encontra, muitas vezes pela primeira vez, atenção, carinho, convivência, bondade e apoio social, que podem promover o desenvolvimento de capacidades para lidar com as adversidades, características de resiliência e desenvolvimento adaptativo (Delgado, 2006 citado por Silva, 2011).

## **2.4 Promoção da Saúde Mental na Adolescência**

Segundo a CNSM (2008, p. 5), no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, “para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados «subliminares», ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções”.

Relativamente às necessidades de cuidados da infância e adolescência, o mesmo Plano preconiza o desenvolvimento de serviços e programas que permitam respostas de qualidade, a nível da prevenção e do tratamento, com os objetivos de promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população, e de melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

Segundo a DGS (2005, p. 4), promover a saúde mental é, assim, “potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade”.

Os problemas de saúde mental dos adolescentes não são problemas menores: dados epidemiológicos apontam para uma prevalência de perturbações mentais entre crianças e adolescentes de cerca de 10 a 15%, chegando até 21% se considerarmos apenas a população de adolescentes com mais de 15 anos (Saggese & Leite, s.d.).

Por ser um período particularmente rico em situações desestabilizadoras e um momento de diversas definições de âmbito sexual, profissional, familiar, a adolescência propicia questões

que alguns adolescentes não têm a capacidade de responder positivamente, determinando sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológicos.

Saggese e Leite (s.d.) destacam algumas situações que são identificadas como agravantes dos riscos quanto à manutenção da saúde mental dos adolescentes:

- doenças crônicas que atinjam o desenvolvimento físico e/ou mental, principalmente quando conduzem a longos períodos de hospitalização;
- gravidez precoce e não planejada;
- pais com graves perturbações mentais, incluindo o alcoolismo e a depressão de longa duração, além das perturbações psicóticas;
- convivência com situações de violência, doméstica ou comunitária, como vítimas diretas de abusos ou maus-tratos ou como testemunhas frequentes de ocorrências violentas;
- envolvimento precoce e/ou abusivo com álcool, tabaco ou outras drogas psicoativas, lícitas ou ilícitas.

É importante assinalar, no entanto, que ao agravamento da saúde mental podem ser contrapostas medidas que diminuam o impacto das situações de risco, identificando-se fatores de proteção que impeçam ou atenuem esses riscos. Tendo como exemplo a questão da gravidez na adolescência, desde que certos fatores de proteção atuem, a gravidez em si não constitui um risco à integridade física e psíquica da mãe e da criança. Assim, a presença de um companheiro, constituindo um vínculo amoroso, o apoio familiar, a assistência pré-natal num serviço de saúde, entre outros, podem transformar a situação de risco num momento de crescimento e amadurecimento para a adolescente. A reabilitação psicossocial pode também dirigir as suas ações no sentido de reforçar os fatores protetores quanto à saúde mental, reduzindo o impacto do agravamento e das consequências (Saggese & Leite, s.d.).

A saúde mental na comunidade, a nível da prevenção primária, tem como objetivo reduzir a incidência de perturbações mentais na população, enfatizando dois aspetos: a identificação de acontecimentos de vida stressantes que precipitam crises e atingem populações relevantes de alto risco, e a intervenção com essas populações de alto risco para prevenir ou minimizar as consequências prejudiciais (Townsend, 2011).

A enfermagem na prevenção primária foca-se na abordagem de grupos em risco e na provisão de programas educacionais, sendo os adolescentes um destes grupos. Nestes, as intervenções de enfermagem focam-se na prestação de apoio e informação para minimizar a transição que experienciam. Como exemplo de intervenções possíveis com os adolescentes, Townsend (2011) refere a criação de grupos de apoio para adolescentes que necessitam de ajuda para lidar com situações stressantes (como a gravidez e maternidade na adolescência) e a realização de programas educacionais que informam sobre sexualidade, gravidez, contraceção e doenças sexualmente transmissíveis.

#### 2.4.1 Promoção da Saúde Mental em Mães Adolescentes Institucionalizadas

A promoção da saúde mental no período da gravidez e maternidade tem-se mostrado efetiva e de extrema importância. A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida de uma mulher, gerando profundas alterações físicas e psíquicas, de forma a prepará-la para a maternidade (DGS, 2005).

A gravidez é um período crítico em que fatores de risco, como vivências infantis traumáticas, depressão materna, violência doméstica, consumo excessivo de álcool, toxicodependência e gravidez na adolescência, podem comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança. É igualmente o período em que a mulher está mais sensível à mudança, podendo o bebé que vai nascer ser o catalisador de modificações importantes.

É por isso essencial dar suporte à grávida e mãe adolescente e prestar atenção aos seus estados emocionais; deve ser igualmente informada sobre a importância do bem-estar da criança e do desenvolvimento de estratégias que deem suporte às competências parentais e que facilitem as relações entre ela e o bebé (DGS, 2005). A promoção da saúde mental implica, assim, que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal.

A gravidez e maternidade constituem igualmente um período crítico para a saúde mental da mãe adolescente e do bebé, marcando todo o seu desenvolvimento futuro. Esta fase introduz transformações profundas (emocionais, relacionais, sociais e económicas) na mãe

adolescente, no casal (se for o caso) e na família mais alargada. É um período de crescimento muito rápido, em que as experiências vividas (físicas e emocionais) têm um impacto vital no desenvolvimento da adolescente, repercutindo-se na sua saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida. Assim, impõe-se que os profissionais de saúde que contactam com grávidas e mães adolescentes adquiram um conhecimento atualizado sobre os aspetos da saúde mental da gravidez e maternidade na adolescência, de forma a promoverem o desenvolvimento de fatores protetores e intervirem precocemente nas situações problemáticas (DGS, 2005).

Segundo a DGS (2005), a conceção e a gravidez desencadeiam na futura mãe uma autêntica “revolução” psicossomática: tanto o seu corpo como o seu funcionamento psíquico sofrem profundas modificações e adaptações, todas elas necessárias para receber o bebé e promover o seu desenvolvimento. Estas mudanças são conquistas que exigem uma aprendizagem e uma preparação psicológica em interação com o meio, estando a grávida adolescente mais centrada em si própria, com mais necessidade de falar de si, sendo os seus sentimentos por vezes ambivalentes e contraditórios: entre o deslumbramento e as expectativas positivas, a insegurança e o medo.

A intervenção na gravidez e na maternidade, na área da saúde mental, deve ser iniciada precocemente, através das seguintes ações definidas pela DGS (2005):

- a) Potenciar o acompanhamento da gravidez:
  - solicitar a presença do pai nas consultas;
  - dar atenção ao estado emocional da grávida e mãe adolescente;
  - detetar situações de risco psicossocial;
  - implementar a visita domiciliária nos grupos de risco;
  - reorganizar os grupos de preparação para o parto: abordar os estados emocionais, as necessidades do bebé e promover a relação mãe-bebé.
- b) Fomentar a continuação no pós-parto, mantendo a possibilidade de partilha e apoio mútuos e de suporte às funções parentais.
- c) Implementar currículos sobre o desenvolvimento humano desde o início da escolaridade.
- d) Realizar programas de “educação para a parentalidade” nos vários graus de ensino.

Como aspetos determinantes da atuação preventiva dos profissionais de saúde, a DGS (2005) também destaca os seguintes:

- a) Construir uma relação de confiança com os pais;
- b) Estabelecer uma relação de parceria entre o profissional e os pais, de respeito e reconhecimento mútuos, que tem como objetivo um trabalho conjunto de suporte ao desenvolvimento da criança;
- c) Assumir que ambos têm conhecimentos sobre a criança, que são diferentes, mas complementares;
- d) Reconhecer a importância central da relação pais-criança e focar este aspeto em todas as consultas/entrevistas com os pais/substitutos;
- e) Acompanhar e avaliar a qualidade da relação pais-bebé ao longo do desenvolvimento desta.

A nível comunitário, para a promoção da saúde mental na gravidez e maternidade na adolescência, devem ser implementados locais de escuta, apoio, discussão e partilha de informação que, como objetivo importante e sendo bem estruturado, permite, com escassos recursos, um suporte alargado e eficaz a esta população. A DGS (2005) preconiza assim:

- a) Organização de grupos de pais/futuros pais, orientados por um enfermeiro, psicólogo ou um técnico de serviço social, motivados e com formação nesta área. Estes grupos podem promover a partilha de experiências e informações, o suporte mútuo e facilitar o desenvolvimento das relações pais-bebé;
- b) Apoio na criação e mobilização de centros comunitários de apoio a famílias mais desfavorecidas, isoladas socialmente, imigrantes ou com outras situações de risco, onde aquelas possam beneficiar de um suporte em várias áreas;
- c) Desenvolver a vertente da promoção da saúde mental nas escolas;
- d) Reconhecer as necessidades psicoafetivas das crianças nos serviços de saúde e comunitários, com uma finalidade preventiva e de intervenção precoce.

A promoção da saúde mental na mãe adolescente institucionalizada passa, assim, pela abordagem e intervenção em todos os aspetos descritos anteriormente no subcapítulo 2.4, em conjunto com os descritos neste ponto, onde são referidas algumas diretrizes preconizadas pela DGS. Não deve ser igualmente esquecido o fator institucionalização, e intervir de forma

a serem abrangidas as questões essenciais desta temática, para um desenvolvimento saudável e harmonioso da mãe adolescente.

## **2.5 Teoria das Transições de Afaf Meleis**

Segundo Meleis (2010, p. 15), uma transição é uma mudança no estado de saúde, nos papéis dos relacionamentos, nas expectativas ou habilidades; “requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e, portanto, mude a sua definição de si próprio no seu contexto social”.

Uma transição pode requerer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere hábitos ou comportamentos ou até que mude a condição do *self* num contexto social. Ao longo do período de transição a pessoa vive frequentemente perdas a nível das redes de apoio, com impacto nas suas necessidades de segurança, afeto, pertença e estima, desencadeando sentimentos de desequilíbrio e incerteza sobre o futuro.

As transições podem ser desenvolvimentais, situacionais ou de saúde-doença. Duas significativas transições desenvolvimentais estão associadas à transição da infância para a adolescência, a qual tem o potencial de estar relacionada com problemas que surgem como a gravidez na adolescência, e à transição da idade adulta para a terceira idade (Meleis, 2010). As transições situacionais incluem a adição ou perda de um membro da família por nascimento ou morte. Cada uma destas situações descritas requer uma definição ou redefinição dos papéis em que a pessoa está envolvida. Meleis (1997) refere ainda que os enfermeiros atuam junto à pessoa que experiencia a transição, a antecipação da transição ou que está a completar o processo de transição.

A adolescência e a gravidez são vistas, assim, como processos de transição extremamente marcantes que desencadeiam uma crise existencial na vida das pessoas. São eventos marcados por períodos de euforia, deslumbramento e realização, como também ansiedade, desequilíbrio, stress físico e emocional. Sendo a transição uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar, para outro, como afirma Chick e Meleis (1986) citados por Meleis (2010), este processo exige do ser humano a utilização imediata de mecanismos ou

recursos de suporte disponíveis ou não, para o enfrentar e se adaptar, com vista à resolução bem-sucedida de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia, encontrando assim uma nova maneira de ser.

A adolescente puérpera encontra-se na ambivalência entre assumir o novo papel e adaptar-se a ele, ou seja, está em transição. Para evoluir de um estado para o outro necessita do apoio e do suporte de todos os envolvidos, em especial da família ou em quem deposita confiança e tem alianças afetivas, para que juntos possam enfrentar este período de transição (Machado, 2004).

Independentemente do sentido estabelecido para a transição da adolescente-grávida e da adolescente-puérpera, esta fase de transição existencial tem um significado próprio e de caráter individual, atribuído pela percepção de quem o vivencia. Esta particularidade está presente e é referenciada por Chick e Meleis (1986) citados por Meleis (2010), ao afirmar que a transição não é um fenómeno estruturado mas sim um fenómeno pessoal. Os processos e os resultados da transição estão relacionados a definições e redefinições de si próprio e da situação de transição, podendo ser feitas pela pessoa experienciando a transição no ambiente.

As adolescentes vivenciam simultaneamente vários tipos de acontecimentos vitais durante a gravidez e a maternidade, sendo esta associação de eventos que proporciona à enfermagem a prestação de cuidados numa abordagem multidimensional. Para que o enfermeiro possa igualmente cuidar da adolescente puérpera de forma individualizada e humanizada, promovendo a transição ao papel materno, é fundamental a compreensão das ideias de transição também preconizadas por Zagonel (1998b) citado por Machado (2004). Este refere que a transição é um conceito relevante em enfermagem; a pessoa encontra-se normalmente em equilíbrio homeostático, mas quando se confronta com stress e situações que exigem a utilização dos seus recursos de adaptação, não conseguindo obter sucesso, ocorre o desequilíbrio. No entanto, a transição pode ser utilizada como geradora de mudança e crescimento, levando esta perspectiva para a ênfase na compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas através da vida.

### **3. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO**

Neste capítulo pretende-se descrever todo o percurso de estágio, tendo em conta o impacto e as vivências pessoais, bem como o percurso de aprendizagem profissional no âmbito das competências específicas do EEESM. O estágio desenvolveu-se em dois contextos distintos previamente determinados, tendo sido escolhido realizá-lo numa primeira fase em Contexto de Internamento e posteriormente em Contexto Comunitário.

A enfermagem de saúde mental, segundo a OE (2010, p. 1), “foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. Assim, no decorrer do estágio, e como intervenções específicas do EEESM, pretendia-se realizar e implementar planos de cuidados individualizados em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar as capacidades e competências da pessoa, mantendo e promovendo a integração familiar, social e profissional (OE, 2010).

#### **3.1 Contexto de Internamento**

O contexto de internamento decorreu na UIPIA. O internamento nesta unidade tem como propósito a identificação dos problemas de saúde que interferem e comprometem o desenvolvimento da criança/adolescente e a implementação de um projeto terapêutico personalizado que possibilitará a recuperação. É pretendido que a experiência vivenciada na unidade tenha uma função catalisadora do processo de crescimento e desenvolvimento, e que a criança/adolescente e sua família se empenhem e participem no mesmo. Neste contexto terapêutico de reaprendizagem é, assim, criado um conjunto de regras de funcionamento de forma a assegurar o seu projeto terapêutico.

Esta unidade situa-se em edifício próprio, é um espaço físico único e limitado, com lotação de dez camas para internamento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e psiquiatria, à exceção das situações em que a principal causa de internamento se relacione com situações de delinquência e/ou toxicod dependência.

As visitas da família ou pessoas significativas são realizadas de acordo com o projeto terapêutico e segundo o plano de cuidados. Dependendo do mesmo, a criança/adolescente realiza com a equipa multidisciplinar as atividades de cariz terapêutico (didáticas, lúdicas, expressivas, plásticas, artísticas) que melhor potenciam o seu projeto terapêutico.

### 3.1.1 Objetivos e intervenções realizadas

A UIPIA foi o local escolhido para iniciar o estágio. Com esta escolha pretendia-se desenvolver competências do EEESM, num contexto em que a doença mental está presente e onde o estabelecimento da relação terapêutica é fundamental. Os seguintes objetivos foram assim delineados como suporte à intervenção:

- Aprofundar conhecimentos relativos aos aspetos psicopatológicos mais frequentes na adolescência;
- Estabelecer relação terapêutica com adolescentes/família;
- Desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico;
- Adquirir competências na intervenção em grupo.

A UIPIA acolhe em regime de internamento crianças e adolescentes de todo o país, sendo a maior percentagem da região centro e da região sul. Como já referido anteriormente são internados aqueles com problemas de saúde mental e psiquiatria, à exceção das situações relacionadas com delinquência e/ou toxicod dependência. Durante o estágio prevaleceram os diagnósticos clínicos de perturbação do comportamento alimentar, tentativa de suicídio, surto psicótico, alteração do comportamento, quadros depressivos e isolamento social.

Da dinâmica da UIPIA fazem parte reuniões multidisciplinares diárias. Estas permitem uma articulação entre toda a equipa onde, se necessário, definem e reformulam o projeto terapêutico posteriormente desenvolvido com os adolescentes. Destas reuniões em equipa

resultaram momentos essenciais de aprendizagem e oportunidades para o desenvolvimento de competências.

No primeiro dia de internamento o enfermeiro realiza sempre uma entrevista de acolhimento com a criança/adolescente e com os pais/representante legal. Como exemplo, uma das entrevistas de acolhimento realizou-se aquando o internamento de uma adolescente após tentativa de suicídio por enforcamento, vindo a mesma acompanhada pela sua mãe.

Para a realização desta entrevista, foi solicitado que estivesse apenas presente a mãe, enquanto a adolescente conhecia a unidade e o seu quarto. Como nos refere Phaneuf (2005, p. 250), a entrevista “comporta a necessidade de se encontrar com a pessoa cuidada ou com a sua família para colher informações, proceder a avaliações e ajudar os indivíduos a enfrentar certos problemas”. Desta forma, numa fase inicial foi fornecido à mãe um panfleto com informações acerca da UIPIA, sendo esclarecida sobre a finalidade e especificidades do internamento, funcionamento e regras, horários de visita e objetos pessoais passíveis de ficarem na posse da adolescente.

Foi feito o levantamento de dados pessoais da adolescente, gostos pessoais e passatempos, história pessoal e clínica, aspetos emocionais e comportamentais, bem como o episódio que levou ao internamento. Com esta abordagem inicial pretendia-se recolher informações pertinentes para a identificação e levantamento de necessidades e conseqüente elaboração do plano de cuidados, de forma a possuir uma «base de trabalho» que orientasse o desenvolvimento da relação de ajuda.

A mãe da adolescente demonstrou preocupação com a situação, referindo que a filha tinha tentado o suicídio após uma resposta negativa da mãe ao pedido da compra de roupa. Afirma que nunca tinha reagido negativamente, sempre compreendendo quando os pais lhe negavam os seus pedidos por impossibilidade económica. A mãe menciona ainda que a filha era vítima de *bullying* na escola. Durante o seu discurso a mãe apresentou-se chorosa e ansiosa, referindo que sempre que era possível os pais ofereciam à filha tudo o que ela desejava, não compreendendo agora o comportamento da mesma.

Durante a entrevista senti alguma dificuldade no estabelecimento da relação. O facto deste internamento ser por tentativa de suicídio fez emergir alguma insegurança na abordagem. De

facto, como refere a DGS (s.d.), uma das três principais causas de morte entre os 15 e os 24 anos é o suicídio, sendo em Portugal a segunda causa de morte entre os 15 e os 29 anos. Muitas vezes difícil de lidar e de encarar pela pessoa, a eminência da morte fez surgir em mim algum receio pela possibilidade de não saber como agir e comunicar com esta mãe de forma a proporcionar conforto e demonstrar compreensão.

No entanto, enquanto decorria a entrevista mantive o contacto visual com a mãe da adolescente, demonstrando uma verdadeira preocupação e compreensão. Proporcionei tempo para se exprimir, utilizando a reformulação e clarificação; respeitei os seus silêncios e estive efetivamente em escuta ativa. No final da entrevista a mãe sentiu-se acompanhada e apoiada na sua vivência. Como nos refere Phaneuf (2005) acerca das finalidades de uma entrevista de ajuda, a mãe foi ajudada a enfrentar as suas dificuldades e preocupações, colocando-as em palavras, e a exprimir emoções, sentimentos e perceções.

A entrevista com a adolescente não foi realizada no mesmo turno devido à dinâmica da unidade (passava mais de uma hora da hora estabelecida para dormir), mas foi questionada se precisava de falar ou se tinha dúvidas; à sua resposta negativa foi referido que se reuniria brevemente para abordar todas as questões acerca do internamento.

Semanalmente na UIPIA são agendadas e planeadas atividades diárias, normalmente realizadas na parte da manhã, com as tardes destinadas a momentos de intervenção junto do adolescente e família. As atividades desenvolvidas são de cariz lúdico-terapêutico, com recurso a técnicas expressivas numa linha psicodinâmica. Exemplos de atividades são a culinária, a bijuteria, o cinema, o teatro, jogos e dinâmicas de grupo.

Através dos vários mediadores da relação, com novas formas de expressão e interação, as atividades pretendem facilitar a identificação de novas formas de compreender os problemas, novas perceções dos acontecimentos de vida, dando a possibilidade de construir e descobrir novos meios para a resolução dos problemas. Têm igualmente como intuito a exteriorização e a libertação de tensões em momentos de grande conflito interno, facultando a experiência de relações seguras e gratificantes.

Durante o período de estágio participei em todas as atividades dinamizadas pelos enfermeiros da UIPIA. Numa fase inicial, usufruí da participação nas atividades como um meio para o

início do estabelecimento de uma relação terapêutica com os adolescentes internados. No contacto com os mesmos manifestei sempre aceitação e respeito que, como nos diz Phaneuf (2005, p. 322), “são a chave da abertura para uma relação significativa e calorosa”.

Desta forma, houve a oportunidade de dinamizar uma atividade em grupo. Foi escolhida uma atividade no âmbito das terapias expressivas e realizada com um grupo de seis adolescentes com vários diagnósticos de enfermagem identificados (perturbação do comportamento alimentar, isolamento social, tentativa de suicídio, alteração do pensamento, depressão). Foi baseada na atividade “E tu, que animal és?” de Manes (2011), desempenhei o papel de terapeuta e a enfermeira orientadora de coterapeuta e, para a atividade, delineei os seguintes objetivos:

- Favorecer a expressão de emoções e sentimentos;
- Aumentar a autoestima;
- Promover uma autoimagem positiva;
- Auxiliar o desenvolvimento de sentimentos positivos relativos às qualidades e capacidades pessoais;
- Compreender a relação entre o modo como vemos os outros e o modo como nos percebemos a nós mesmos.

Na atividade cada adolescente desenhou dois animais, descrevendo posteriormente na própria folha algumas características físicas, psicológicas, comportamentais, emocionais. O primeiro animal desenhado deveria representar o modo como cada adolescente se percebe a si mesmo e o outro animal deveria representar e caracterizar outro adolescente escolhido aleatoriamente. Posteriormente, os desenhos eram distribuídos por cada adolescente, ficando cada um com dois desenhos à sua frente: o seu e o de outro membro do grupo. (A atividade é descrita em pormenor no Apêndice I.)

No final, foi dado início à discussão e cada um dos adolescentes teve a possibilidade de avaliar se o animal escolhido por outro elemento do grupo correspondia e era apropriado à percepção que tinha de si próprio. O contrário também foi feito, sendo o grupo a avaliar se o animal escolhido por cada elemento para se representar a si próprio, era correspondente e apropriado. Deste modo foram cruzadas várias percepções, as próprias e as do grupo. Incentivou-se igualmente à partilha, através da clarificação e reformulação, com questões do

tipo “O que sentiste quando ouviste a descrição de ti pelos teus colegas?”, “E o grupo, o que pensa do animal que o colega escolheu para se caracterizar a si próprio?”, “O que queres dizer com...?”, “Não sentes que és... Queres descrever como te sentes?”.

Depois da discussão e partilha surgiram os resultados, tendo em conta os objetivos propostos para esta atividade. De um modo geral, esta permitiu a expressão de sentimentos e emoções pelos adolescentes, relativos à imagem e perceção que têm de si próprios e dos outros, os quais provavelmente não seriam partilhados se não neste contexto. Pela partilha das diferentes perceções e opiniões foram acrescentadas qualidades e valores que alguns adolescentes não viam reconhecidos em si próprios.

Numa das situações, como forma de exemplo, o adolescente J. de 16 anos com um quadro depressivo, desenhou um gato como representativo de si mesmo, justificando com o gosto de estar sozinho e a capacidade de ser muito independente. O animal desenhado por outro adolescente representativo do J. foi a formiga, tendo como características principais a realização das tarefas/atividades com alguma agilidade e rapidez, e a habilidade para “passar despercebido” e se isolar. Depois desta partilha, questionei o J. acerca das características enunciadas, “Concordas com o que foi dito sobre ti?”, “Achas que «passas despercebido?»”, “Como te sentes ao ouvires todos estes comentários?”. Respeitando o tempo necessário para o J. assimilar e responder, este referiu, num discurso de tom baixo e monótono, pausado, que nunca tinha pensado nessa perspetiva mas que concordava com o que os outros adolescentes tinham referido: “Pois... realmente acho que sou um bocadinho assim... Acho que tento fazer as coisas depressa para depois me ir logo embora... Eu gosto é de estar sozinho no meu canto... não gosto que me chateiem...”.

Numa outra situação, a adolescente F. de 13 anos que se encontrava internada por recusa alimentar e comportamentos purgativos recentes, sendo já acompanhada igualmente há três anos por tentativa de suicídio, desenhou uma borboleta em representação de si mesma, descrevendo-se como frágil, querida e livre. O outro animal desenhado para representar a F. por outro adolescente foi uma anaconda, com a justificação de que era esperta e veloz. Questionei a F. acerca da discrepância entre os animais escolhidos, borboleta e anaconda, “Porque achas que escolheram a anaconda?”, “Parecem-me animais tão diferentes, um tão pequeno, delicado e indefeso, e outro tão grande, com força e astuto... O que pensas acerca destas diferenças?”. A F. referiu, num discurso acelerado e por vezes irregular, que era uma

rapariga que gostava muito dos amigos e que tentava sempre ser carinhosa e ajudar os outros, e que a anaconda talvez representasse a força, não colocando nenhuma vez a hipótese dos outros adolescentes tentarem transmitir o lado “negativo” da anaconda: “Eu sou uma rapariga livre como a borboleta, gosto de ter o meu espaço!”, “... e apesar da minha idade faço muitas vezes o papel de mãe dos meus amigos, quero sempre ajudá-los e dou-lhes conselhos.”, “O desenho da anaconda se calhar é para dizerem que sou uma pessoa forte, e que persigo o que quero e os meus objetivos...”.

Antes da realização desta atividade em grupo baseada nas terapias expressivas, e durante a mesma, tinha consciência de que era comum que surgissem algumas dificuldades ou obstáculos durante a sua realização. Tinha conhecimento que em alguns adolescentes poderiam emergir mecanismos de defesa, como demonstrar resistência em participar na atividade ou em se expressar, podendo não querer partilhar com o grupo o que sentiam ou pensavam. Podiam igualmente surgir situações de conflito entre eles, inesperáveis, ou respostas e comentários menos apropriados, para os quais poderia não estar preparada e os quais teria de gerir e adotar estratégias como a escuta, a reformulação, o silêncio, para ultrapassar e dar continuidade à atividade.

Esta atividade, no entanto, decorreu sem constrangimentos e sem imprevistos que não se conseguisse controlar. Estavam presentes dois adolescentes com sintomatologia depressiva e isolamento social que ofereceram maior resistência à expressão e comunicação mas que, também com a ajuda da enfermeira orientadora, foi possível fornecer-lhes o tempo necessário para se exprimirem e demonstrar compreensão e respeito pelo seu silêncio.

A elaboração, planeamento e implementação desta técnica no âmbito da intervenção psicoterapêutica (dinâmica de grupo sustentada nas terapias expressivas), permitiu-me uma vivência em grupo que promoveu a minha reflexão pessoal e profissional. Tendo iniciado este estágio como enfermeira iniciada, que segundo Benner (2001) são todas as enfermeiras que integram um novo serviço onde os objetivos e aspetos inerentes aos cuidados não lhes são familiares, consegui alcançar posteriormente o estatuto de enfermeira iniciada avançada. “O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a indicação de um orientador) os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50). A intervenção realizada foi uma experiência bastante útil para o autoconhecimento e

desenvolvimento pessoal. Consegui perceber quais os recursos e limites pessoais e profissionais que poderão auxiliar e capacitar para ajudar a pessoa a enfrentar os seus problemas. Os momentos de aprendizagem vivenciados permitirão agir e dar resposta a situações futuras.

Ao longo do estágio evidenciou-se como objetivo essencial o estabelecimento de relação terapêutica. Definido por Townsend (2011, p. 121), a relação terapêutica é “uma interação entre duas pessoas (normalmente um prestador de cuidados e o indivíduo que os recebe) na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença”.

Na intervenção com os adolescentes foi disponibilizado o tempo necessário à intervenção individualizada e continuada, centrada no adolescente e família. Na UIPIA, os pais/representante legal não permanecem com os adolescentes durante o internamento. Desta forma, sempre que se revelava necessário, os enfermeiros acompanhavam a interação entre o adolescente e a sua família durante a hora de visitas. Esta condição é determinada pela necessidade de favorecer, como finalidade terapêutica, o processo de autonomização e individualização do adolescente, sendo essencial na fase inicial do internamento acompanhá-los nos momentos de maior ansiedade.

De igual forma, e numa perspetiva sistémica dos cuidados centrados na família, as mesmas necessitam de ser acompanhadas terapeuticamente, não apenas como aliados da equipa de saúde mas também como clientes de cuidados. A ausência e a doença mental de um membro importante da família alteram drasticamente a sua dinâmica, sendo assim essencial disponibilizar tempo para esclarecer e identificar com a família novas formas de se adaptar à realidade do momento.

Durante o estágio foi possível desenvolver intervenções terapêuticas individualizadas. Das diversas patologias e/ou diagnósticos clínicos, senti maior dificuldade na intervenção com os adolescentes internados por tentativa de suicídio e/ou ideação suicida. Inicialmente foi intimidante lidar com uma situação de vida/morte ditada pelo desejo do próprio adolescente. Penso que o facto do limiar da morte estar tão próximo, e sendo a morte uma condição irremediável e definitiva, provocou algum constrangimento na abordagem inicial a estes adolescentes.

Inicialmente surgiram questões como “se questionar o adolescente acerca da sua tentativa de suicídio, não estarei a dar continuidade ao pensamento dele se matar?” e “e se eu ficar sem saber o que dizer e ele se sentir mais triste e desesperado por eu não estar a conseguir ajudá-lo?”. No entanto, quer através do processo reflexivo quer através da discussão e supervisão com a enfermeira orientadora (EEESM), foi possível reformular estes pensamentos, evitando o processo contratransferencial e percebendo o potencial terapêutico da intervenção com estes adolescentes. O estabelecimento de uma relação empática permite a estes adolescentes expor os seus sentimentos.

A abordagem a estes adolescentes foi realizada num clima de autenticidade, sem juízos de valor e de forma empática. Na intervenção com estes adolescentes tive como uma das finalidades estabelecer um vínculo que garantisse a confiança e a colaboração. Escutei, estive presente. Como afirma Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010, p. 90), “se uma pessoa sentir que estamos ao seu lado, poderá se acalmar, e conseqüentemente, pensar, em vez de agir – falar sobre sua vontade de morrer é diferente de, concretamente, colocar a vida em risco”.

Estabelecer uma relação terapêutica é, assim, essencial para se conseguir identificar as necessidades alteradas, fazer uma avaliação do estado mental e da interação do adolescente e família, para planear as intervenções de enfermagem. A relação terapêutica permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento da pessoa como promotor do autocuidado e o desenvolvimento de aptidões para enfrentar o sofrimento e reintegrar-se em sociedade. Segundo os autores Kantorski, Pinho, Saeki e Souza (2005), na relação terapêutica é assim estabelecido um contrato de envolvimento entre o terapeuta e o cliente que permite reconhecer a singularidade de cada pessoa, das suas relações sociais, perspetivas, fragilidades e viabilidades, assim como possibilita a recuperação da autoconfiança e da autovalorização.

Numa profissão de ajuda como a enfermagem, no ato de ajudar o enfermeiro deve dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse e da sua capacidade de escuta e de compreensão, ou seja, dar uma parte de si próprio (Lazure, 1994). Durante o estágio foram assumidas estas exigências como um lema nas intervenções. Nos momentos de transição em que estes adolescentes se encontram, surge a necessidade de apoio e suporte para os ultrapassar e incorporar novos conhecimentos, e alterar conceitos de si, num determinado contexto sociocultural. Em suma, tentou-se avaliar o melhor possível as necessidades e recursos dos adolescentes, quais as suas respostas humanas face aos momentos de transição

em que se encontravam, desenvolvendo intervenções centradas nas suas necessidades de modo a adquirirem competências que permitissem um desenvolvimento harmonioso.

### 3.1.2 Acontecimento significativo

Num percurso formativo existem experiências que assumem um papel fundamental no desenvolvimento de saberes e competências, pela sua intensidade e pelos *outcomes* atingidos.

É descrita uma situação, que se passou num turno da tarde, o terceiro turno de estágio, encontrando-se na unidade com dois enfermeiros, dois assistentes operacionais e dez adolescentes em regime de internamento.

Um dos adolescentes presentes é a E., de 17 anos, proveniente de S. Tomé e Príncipe. Segundo informações constantes no processo clínico, a E. refere estar a estudar no Instituto Politécnico de S. Tomé, no 1º ano de Agronomia, quando decide continuar os estudos na Rússia. O avião em que viaja faz escala em Portugal e posteriormente dirige-se para a Rússia onde, na chegada, é detetado um erro no seu visto de permanência. Enquanto são realizados contactos com a embaixada de S. Tomé para tentar resolver o problema, a E. fica retida no aeroporto durante várias horas, começando a apresentar-se muito ansiosa. Para passar a noite, esta é levada para um hotel enquanto se mantêm as conversações com a embaixada. Na manhã do dia seguinte, quando vão buscar a E., verificam que o quarto do hotel está destruído, todo o seu conteúdo estragado, com as mobílias partidas, estando a E. a apresentar agressividade contra objetos, alucinações auditivas e um discurso delirante e desorganizado. Depois deste episódio não permaneceu na Rússia, tendo antes sido enviada para Portugal onde também tem família, uma tia e primas. Quando chegou, foi assim internada na unidade de pedopsiquiatria com o diagnóstico de surto psicótico.

Numa tarde a E. estava na atividade de bijuteria, tendo participado e demonstrado interesse na realização de pulseiras com peças. Por volta das 18h30, perto do final da atividade, a E. começa a ficar inquieta, apresenta maior agitação, com um comportamento obsessivo na organização do espaço envolvente, arrumando cadeiras, jogos, livros. Seguidamente vai para a sala do computador, onde pesquisa fotografias de S. Tomé. Neste momento já se apresenta

verborreica, com discurso delirante de carácter persecutório, referindo que “eles colocaram aqui estas fotografias porque sabem que eu estou aqui a pesquisar”, “lá em S. Tomé andam todos atrás de mim, foram eles que fizeram isto de propósito”. Posteriormente dirige-se para a zona dos quartos, onde vai ao seu armário e começa a arrumar toda a sua roupa para um saco, ao mesmo tempo que vai dizendo “quero ir embora, ver a minha mãe... se calhar ela já está é morta” e “vocês sabem de tudo, estão é a fazer-se de burras... vocês são umas parvas!”.

Enquanto toda esta situação decorria, os enfermeiros estiveram sempre presentes ao lado da E., respeitando o tempo e espaço necessários para a E. se expressar, mas também usando a clarificação como convite à explicitação da mensagem que estava a tentar passar, “consegues explicar melhor o que estás a dizer?”, “não percebemos o que estás a dizer, não sabemos do que falas, podes-nos dizer?”. Foi igualmente utilizada a reformulação e o reflexo de sentimento, desta vez como incentivo à expressão de emoções e sentimentos, “parece-nos que estás muito zangada...”, “não te sentes bem e estás muito confusa, é isso?”.

Os enfermeiros tentaram igualmente, sem sucesso, que a E. fizesse a medicação em SOS (haloperidol) que tinha prescrito. Foi-lhe referido que era a medicação que tinha acordado com o seu médico para tomar nos momentos em que se sentia menos bem, mais angustiada, confusa, zangada. Por volta das 20h00 a E. mantinha um elevado grau de agitação, o discurso desorganizado e delirante, e apresentava agressividade verbal. Foi então dito à E. que se não tomasse a medicação oralmente teria de fazê-la em forma de injetável. Esta referiu não querer fazer, que queria apenas que a deixassem sozinha, que sabíamos de tudo o que se tinha passado, não deixando ninguém se aproximar nem lhe tocar, e afastando os enfermeiros com movimentos bruscos. Visto o seu estado continuar a agravar-se e estar a iniciar um comportamento agressivo, e estando igualmente os outros jovens a ficar assustados com a situação, foi assim necessário recorrer à contenção no “quarto dos colchões” (quarto de confinamento), com a intervenção dos dois enfermeiros e dos dois assistentes operacionais, de forma a ser administrado o haloperidol injetável. Depois de ser contida e da administração do injetável, a E. mostrou-se colaborante, mais calma e chorosa. Uma enfermeira permaneceu no quarto com a E. até ela adormecer.

Quando a E. iniciou o quadro de agitação com um discurso delirante, manteve-se apenas a observar o decorrer da situação. O papel de observadora deveu-se ao rápido acompanhamento da E. pelos enfermeiros, e ao facto de ser um comportamento novo, nunca antes observado em

adolescentes. Estava apenas no terceiro turno de estágio e ainda não se sentia suficientemente capaz de intervir eficazmente. Apesar de teoricamente saber como abordar a E., saber o que dizer, como intervir, percebe que não conseguiria acompanhar eficazmente a situação. Sentiu que não estava preparada nem era capaz de dar resposta a solicitações por parte da E., nem a estabelecer uma relação empática e de confiança.

Posteriormente, quando a E. começou a apresentar maior agressividade e foi necessário igualmente a intervenção dos assistentes operacionais para a administração da medicação injetável, por iniciativa própria manteve-se na sala e não os acompanhou à “sala dos colchões”. Não o fez porque pensou que já eram profissionais suficientes e que mais um poderia agravar o comportamento, a revolta e angústia da E.. Optou também por não o fazer para permanecer com os outros jovens na sala, visto não terem então nenhum profissional com eles. Estes estavam um pouco assustados e apresentavam alguma ansiedade, perguntando se estava tudo bem, “o que se passa com a E.?”, “porque é que ela está assim, a gritar?”. Ficou um pouco receosa por não ter a certeza de lhes conseguir responder adequadamente, mas tentou de alguma forma explicar e transmitir-lhes segurança e algum conforto. Referiu que a E. não estava bem, que estava zangada e muito ansiosa, e que aquela era a maneira de ela se conseguir expressar. Reforçou também a ideia de que ela estava acompanhada e que os enfermeiros estavam com ela para a ajudar. Provavelmente poderia ter dado outra resposta, mas naquele momento sentiu-se um pouco intimidada porque não sabia se o que estava a dizer seria o mais correto e apropriado. No entanto, depois desta pequena explicação, constatou que os adolescentes ficaram mais calmos e tranquilos.

Depois de a E. ter adormecido, e enquanto os outros adolescentes jantavam, aproveitou o momento para questionar os enfermeiros quanto ao seu comportamento, de modo a que de alguma forma pudesse avaliar se tinha sido adequado à situação. Foi dito que tinha agido bem em não ter interferido e ter deixado os enfermeiros intervirem diretamente com a E., de forma a não a angustiar mais com a presença de mais um profissional. Referiram que se realmente fosse necessário mais alguém para ajudar a controlar a E. que teriam chamado. Reforçaram também a ideia de que tinha feito bem em ter ficado com os outros jovens para tranquilizá-los, pois era comum nestas situações terem de os deixar sozinhos por não terem possibilidade para tal.

Analisando tudo o que se passou, tudo o que presenciou e o modo de agir, se estivesse sozinha a lidar com uma situação idêntica, naquela fase em que acabava de iniciar o estágio e até adquirir alguma experiência, sentir-se-ia um pouco perdida, quase impotente e incapaz de acompanhar devidamente o comportamento da E. Sabe que não iria conseguir dar o suporte adequado à E. no que respeita à comunicação verbal, mas sabe que conseguiria mostrar verdadeiro interesse e compreensão através da escuta ativa. Apesar de tudo tem noção que o comportamento de escuta é autêntico, e que este aspeto é igualmente de extrema importância para o estabelecimento de uma relação terapêutica, bem como para a pessoa que por vezes necessita apenas de ser ouvida.

Observou e absorveu atentamente todas as intervenções dos enfermeiros, as suas posturas, o discurso e os comportamentos adotados. Admirou verdadeiramente as suas intervenções ao nível da comunicação. Pensou, no momento, que eles estavam a agir e a acompanhar a situação exatamente como tinha estudado nas unidades curriculares. Assim, conseguiu consolidar e assimilar conhecimentos, habilidades e competências já estudadas, que em momentos futuros permitiram uma tomada de decisão mais informada e centrada na pessoa.

As emoções e os sentimentos que emergiram face à vivência de uma situação até então desconhecida, como a insegurança, o receio e a apreensão, remeteram para a própria vulnerabilidade. Em saúde mental, a nossa vulnerabilidade, no entanto, permite uma maior capacidade de empatizar com a vulnerabilidade do outro. Estes sentimentos necessitam assim de ser identificados, aceites e transformados para que a relação terapêutica não fique comprometida. Neste âmbito, evidencia-se a primeira competência do EEESM: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoa e profissional” (OE, 2010, p. 3).

### **3.2 Contexto Comunitário**

Segundo Miguel e Sá (2010), na infância e adolescência os problemas de saúde mental são ainda bastante prevalentes. Citando a World Health Organization (2001), estes referem que 10% a 20% das crianças têm problemas de saúde mental, dos quais metade, citando Marques (2009), terão perturbações psiquiátricas na idade adulta.

Muitas das situações problemáticas recorrem inicialmente aos Cuidados de Saúde Primários, os quais adquirem um importante destaque por serem a primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação de casos. Segundo a CNSM (2009, p. 7) estes “possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajectória de vida como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais”, com as vantagens de detetarem precocemente situações de risco e implementarem programas de prevenção primária e de intervenção precoce.

A UCC resulta da nova reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários e “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (...) [atuando] na educação para a saúde, [e] na integração em redes de apoio à família” (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, p. 1184).

Em contexto comunitário, o estágio decorreu na UCC da Lapa. Esta unidade apresenta uma carteira de serviços com vários programas de saúde, sendo um deles uma parceria com uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem como missão acolher uma população de jovens em risco, grávidas e mães adolescentes e seus filhos, ajudando-as a concretizar o seu projeto de vida, de uma forma integradora, acompanhando a sua gravidez e auxiliando no cuidado dos seus filhos, numa estadia não superior a 2-3 anos. A parceria entre a instituição e a UCC da Lapa pretende promover o desenvolvimento de competências parentais, ajudando na aquisição de habilidades, atitudes e comportamentos que tornem as jovens responsáveis pela sua própria saúde e pela saúde do seu filho.

Os profissionais da UCC da Lapa iniciaram as suas intervenções nesta instituição no início do ano 2012, com alguma dificuldade e de forma gradual, visto as adolescentes lá acolhidas serem uma população de risco e com alguma resistência ao estabelecimento de relações de confiança.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais na UCC da Lapa a intervenção com adolescentes de risco suscitava dúvidas e algumas dificuldades na sua abordagem. Da mesma forma, a realização deste estágio em contexto de especialidade de saúde mental e psiquiatria em local de trabalho também originou algumas questões, tais como “Não seria mais vantajoso a escolha de outro local de estágio que me permitisse novas experiências?” e “Conseguirei

diferenciar o meu papel de EEESM do meu papel de enfermeira de cuidados gerais?”. Assim, procurei para este estágio desenvolver competências que me possibilitassem prestar cuidados mais especializados e diferenciados, visto a intervenção de enfermagem no adolescente de risco ser de extrema importância para uma abordagem integrada e adequada às necessidades dos mesmos.

### 3.2.1 Objetivos e intervenções realizadas

No estágio na UCC da Lapa pretendia-se realizar intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental de mães adolescentes institucionalizadas. Para tal, foram delineados os seguintes objetivos como suporte à intervenção:

- Analisar e aprofundar a problemática da maternidade na adolescência e dos adolescentes institucionalizados;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais nas mães adolescentes;
- Promover a expressão de emoções e sentimentos relacionados com a adolescência, a maternidade e a institucionalização;
- Compreender as angústias percebidas pelas mães adolescentes institucionalizadas nesta fase do seu desenvolvimento.

O estágio na UCC da Lapa iniciou-se com a realização para a equipa de saúde de uma sessão de apresentação e esclarecimento relativa à parceria estabelecida entre a unidade e a instituição (Apêndice II). Foi fornecida informação acerca da sua criação, missão e valores, do trabalho desenvolvido com as adolescentes da mesma nos primeiros meses de intervenção da UCC da Lapa, e apresentados os objetivos e estratégias definidos no projeto de intervenção para o estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Após visitas regulares à instituição em conjunto com a EEESM da UCC da Lapa nos primeiros meses de 2012, como primeiro objetivo a alcançar pretendíamos, e foi conseguido, estabelecer algumas relações com base na confiança e compreensão. Tivemos oportunidade de conhecer o espaço físico (quartos, espaços de lazer e refeição, jardins, berçário/creche), as dinâmicas e rotinas, e as atividades em que as adolescentes habitualmente participam e

realizam. Conseguimos igualmente compreender as relações estabelecidas entre os profissionais e as adolescentes, entre as próprias adolescentes e entre elas e os seus filhos.

Como objetivos principais da UCC da Lapa para o período 2012/2013, pretendia-se incidir a intervenção na promoção da vinculação entre mães e bebés, identificar necessidades, limitações e dificuldades, dando respostas adequadas a cada situação, treinar competências pessoais e sociais e realizar sessões de educação para a saúde, onde se trabalhariam temas ligados à sexualidade, afetos, autoestima, autoimagem, autoconceito, grupo de pares, família, gestão de conflitos, educação e vida profissional.

O estágio surgiu assim de um interesse comum entre os objetivos da UCC da Lapa e o meu desenvolvimento profissional, sendo uma oportunidade para dedicar e dirigir toda a minha intervenção para esta população. O ponto de partida foram as necessidades identificadas durante a primeira aproximação a estas adolescentes, o que implicava uma intervenção específica de enfermagem de saúde mental. Foram sentidas dificuldades na relação com elas próprias e com as outras adolescentes, detetados sentimentos de tristeza, angústia e solidão, baixa autoestima. Após observação, intervenção e avaliação contínua da EEESM da UCC da Lapa constatou-se igualmente que os aspetos relacionados com a maternidade, afetos, sexualidade e vinculação mãe/bebé eram pouco trabalhados.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais da UCC da Lapa não possuía as competências para a prestação de cuidados específicos de enfermagem de saúde mental, de modo a intervir eficazmente com as adolescentes da instituição. Desta forma, com as competências adquiridas na UIPIA na primeira fase do estágio, e de forma a atingir os objetivos propostos, em parceria com a EEESM da UCC da Lapa pretendia-se realizar intervenções terapêuticas em grupo, constituindo um grupo terapêutico com adolescentes da instituição.

Com a criação deste grupo terapêutico pretendia intervir a nível das necessidades detetadas, estimular para a tomada de consciência das dificuldades e comportamentos, auxiliar na aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros, favorecer a coesão de grupo e criar uma atmosfera ideal para a comunicação recíproca e, essencialmente, ajudar à expressão e resignificação de pensamentos, sentimentos e emoções relativos às transições que vivenciavam, adolescência – maternidade – institucionalização.

Estava previsto ser um grupo do tipo fechado e constituído por um máximo de seis elementos, com a frequência de uma sessão por semana e a duração de uma hora e meia cada sessão. Foram definidos como critérios de inclusão a idade  $\leq 19$  anos, a idade dos filhos  $\leq 24$  meses, e não estar prevista a saída da instituição no primeiro mês após a constituição do grupo. Como critérios de exclusão foram definidos o facto da adolescente referir não querer participar no grupo, e possuir diagnóstico de doença mental. O grupo seria dinamizado por mim e pela EEESM da UCC da Lapa.

De modo a obter resultados e a avaliar a eficácia das intervenções em grupo, a aquisição de competências e a melhoria dos comportamentos e perceções das adolescentes, na fase inicial e na fase final do grupo seriam aplicadas escalas, a Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh (*The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*, Anexo I) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*, Anexo II), com vista a analisar a evolução e o percurso das adolescentes no grupo. Seria igualmente realizada uma análise de conteúdo dos comentários e expressões referidos por cada adolescente no final das sessões, representativos do estado emocional no momento.

Após o planeamento das sessões do grupo terapêutico, com seis sessões previstas, foi contactada a direção da instituição. Em protocolo de articulação estabelecido entre a UCC da Lapa e a mesma, está definido o horário de segundas-feiras à tarde para a intervenção das enfermeiras com as adolescentes. Assim, para dar conhecimento da nova intervenção em grupo que iria ser realizada às segundas-feiras, foi contactada diretamente a direção, levando igualmente em documento escrito informação acerca do estágio em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e dos objetivos e finalidades do grupo terapêutico (Apêndice III). Referiram que consideravam uma intervenção extremamente importante e que concordavam que fosse implementada, mas que o horário de segundas-feiras à tarde já não seria possível devido às mudanças de atividades e rotinas da instituição. Desta forma, os profissionais da instituição iriam reunir para discutir o melhor horário para a realização das sessões, informando-me posteriormente da decisão. No final do encontro reforcei o facto do estágio ter uma duração limitada, de forma a serem o mais céleres possíveis na tomada da decisão.

Decorridos cinco dias sem qualquer resposta por parte da direção da instituição, foi efetuado novo contacto. Referiram que não tinham conseguido reunir, que surgiram algumas situações urgentes às quais tiveram de dar resposta. Contacta-se novamente num outro dia, voltando a

frisar o tempo limitado de estágio. Depois de alguns dias neste impasse, são-me atribuídas as quartas-feiras à tarde para a realização das sessões, visto ser o dia em que algumas adolescentes saem mais cedo das escolas.

Enquanto os profissionais da instituição debatiam e decidiam o dia para as sessões, mantive as visitas regulares à instituição com a enfermeira orientadora, realizando um acompanhamento mais individualizado às adolescentes com a finalidade de prosseguir no estabelecimento de vínculos que garantissem a confiança e a colaboração das mesmas.

Antes do início do grupo terapêutico, foi agendada dia e hora para entrevistas com as quatro adolescentes que iriam formar o grupo, de forma a esclarecê-las acerca do planeamento e objetivos do mesmo, bem como avaliar a sua motivação para participar nele. No dia previsto estava apenas uma adolescente presente das quatro. A entrevista foi realizada e depois de informada a adolescente afirmou querer participar no grupo terapêutico. Ponderei acerca da situação de ausência das outras adolescentes e decidi realizar as entrevistas no dia agendado com a instituição para o início do grupo. Na tarde prevista a adolescente a quem já tinha efetuado a entrevista estava ausente; no entanto, encontravam-se presentes duas das adolescentes selecionadas mas às quais não tinha sido dada a informação da existência nem do início do grupo terapêutico.

Perante estes factos, entrei em contacto com a instituição, informando acerca das ausências e falta de informação, ao que me foi dito que como devia compreender era um grupo de adolescentes difícil e imprevisível, e que por vezes surgiam trabalhos/tarefas que tinham de cumprir. Referiram igualmente que era difícil entrar em contacto com todas e que iriam ser informadas as monitoras para reunir as adolescentes nas quartas-feiras. Assim, na semana seguinte voltei e só estava uma adolescente presente; questionei a monitora que me referiu que era o dia de aniversário de uma adolescente e que esta provavelmente teria saído com colegas e que não tinha conhecimento onde se encontravam as outras duas adolescentes.

Face a todos estes constrangimentos e dificuldades em iniciar o grupo terapêutico, a instituição foi novamente contactada. Referi que apesar da criação do grupo terapêutico ser um dos objetivos de estágio, era igualmente uma intervenção terapêutica em grupo de extrema importância, sendo um momento que as adolescentes teriam só para elas, para expressarem desde os seus sentimentos e emoções aos medos e preocupações acerca da transição e fase da

vida em que se encontram. Mencionei igualmente que o facto do esforço e empenho investido e das horas despendidas para a realização do grupo não estarem a ser aproveitadas, eram recursos e horas de cuidados que lhes tinham sido atribuídas e as quais estavam a ser desperdiçadas. Após este esclarecimento referi que iria continuar a tentar e a visitar as adolescentes nas quartas-feiras, mas se assim o justificasse iria mudar de estratégia e optar por uma intervenção mais direcionada, individual.

No decorrer de todo este processo, em conversa informal e individual com as adolescentes, foi igualmente percebida a existência de conflitos entre as adolescentes selecionadas para a constituição do grupo terapêutico. Corroborado por Raimundo e Pinto (s.d.), o facto das adolescentes passarem a maior parte do seu dia juntas na instituição, e por vezes até na mesma escola, é natural que uma das formas de interação entre elas seja o conflito. Ainda que o conflito possa não ser visto como um tipo de interação negativa, segundo Shantz (1987) citado por Laursen e Collins (1994) este é caracterizado como um estado de comportamentos incompatíveis que, conforme nos referem Duncan (1991) e Higgins e Priest (1990), têm consequências prejudiciais para a socialização, resultando em dificuldades a nível das relações interpessoais (Raimundo & Pinto, s.d.).

Ponderando acerca dos obstáculos e impasses que surgiram na realização do grupo terapêutico, bem como na existência de conflitos anteriores entre as adolescentes que poderiam dificultar a execução e o desempenho das sessões, foi necessário reformular a intervenção e adotar uma nova estratégia. Como refere Benner (2001, p. 55) “a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar”.

De acordo com a OE (2010), o processo de cuidar engloba a pessoa, a família, o grupo e a comunidade ao longo do ciclo vital; em enfermagem de saúde mental a prática clínica vai permitir desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz no âmbito da promoção e proteção da saúde mental e na prevenção da doença mental. A CNSM (2008) reforça ainda a urgência nas respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção, tendo como base os objetivos de promoção da saúde mental infantil e juvenil, junto da população.

A intervenção terapêutica individualizada e continuada, centrada na adolescente, surge assim como nova estratégia adotada para alcançar os objetivos delineados para este contexto. Para tal, considerou-se a realização de um estudo de caso. Segundo Galdeano, Rossi e Zago (2003, p. 372), este pretende “analisar ou descrever uma situação particular, identificar problemas em determinados campos, observar mudanças e explorar as causas”, e implica a descrição, categorização e análise dos dados, identificação de problemas, determinação de estratégias de intervenção, análise e reflexão sobre o processo de cuidados implementado para solucionar ou reverter os problemas identificados. Os mesmos autores defendem ainda que o estudo de caso “proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único (...) [na expectativa de] que o profissional adquira conhecimento e experiência para tomar decisões e resolver os problemas identificados” (p. 373).

Sendo a pessoa alvo de um processo de cuidados de enfermagem, o enfermeiro intervém através do cuidar, com o objetivo da autonomia da pessoa, estimulando as suas capacidades para o seu desenvolvimento e qualidade de vida. A enfermagem em saúde mental e psiquiatria tem a sua base nas relações interpessoais, onde o enfermeiro assiste a pessoa com o objetivo de promover a saúde mental e de prevenir a doença mental. A relação interpessoal constitui assim um processo dinâmico que contribui para ajudar a pessoa a concretizar o seu projeto de saúde.

A adolescência, a gravidez e a institucionalização são processos de transição extremamente marcantes que desencadeiam uma crise existencial na vida destas adolescentes. Segundo Caplan (1961) citado por Chalifour (2009, p. 185), um estado de crise surge quando uma pessoa enfrenta “um obstáculo a um objectivo importante da sua vida que, por um certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas. Segue-se um período de desorganização e de desconforto, durante o qual diferentes tentativas de resolução são utilizadas em vão”. Assim, na crise o desafio baseia-se no desenvolvimento de mecanismos de adaptação essenciais para reforçar as capacidades de adaptação da pessoa e serem facilitadores do aumento da sua saúde mental.

Deste modo, o objetivo foi utilizar os processos de transição como geradores de mudança e crescimento, levando esta perspectiva para a compreensão dos problemas que as adolescentes desenvolvem, aplicando a entrevista como estratégia da relação terapêutica.

Foram planeadas duas sessões por semana com uma mãe adolescente, tendo sido realizadas oito sessões de intervenção individualizada e continuada; realizaram-se entrevistas e consultas ao seu processo. Optou-se por recorrer à entrevista pois, segundo Chalifour (2009, p. 59-60), a entrevista trata-se de “um tipo particular de interacções verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente (...) [onde este utiliza] determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objectivos visados”.

O tipo de entrevista adotado foi a entrevista formal não estruturada, onde se pretendia encorajar a adolescente a envolver-se na relação e a partilhar as suas vivências relativas à passagem pelas diferentes transições. Como refere Chalifour (2009, p. 103), “ao desenvolver um maior conhecimento de si, o cliente fica mais apto para resolver os problemas da vida corrente (...) [e permite-lhe] fazer escolhas em função das suas características e valores”.

Após mudança de estratégia de intervenção, era intenção intervir junto de uma adolescente que tivesse sido recentemente acolhida na instituição, no entanto as duas adolescentes que se encontravam nesta situação estavam grávidas. Deste modo, optou-se por direccionar a intervenção para a mãe adolescente a quem já tinha sido feita inicialmente a entrevista para a participação no grupo terapêutico. Esta adolescente já estava assim predisposta a iniciar uma intervenção e pretendia-se, portanto, ir de encontro às suas expectativas.

Esta adolescente tem um bebé de 16 meses com o qual, desde o início da institucionalização, tem vindo a apresentar uma boa relação, mostrando-se sempre muito carinhosa, dedicando-lhe tempo e atenção, demonstrando preocupação e prestando bons cuidados. Aparenta uma boa vinculação mãe-bebé.

Em várias visitas à instituição, esta adolescente apresentava-se bem-disposta, comunicativa e com algumas amizades estabelecidas com as outras adolescentes; no entanto, nas últimas semanas, apresentava um aparente humor deprimido e maior isolamento.

Na primeira sessão abordei a adolescente, questionando se poderia conversar com ela alguns minutos. Após a sua resposta afirmativa, perguntei como é que se sentia, visto ter observado uma alteração no seu comportamento e disposição nas últimas semanas. Referi que era minha vontade ajudá-la e estaria presente para a ouvir, pois por vezes era reconfortante falar com

alguém com quem não lidamos diariamente. Referi que podíamos combinar e usufruir de alguns momentos juntas, com vista à expressão das suas preocupações e sentimentos, acerca da fase do seu desenvolvimento, sobre a maternidade, a família, relações amorosas, ou outras questões que gostasse de partilhar. A sessão desenrolou-se calmamente e num clima harmonioso; na fase final foi agendada nova entrevista após dois dias.

Com esta intervenção pretendia assim promover na adolescente a expressão das suas emoções e sentimentos relacionados com a adolescência, maternidade e institucionalização. Era igualmente meu intuito compreender as angústias e preocupações percebidas por ela, de modo a perceber a sua evolução ao longo do último ano e poder ajudá-la na resolução das suas dificuldades e conflitos. Se necessário, auxiliá-la também a ver os seus problemas, favorecendo a clarificação, num clima de aceitação, e modificando as suas perspetivas sobre o assunto.

Foi extremamente importante durante as sessões terapêuticas proporcionar um suporte emocional e promover um clima de confiança que permitisse estabelecer uma relação terapêutica com a adolescente.

Procurou-se ter sempre uma atitude de escuta ativa e de empatia, centrando a atenção na adolescente. Ao longo das mesmas permiti momentos de silêncio que facilitaram a comunicação, dando espaço para exprimir as suas emoções e sentimentos. Esses momentos foram igualmente importantes pois permitiram refletir em tudo o que estava a ouvir. Quando se proporcionava, fazia reformulação e convidava a adolescente a prosseguir.

No decorrer das sessões desenvolvi uma atitude empática, de respeito, aceitação e autenticidade. Com o evoluir das sessões a adolescente aparentou ter também uma atitude mais confiante, o que foi permitindo uma vinculação terapêutica.

Foram utilizadas algumas técnicas que me permitiram estabelecer uma relação terapêutica. A presença e escuta, já referidas anteriormente, foram técnicas sempre presentes ao demonstrar toda a minha disponibilidade, numa atitude de escuta e empatia, centrando-me nos seus problemas e conflitos. O silêncio, que permitiu à adolescente pensar no que estava a ser dito e que permitiu transmitir-lhe compreensão em relação ao que me estava a dizer. A reformulação, que possibilitou demonstrar-lhe compreensão em relação aos seus sentimentos

e validar a mensagem transmitida. A elucidação, tentando refletir acerca da sua comunicação, das ideias e sentimentos expressos pela adolescente.

Nos primeiros contactos com a adolescente, esta apresentou alguma timidez, reserva e por vezes desconfiança. Com o evoluir das sessões consegui criar uma relação de confiança e de empatia que facilitou a interação ao longo de todo o processo terapêutico. A eficácia deste processo depende da capacidade de relação entre o enfermeiro e a pessoa que precisa de ajuda que, de acordo com Chalifour (2008) citando Frankel (1985), é mais importante do que qualquer método ou técnica utilizada.

Ao longo das sessões procurei que a adolescente acreditasse nas metas que tinha traçado para o seu projeto de vida, de maneira a conseguir estabilidade no seu dia-a-dia. Procurei estar presente, escutar, demonstrar respeito, autenticidade e esperança. Como refere Chalifour (2008, p. 212), “estas atitudes salientam a importância para o profissional de se envolver na relação e de confluir os seus esforços com os do cliente com vista à realização de um projecto terapêutico comum”.

Encaro o trabalho desenvolvido com a adolescente como um desafio que me permitiu desenvolver capacidades e competências. Penso que a minha presença e dedicação permitiu-lhe expressar os sentimentos e emoções, falar sem constrangimentos do que a inquietava, ajudando-a a repensar nas situações vividas.

### 3.2.2 Estudo de caso

Na primeira sessão com a V., a mãe adolescente referida anteriormente, foi efetuada uma avaliação diagnóstica numa primeira entrevista, de colheita de dados, de forma a “orientar o pensamento para um diagnóstico de enfermagem ou para a determinação de um problema e, em seguida, organizar a acção” (Phaneuf, 2005, p. 265).

Utilizei a entrevista como instrumento de avaliação por esta ser “uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas” (Phaneuf, 2005, p. 250). Com esta

entrevista pretendia recolher informações pertinentes para a identificação e levantamento de necessidades e consequente elaboração do plano de cuidados, de forma a possuir uma «base de trabalho» que orienta-se o desenvolvimento de uma relação de ajuda. Utilizei questões fechadas que me permitissem conhecer factos e acontecimentos precisos, e questões abertas que possibilitassem a livre expressão das perceções, emoções e sentimentos da adolescente, de forma a dar resposta e a validar alguns aspetos da avaliação diagnóstica.

Foi adotada a entrevista de ajuda formal, a qual é comumente utilizada com a pessoa que vive uma situação penosa. Segundo Phaneuf (2005, p. 294) esta entrevista tem a finalidade de levar a pessoa a “falar das suas dificuldades físicas, psicológicas ou relacionais, de libertar a sua ansiedade, de lhe manifestar a compreensão empática e de levá-la a identificar as suas forças para fazer face à sua realidade e entrever soluções para o seu problema”.

Numa primeira fase da primeira entrevista, colhi alguns dados de identificação e dados clínicos. A V. tem 18 anos e é solteira. Com uma interrupção escolar de um ano devido à sua gravidez, possui neste momento o 9º ano completo e frequenta um curso profissional de Auxiliar de Ação Educativa. Não apresenta antecedentes clínicos relevantes, apenas alguns episódios de dor a nível do joelho direito devido a uma lesão desportiva há vários anos. Como antecedentes familiares tem 10 irmãos, mas apenas 2 irmãos da relação entre os seus pais. Refere durante alguns anos ter sido a cuidadora dos seus dois irmãos mais novos, neste momento com 4 e 8 anos. Nega quaisquer comportamentos aditivos. O seu filho nasceu no ano de 2011, estando atualmente com 16 meses de idade. A sua gravidez decorreu sem problemas ou alterações graves, apenas com alguns desconfortos como lombalgias, aumento da frequência urinária, pirose. A V. nega alergias a fármacos e alimentos. Apresenta aparente integridade cutânea e visão e audição mantidas; pesa 52 quilogramas e mede 1,63 metros.

Como nos refere Stuart e Laraia (2001, p. 139), “todos os enfermeiros, não importando o contexto de sua prática, devem ser proficientes na administração do exame do estado mental e ser capazes de incorporar os dados encontrados no plano de assistência de enfermagem para o paciente”. A avaliação do estado mental engloba a observação do comportamento do utente, bem como a sua descrição clara e objetiva, sem juízos de valor. Importa também referir que esta avaliação apresenta apenas o estado atual do utente, não incidindo no passado ou futuro (Stuart & Laraia, 2001). Para além do que é verbalizado pelo utente, deve igualmente ser dada extrema importância à comunicação não-verbal, visto esta ter “um largo espectro de

expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado (...) [sendo uma linguagem] de maneira intencional ou não intencional, portadora de sentido” (Phaneuf, 2005, p. 68).

De modo a desenvolver conhecimentos e competências nesta técnica, efetuei uma avaliação do estado mental, através da simples observação da V., do seu comportamento e comunicação não-verbal, bem como através de questões específicas relacionadas com aspetos como a memória e a atenção.

A primeira sessão terapêutica decorreu na instituição, no próprio quarto da V., perto das 16h00. A V. divide o quarto com mais uma adolescente; este tem duas camas, dois berços, dois armários e duas cómodas. Naquele momento estávamos sozinhas, sentadas na sua cama, de frente uma para a outra. Como já referido anteriormente, questionei se poderíamos conversar um pouco, expliquei qual a finalidade das sessões e, desta forma, pude iniciar o processo de recolha de alguns dados essenciais para a elaboração do processo de enfermagem, bem como iniciar o caminho para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, de confiança e empática.

Os aspetos principais da avaliação do estado mental são descritos seguidamente.

#### Descrição Geral:

- Aparência: a V. apresentava um vestuário adequado à sua idade, e aparentemente com boas condições de higiene; o cabelo limpo e bem penteado. Apresenta um *piercing* supraciliar. Estava com uma postura retraída, por vezes evitando o contacto visual. A sua aparência corresponde à sua idade cronológica.
- Atividade motora: a V. não apresenta quaisquer tremores, tiques, maneirismos ou gestos. Adota uma postura reservada, tímida, sem agressividade e rigidez postural. Não apresenta qualquer limitação motora.
- Padrões de discurso: o discurso da V., na resposta a questões relacionadas com a família e namorado, apresenta um tom monótono e baixo, sem ênfase.

- Atitude geral: a V. mostrou-se cooperante, tendo respondido voluntariamente a todas as questões. Aparece ser uma jovem discreta tendo, no entanto, reagido positivamente à entrevista.

#### Emoções:

- Humor: não são descritas pela V. alterações súbitas de humor, apresentando predominantemente um humor eufórico. No entanto, percebe algum humor ansioso quando abordamos questões relacionadas com a família, “Dou-me muito bem com a minha mãe... Passado um ano ainda não percebi porque me fizeram uma coisa destas...” (sic), relacionadas com o namorado “Eu estou aqui dentro, ele está lá fora... Só o vejo uns minutos depois das aulas... e não é todos os dias! Eu gosto dele, mas isto acho que não vai correr muito bem...” (sic), ou questões relacionadas com o seu papel parental, “O meu filho tem umas borbulhinhas no fundo da barriga que não passam. Já há vários dias que deito um creme e lavo bem... Mas se calhar não estou a fazer bem, não sei se é o mais correto...” (sic). No entanto, a V. apresenta igualmente sentimentos de alegria, “O meu filho tem estado muito bem, já está a começar a andar. É tão engraçado andar assim a cambalear” (sic).
- Afetividade: as expressões emocionais exteriores estão de acordo com o humor e são adequadas à situação: a V. baixa um pouco os olhos quando fala da família e do namorado, mas apresenta um «brilho nos olhos» quando fala do seu filho.

#### Processos de pensamento:

- Forma do pensamento: a V. não apresenta alterações a nível da forma do pensamento. Mantém-se concentrada e atenta ao assunto atual.
- Conteúdo do pensamento: a V. não apresenta quaisquer alterações do conteúdo do pensamento.

Perturbações perceptivas: A V. também não apresenta alterações da percepção.

Capacidade cognitiva e sensorial: A V. está vígil e consciente. Apresenta orientação espacial, temporal, autopsíquica e alopsíquica. Evidencia memória recente e remota, consegue contar e explicar a história da sua vida, lembrando-se de vários aspetos da sua infância, “Lembro-me bem quando ficava em casa sozinha, quando era mais pequena, a cuidar do meu irmão. Às

vezes ficava triste, mas outras vezes era uma grande alegria estarmos sozinhos e fazermos o que quiséssemos!” (sic). Consegue igualmente interpretar e perceber o significado de frases, ditados ou provérbios abstratos.

Controlo dos impulsos: Aparentemente a V. não apresenta dificuldade ou problemas em controlar os impulsos.

Juízo crítico e insight: A V. tem planos para o futuro, apresentando um projeto de vida já delineado na instituição. Pretende finalizar o curso profissional e tornar-se autónoma nos cuidados ao seu filho. Reconhece que ainda não está preparada para assumir algumas responsabilidades, e tem consciência das suas limitações. Verbaliza que necessita que a ajudem e ensinem a prestar os melhores cuidados ao filho, “Eu acho que até cuido bem do meu filho. Ele está sempre muito contente e sorridente, brinco muito com ele. Mas também tenho medo de não ser capaz de fazer mais pelo meu filho. Há tanta coisa que eu não sei! Quando ele começar a crescer, a falar, pedir coisas... Tenho medo de não o saber educar bem” (sic); refere muitas dúvidas acerca do desenvolvimento infantil.

Com o decorrer das primeiras sessões terapêuticas, pude conhecer a história de vida da V.. Esta é uma adolescente de 18 anos, nascida em Rio de Mouro, que desde os 10 anos assumiu o papel de cuidadora dos irmãos mais novos enquanto os seus pais trabalhavam.

Com 16 anos, a V. iniciou a atividade sexual com o pai do seu filho (que não é o atual namorado), tendo engravidado de uma relação sexual sem uso de método contraceptivo. O pai do seu filho não teve muito contacto pessoal com o filho de ambos visto estar em prisão domiciliária com pulseira eletrónica por roubo, segundo refere a V..

Posteriormente, após dez meses do nascimento do seu filho, a V. afirma ter sido feita uma denúncia anónima de que a sua mãe não alimentava os filhos e que inclusive os agredia fisicamente; a V. refere que tal facto não era verdade. Foi assim retirada à sua família pelo tribunal, tendo ficado institucionalizada. A V. mantém uma relação próxima com a mãe, seus irmãos e uma avó.

A V. mantém uma relação amorosa com um adolescente da sua idade. Conheceu-o através de uma amiga do curso profissional e encontram-se duas a três vezes por semana, cerca de trinta a sessenta minutos após as aulas. A V. refere que o seu namorado é muito carinhoso e

divertido, mas quando aborda assuntos relacionados com o seu filho, este mostra-se mais distante e desinteressado, aspeto que a deixa muito apreensiva: “Parece que não quer saber, evita falar. Deve estar com medo que eu lhe empurre o meu filho para os braços. Mas se ele gostar de mim a sério tem de perceber que o meu filho faz parte de mim...” (sic).

Após o tempo de permanência na instituição, a V. pretende ter adquirido competências para o papel parental e ser capaz de demonstrar autonomia e responsabilidade face aos cuidados consigo e com o seu filho.

Quanto à situação atual, a V. refere que “não estou feliz com a vida que tenho” (sic). Apesar da sua institucionalização ter sido uma fase crítica e um processo difícil de ultrapassar, cerca de quatro meses depois a V. demonstrava maior entusiasmo, desfrutava de bons momentos com outras adolescentes e participava nas atividades. No entanto, nas últimas semanas, a V. voltou a um estado de maior insegurança, isolamento e desilusão.

Ao longo das sessões terapêuticas foram assim exploradas as últimas semanas, os acontecimentos e vivências que conduziram quase a um estado depressivo na V.. As temáticas família, relação amorosa e papel parental foram muitas vezes enunciadas no seu discurso. A V. sentia esperança na possibilidade da sua avó conseguir obter a sua custódia, visto o tribunal não aceitar que voltasse para a mãe por não se reunirem as condições necessárias. A V. tem uma relação muito próxima com a sua avó e gostaria muito de viver com ela. No entanto, no mês de setembro obteve uma resposta negativa do tribunal; o sentimento de esperança deu lugar à mágoa e tristeza.

Na relação com o seu namorado refere sentir desconforto desde que o mesmo soube da existência do seu filho, “Sinto que ele se está a afastar de mim... Já não está comigo com tanta vontade” (sic). A V. afirma adorar o seu filho e gostar de estar com ele, “Ele é tudo para mim” (sic), mas tem sofrido com esta ambivalência por querer aproveitar a sua adolescência, os momentos para sair e se divertir com os amigos e namorado, mas no entanto sente que o seu filho precisa da presença da mãe. Neste aspeto, a V. teme estar igualmente a negligenciar o seu papel parental “Acho que podia dar mais de mim ao meu filho... Mas eu também queria divertir-me mais e ter mais tempo só para mim” (sic).

De acordo com o que foi verbalizado pela V. e pela minha observação, consegui identificar alguns problemas, necessidades ou dificuldades. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras (2003), com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, estabeleci os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Conhecimento insuficiente: verbaliza ausência de conhecimentos, solicita informação, e demonstra falta de conhecimentos relativos aos cuidados à criança.
- Papel maternal comprometido: refere que necessita de ajuda para aprender a cuidar do seu filho, e que receia não conseguir superar as suas expectativas e as da sua família quanto à obtenção de comportamentos adequados como mãe.
- Ansiedade: apresenta as pupilas dilatadas e a voz trémula quando refere algum assunto que lhe causa medo e receio, infelicidade e saudade, como sejam os relativos ao filho, ao namorado e à família.
- Autoestima diminuída: verbaliza não estar satisfeita consigo própria, afirmando que tudo lhe aconteceu porque “com certeza não devo ser boa pessoa!” (sic); em certos momentos é incapaz de olhar diretamente para mim.

Como resultados esperados, pretendia-se que a V. conseguisse expressar sentimentos e emoções relativamente à situação atual, que a ajudassem a identificar a baixa autoestima e ansiedade. Era fundamental também que verbalizasse perceções positivas acerca de si própria e da sua capacidade de prestar cuidados fundamentais ao seu filho. As intervenções terapêuticas passaram pela provisão de *feedback* positivo para pequenas conquistas do dia-a-dia, reforço positivo, comunicação terapêutica, escuta, valorização da expressão de sentimentos, identificação das suas capacidades.

As sessões terapêuticas foram realizadas no quarto da V., visto não existir na instituição nenhuma sala ou gabinete de carácter mais privado, pois em todas as salas e quartos podem entrar outras jovens a qualquer momento. Fomos, assim, interrompidas algumas vezes pela entrada de outra jovem no quarto. Estas interrupções quebraram por momentos o ambiente calmo e de escuta que se proporcionou. Como diz Lazure (1994, p. 17), “para estar apta a escutar, a enfermeira concentra-se no desejo de estar em estreita relação com o cliente. (...) escolhe, na medida do possível, um local calmo, favorável à escuta”.

Na generalidade das sessões estive mais centrada na V.. Tentei explorar com ela as suas perceções, emoções e sentimentos. Demonstrei autenticidade, compreensão, disponibilidade para escutar e respeito por ela, sua história de vida e seus problemas e dificuldades. Segundo Lazure (1994, p. 16), “é pela sua forma de estar, totalmente presente, que a enfermeira manifesta ao cliente a sua vontade em o compreender verdadeiramente, tanto através da comunicação verbal como não verbal”. Considero, assim, que apresentei predominantemente uma atitude compreensiva e empática, tendo demonstrado uma consideração verdadeira pelo que a V. me estava a transmitir.

Considero que, dentro das possibilidades, a postura adotada foi a mais correta, sentada frente-a-frente com a V., de forma a que conseguisse prestar atenção à comunicação não-verbal, e a manter o contacto visual, pois, como refere Chalifour (2008, p. 144), “o olhar constitui um importante modo para entrar em relação (...) [onde] olhar o cliente, é manifestar-lhe atenção. É, de uma certa maneira, confirmar a sua existência aos nossos olhos”.

### 3.2.3 Discussão de resultados

Como forma de avaliar a intervenção, antes do início das sessões terapêuticas foi aplicada a Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh (*The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale*, Anexo I). Com a sua aplicação pretendia-se avaliar qual o estado de bem-estar e satisfação da adolescente, respeitantes ao modo como se sentia consigo própria. Osofsky e col. (1993) citados por Marcelli e Braconnier (2005), referem, como exemplo, que mais ou menos 50% das adolescentes grávidas apresentam sintomas depressivos patentes. No final das oito sessões voltei a ser aplicada a mesma escala de modo a averiguar se houve melhoria do seu estado após intervenção individualizada.

Relativamente à Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh, esta é composta por catorze afirmações relativas a sentimentos e pensamentos acerca da própria pessoa. Em cada afirmação é solicitado que a pessoa escolha a opção que descreve melhor a sua experiência durante as últimas duas semanas, consoante seja Nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes ou Sempre vivenciou a situação descrita. Para cada item, respetivamente, atribui-se a

pontuação de 1, 2, 3, 4 ou 5 pontos, com pontuação mínima de 14 e pontuação máxima de 70, sendo que quanto mais alta for a pontuação melhor será o nível de saúde mental da pessoa.

Na escala preenchida pela adolescente antes do início das sessões terapêuticas, pode-se verificar que no total foram obtidos 43 pontos (Apêndice IV-A).

Na escala preenchida após as oito sessões terapêuticas verifica-se uma melhoria no nível de saúde mental, com a pontuação total de 52 pontos. Comparando com a primeira escala preenchida, das catorze afirmações, nove apresentaram-se num item de resposta mais positivo (Apêndice IV-B).

Este resultado consegue assim demonstrar alguma melhoria ao nível do bem-estar e satisfação da adolescente, que certamente são fatores promotores da saúde mental. A reabilitação psicossocial atuou assim no sentido de reforçar estes fatores protetores, com o objetivo de reduzir o impacto do agravamento e das consequências da maternidade na adolescência (Saggese & Leite, s.d.). Efetivamente, nas últimas sessões terapêuticas, a adolescente conseguiu identificar aspetos positivos sobre si, sobre o seu papel parental, e verbalizou que já conseguia viver a sua adolescência sem se culpabilizar. Na fase final da intervenção já olhava de frente, com um sorriso no rosto.

O suporte relacional e a promoção de um clima de confiança foram aspetos essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a adolescente. Para o sucesso das sessões terapêuticas demonstrou-se assim a extrema importância do estabelecimento desta relação de ajuda visto que, como refere Phaneuf (2005, p. 324), favorece “no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”.

Através da relação terapêutica eficaz demonstrou-se igualmente ser viável uma avaliação o mais adequada possível, indo de encontro às necessidades da pessoa, o que também possibilita ao enfermeiro obter satisfação e enriquecimento pessoal e profissional com a relação terapêutica. Como refere Lazure (1994, p. 103), “quando a enfermeira consegue ajudar fica satisfeita, não só por ter contribuído para aliviar o sofrimento mas também por ter feito a experiência de uma maior identidade consigo própria e com o género humano”.



#### **4. MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS**

Ao longo do primeiro ano letivo foram ensinados e concedidos conteúdos teóricos e práticos com o intuito de assimilar e adquirir as Competências Específicas do EEESM. Com o decorrer do estágio no segundo ano letivo, conseguiu-se perceber o desenvolvimento e consolidação prática das diferentes competências do EEESM, visto ter sido identificada uma melhoria nos cuidados prestados.

No entanto, neste capítulo importa realçar e destacar as competências mais desenvolvidas ao longo do estágio, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do EEESM (OE, 2010). Este regulamento preconiza que o EEESM domine quatro competências específicas, sendo a primeira relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional do EEESM e as restantes mais dirigidas para a prática de cuidados de enfermagem.

Ao longo do estágio realizei análises críticas e reflexivas em relação a mim própria e às atividades realizadas. Estas análises pessoais permitiram-me conhecer e compreender a prática vivenciada, tornando-se num importante instrumento para o desenvolvimento pessoal e profissional. A supervisão das enfermeiras orientadoras foi fundamental e contribuiu igualmente para este crescimento.

Na fase inicial do estágio deparei-me com algumas dificuldades, como a falta de familiaridade na prática em contexto de saúde mental e psiquiatria. No entanto, a pesquisa bibliográfica, a reflexão e a partilha com os pares permitiram o crescimento pessoal e o desenvolvimento de competências.

A consolidação das competências específicas do EEESM no âmbito da problemática das mães adolescentes suscita um desafio acrescido na dimensão relacional, encaminhando-nos para a necessidade de rever a nossa intervenção, a nossa prática diária, com estas adolescentes que estão em processos de transição.

Efetivamente, dirigindo um olhar mais atento para a relação terapêutica, podemos constatar que esta está presente em todos os documentos referentes ao exercício da enfermagem, como sendo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Código Deontológico do Enfermeiro, no enquadramento conceptual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

A promoção da saúde mental preconiza a ajuda à pessoa de forma a que mantenha ou melhore as suas capacidades e habilidades, bem como um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, de modo a contribuir ativamente na sociedade em que está inserida. Para tal, a implementação de intervenções de enfermagem de saúde mental irá mobilizar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O EEESM deverá ter assim a capacidade para analisar e individualizar estratégias através de ações como ensinar, orientar, apoiar, capacitar, treinar, assistir.

Como já referido anteriormente, a primeira competência específica do EEESM diz respeito aos processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, ao elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. Durante o primeiro ano letivo tive a oportunidade de desenvolver um novo olhar sobre as minhas intervenções enquanto enfermeira e destinar tempo e espaço para aprofundar o conhecimento acerca de mim mesma no decorrer das aulas de Desenvolvimento Pessoal e Profissional. Conhecer e entender-me a mim própria permitiu aumentar a capacidade de estabelecer relações interpessoais mais satisfatórias, reconhecendo e aceitando a singularidade e diferença nos outros, bem como permitiu igualmente o reconhecimento de limites e dificuldades.

Tive a oportunidade de perceber o que significa estar em grupo e em relação com o grupo. Dependendo das dinâmicas de grupo, do conteúdo ou tema, compreendi que as minhas reações são diferentes, dependendo se lido com a minha agressividade, tristeza ou medo, ou se lido com as emoções dos outros.

Como exemplo no contexto de internamento, intervir junto de adolescentes com ideação suicida ou internamento por tentativa de suicídio, é estar em constante relação com o medo, a ameaça e a imprevisibilidade. Uma maior consciência de mim e dos meus limites enquanto

pessoa e enfermeira, dos meus comportamentos e emoções em resposta às reações destes adolescentes, foi-se revelando como aspeto facilitador para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Aqui, a unidade de competência F1.1. mostra-se presente e em desenvolvimento.

Em contexto de internamento, revelaram-se como unidades de competência mais aprofundadas a F3.1., F3.4., F4.1. e F4.2.. Relativamente às duas primeiras unidades de competência, num acompanhamento mais próximo dos adolescentes na UIPIA, em alguns casos foi possível identificar os problemas e as necessidades específicas do adolescente e família, avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar, e diferenciar exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença. Estratégias de empoderamento que permitiram ao adolescente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, foram desenvolvidas de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. No que concerne às unidades de competência F4.1. e F4.2., foram disponibilizadas orientações aos adolescentes para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais. Foi igualmente alcançada a implementação de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais, e a implementação de intervenções no âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico, individuais e de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições. Algumas técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o *insight* do adolescente, permitindo elaborar novas razões para o problema, também foram utilizadas.

Em contexto comunitário as unidades de competência F2.1., F2.2., F3.1. e F4.2. surgiram como orientadoras das intervenções. Foram avaliados os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental e os fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos, executada uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental da adolescente e realizada uma avaliação das capacidades internas e recursos externos da adolescente para manter a saúde mental. (Relativamente às unidades de competência F3.1. e F4.2, os critérios de avaliação foram já referidos anteriormente no contexto de internamento.)

Na tentativa da criação de um grupo terapêutico, e posterior implementação de sessões terapêuticas de intervenção individualizada e continuada, foi executada uma avaliação global que permitiu uma descrição da história de saúde mental da adolescente e família, bem como o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem. Os objetivos propostos para o contexto comunitário foram, na sua maioria, de encontro aos critérios de avaliação das unidades de competência pelas quais me guiei.

A assimilação e desenvolvimento das competências específicas do EEESM revelaram-se relativamente abrangentes no decorrer do estágio, mas este será um processo contínuo na minha prática, numa dinâmica de reavaliação permanente dos meus potenciais no exercício profissional.

Este relatório pretendeu assim refletir a importância da aquisição das referidas competências específicas do EEESM no que diz respeito à intervenção de enfermagem na comunidade, ao nível da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental num grupo de risco, como as mães adolescentes, em contexto de institucionalização.

## **5. CONSTRANGIMENTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em saúde mental, o trabalho com pessoas e famílias assume frequentemente a forma de grupos. Com o trabalho de grupo, o enfermeiro tem a oportunidade de chegar a um maior número de pessoas de uma só vez, levando os indivíduos a ajudar-se entre si e a partilhar os seus sentimentos, opiniões, ideias e comportamentos, aprendendo uns com os outros num contexto de grupo.

Os enfermeiros podem liderar vários tipos de grupos terapêuticos, como os de educação, treino de assertividade, apoio, entre outros. Dirigir grupos terapêuticos encontra-se no domínio da prática de enfermagem que, como corrobora Townsend (2011, pp. 173-174), “é uma abordagem terapêutica tão comum na disciplina da psiquiatria [que] os enfermeiros que trabalham neste campo devem empenhar-se continuamente na expansão do seu conhecimento e utilizar os processos de grupo como intervenção significativa na enfermagem psiquiátrica”.

A escolha da realização de um grupo terapêutico na instituição referida, procurava dar resposta ao diagnóstico de situação previamente efetuado por mim e pela equipa multidisciplinar da UCC da Lapa, no qual se identificaram necessidades relacionadas com o processo de transição adolescência – maternidade – institucionalização. Esta possibilidade terapêutica de uma intervenção em grupo iria permitir trabalhar ao nível das relações interpessoais e perceber as estratégias que cada adolescente utiliza para lidar com a situação e as transições que vivenciam.

Estava igualmente prevista a sua continuidade através da parceria formal já existente entre a instituição e a UCC da Lapa. Estas parcerias entre instituições deveriam permitir através de uma mobilização de recursos humanos um melhor aproveitamento dos mesmos na prestação de cuidados, e contribuir para a educação e promoção da saúde a nível comunitário.

Na realização deste estágio, no entanto, surgiram alguns constrangimentos no contexto comunitário. Como já referido no subcapítulo 3.2, houve uma sucessão de obstáculos que impediram a realização do grupo terapêutico na instituição.

Apesar de estar acordado em protocolo a tarde de segunda-feira para intervenção dos profissionais da UCC da Lapa, a impossibilidade deste horário por parte da instituição levou a uma prolongada indecisão entre os seus profissionais na procura de um novo dia e hora, justificando com a sobreposição de atividades da instituição, já existentes e a serem concebidas.

Depois de uma resposta positiva com dia definido, outro constrangimento se colocou. Alguma falta de organização dos profissionais da instituição e disposição para elucidar as adolescentes acerca da importância do grupo e da recente existência do mesmo, não favoreceu a comparência de adolescentes suficientes para uma ideal interação em grupo.

As mesmas foram igualmente e antecipadamente abordadas por mim, foram explicitados os motivos, objetivos e vantagens do grupo, mas mesmo após combinação semanal não compareciam adolescentes suficientes para iniciar o mesmo. O facto de ser um grupo de adolescentes, com características próprias e frequentemente vistas como jovens com comportamentos rebeldes e desafiadores, foi possivelmente um dos motivos da sua resistência ao compromisso.

A inesperada impossibilidade de horário e a contínua resistência à intervenção em grupo fez emergir em mim alguma frustração e desânimo. Sinto que a criação de um grupo terapêutico nesta instituição e com estas adolescentes conduziria à sua aprendizagem e desenvolvimento, ajudando-as na compreensão das suas emoções e sentimentos, medos e angústias, e na resolução das suas dificuldades e conflitos.

De acordo com a literatura, o potencial terapêutico do trabalho em grupo traria efetivamente maiores benefícios. Como refere Clark (1994) citado por Townsend (2011), as funções dos grupos vão depender da razão pela qual foram formados. Em grupos de apoio/terapêuticos, os enfermeiros participam frequentemente com a finalidade de evitar preocupações futuras, ensinando modos eficazes de lidar com o stresse emocional que tem origem em crises situacionais ou de desenvolvimento.

Não sendo possível utilizar esta metodologia de intervenção em grupo, já durante o estágio tive de adotar outra estratégia, a da intervenção individualizada e contínua, realizando igualmente um estudo de caso como metodologia.

Com a realização de duas sessões terapêuticas por semana, esta metodologia permitiu realizar um estudo dos problemas e necessidades da adolescente, procurando a melhor estratégia para ajudar na solução ou regressão dos problemas identificados.

Apesar da não realização do grupo terapêutico, não tendo assim oportunidade de operacionalizar esta intervenção, as sessões individuais permitiram um trabalho mais profundo ao nível da relação terapêutica dual, onde a implicação do enfermeiro é, necessariamente, mais intensa e em que a mobilização de competências de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico são indissociáveis do processo relacional.

Os constrangimentos que surgiram, no entanto, foram úteis para desenvolver e demonstrar a capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas, como frequentemente é esperado do enfermeiro especialista.

Pessoalmente, senti alguma dificuldade na realização deste relatório pois o ato de escrever provoca-me alguma ansiedade. É sempre difícil relatar fielmente tudo aquilo que foi experienciado, ficando sempre a sensação da escrita estar aquém da realidade. No entanto, a sua elaboração permitiu sistematizar a aprendizagem, refletir, analisar e avaliar a evolução das competências.

Fica igualmente evidente a necessidade de continuidade deste trabalho, de forma mais detalhada e estruturada e com intervenção num maior número de adolescentes, visto apenas terem sido iniciados os primeiros passos neste percurso.



## 6. CONCLUSÃO

Enquanto futura EEESM, este percurso formativo constituiu uma etapa de aprendizagem contínua que permitiu adquirir e desenvolver competências específicas na área da saúde mental e psiquiatria. Numa perspectiva especializada, este estágio evidenciou a importância da comunicação interpessoal e da relação de ajuda à pessoa/família, possibilitando o levantamento das necessidades de cuidados de enfermagem a prestar na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental e em situação de crise.

Durante o estágio na UIPIA foi possível desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre as situações de crise em saúde mental na infância e adolescência. Desenvolvi competências especializadas através da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, onde o estabelecimento da relação terapêutica se demonstrou de extrema importância neste processo de transição em que o adolescente e família se encontram. É essencial identificar os problemas e as necessidades específicas do adolescente e família, implementando um plano de cuidados individualizado com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

No contexto comunitário, o facto do estágio ter decorrido na UCC da Lapa vai possibilitar a continuidade das intervenções já iniciadas com a população de mães adolescentes. O EEESM encontra na dimensão saudável da pessoa, família, grupo ou comunidade uma área de atuação de excelência, onde a sua formação o capacita de uma maior consciência e conhecimento de si e dos outros, transmitidas pelas vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Após a intervenção individualizada e continuada com uma mãe adolescente institucionalizada, foi possível constatar que o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz promove o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. A promoção da saúde mental da mãe adolescente preconiza a prestação de cuidados e ajuda necessária para manter ou melhorar as suas capacidades e habilidades, bem como um padrão de funcionamento saudável e satisfatório. O EEESM

deverá ter assim a capacidade para analisar e individualizar estratégias através de ações como ensinar, orientar, apoiar, capacitar, assistir.

Toda a pesquisa efetuada e os resultados obtidos demonstram a importância desta abordagem na promoção do bem-estar e qualidade de vida da mãe adolescente. Na maternidade na adolescência, a promoção e proteção da saúde mental são assim as palavras-chave. O EEESM deverá identificar os contextos de risco e atuar junto da respetiva população, no sentido de lhes fornecer informação, orientar e aconselhar, de modo a garantir uma maternidade com o mínimo de riscos possíveis, através de um acompanhamento continuado, e nunca esquecendo que se trata de uma pessoa, de uma adolescente, de uma mãe, que necessita de ajuda para enfrentar a realidade.

A etapa formativa descrita possibilitou o percorrer de um caminho de descoberta e investimento numa área de atuação da enfermagem, a saúde mental e psiquiatria, com aplicabilidade em todos os domínios do binómio saúde/doença e ao longo do ciclo de vida do indivíduo. É esta integralidade que suscitou e suscita a ambição de adquirir as competências específicas do EEESM e desenvolver uma prática avançada de forma contínua e consistente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J. M. R. (2007). *Adolescência e maternidade* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-0007-5.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. & Botega, N. J. (2010). *Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica*. Revista Brasileira de Psiquiatria; vol. 32, supl. II. Recuperado em 7 janeiro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>

Carlos, A. I., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M. H. (2007). *Comportamento parental de mães adolescentes*. Análise Psicológica; 2 (XXV):183-194. Recuperado em 19 fevereiro, 2013, de <http://catbib.cm-beja.pt/MULTIMEDIA/ASSOCIA/CDU/159PSICOLOGIA/COMPARENTALDEMAES.PDF>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5.

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção*. (Vol. 2). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-21-5.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: plano de acção 2007-2016*. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão beta 2* (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-95146-6-9.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-96263-2-4.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). *Diário da República, 1.ª série*. N.º 38, 22 de Fevereiro de 2008, 1182-1189.

Deus, I. A. M. (2009). *A maternidade na adolescência: o efeito bairro para a socialização na gravidez precoce*. Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde (s.d.). *Plano nacional de prevenção do suicídio: 2013/2017*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2005). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-121-7.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). *Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico*. Rev Latino-am Enfermagem; 11(3):371-375. Recuperado em 24 janeiro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

Henriques, S. R. F. (2008). *Os objectivos de vida de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados*. Monografia de licenciatura, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal.

Kantorski, L. P., Pinho, L. B., Saeki, T. & Souza, M. C. B. M. (2005). *Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo*. Rev Esc Enferm USP; 39(3):317-324. Recuperado em 11 janeiro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/10.pdf>

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

Lourenço, M. M. C. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: a adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século Edições. ISBN 972-754-120-8.

Machado, M. V. P. (2004). *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais* (10ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora. ISBN 978-972-30-1252-1.

Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-86-0.

Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: development and progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott. ISBN 0-397-55259-9.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Miguel, L. S. & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de saúde primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

*Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar* (2008). Conferência de alto nível da UE, Juntos pela Saúde Mental e pelo Bem-Estar. Bruxelas.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

Raimundo, R., Pinto, A. M. (s.d.). *Conflito entre pares e estratégias de coping em crianças e adolescentes, com e sem comportamentos agressivos, em contexto escolar*. Recuperado em 22

janeiro, 2013, de <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/VIIIcongreso/pdfs/135.pdf>

Saggese, E., & Leite, L. C. (s.d.). *Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial*. Recuperado em 14 julho, 2012, de <http://www.abmp.org.br/textos/398.htm>

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). *Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada*. Referência, n.º 11, Março.

Silva, M. J. M. X. (2011). *O bem-estar subjectivo de adolescentes institucionalizados*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.

Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática* (6a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 85-7307-713-1.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-61-5.

World Health Organization (1986). *Young people's health: a challenge for society*. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". Technical Report Series 731. World Health Organization: Geneva.

## APÊNDICES



**APÊNDICE I – Dinâmica de Grupo baseada  
nas Terapias Expressivas**



## **Dinâmica de Grupo baseada nas Terapias Expressivas**

O objetivo geral desta intervenção é promover a autoestima e a autoimagem em adolescentes.

Como objetivos específicos destaco os seguintes:

- Favorecer a expressão de emoções e sentimentos;
- Aumentar a autoestima;
- Auxiliar o desenvolvimento de sentimentos positivos relativos às qualidades e capacidades pessoais;
- Promover uma autoimagem positiva;
- Compreender a relação entre o modo como vemos os outros e o modo como nos percebemos a nós mesmos.

### **Planificação**

Neste tipo de intervenções psicoterapêuticas, como a terapia expressiva em grupo, o planeamento e implementação são realizados por terapeutas que, neste caso, foram assumidos por mim e pela minha enfermeira orientadora.

Para esta sessão em particular, são utilizados vários materiais de expressão plástica, como folhas de papel, marcadores/lápis de cor, tesouras, cola, revistas, entre outros. A dinâmica escolhida para esta sessão é baseada na de Manes (2011), “E tu, que animal és?” e, por isso, é desejável que os elementos do grupo já se conheçam minimamente.

Para a dinâmica de grupo no âmbito da terapia expressiva todos os elementos do grupo estão sentados em círculo no chão de uma sala ou à volta de uma mesa.

No início da atividade, distribuímos uma folha de papel a cada elemento, onde este tem de desenhar o animal que melhor representa o modo como se percebe a si próprio. Cada um guarda o desenho para si. Depois de terminada esta fase, escrevemos em cada folha o nome de cada um dos membros do grupo e distribuímos aleatoriamente, de modo a que cada um fique com uma folha com o nome de outro membro. Nesta fase, pedimos ao grupo que desenhe um animal que represente o elemento cujo nome se encontra na folha que lhes foi entregue, descrevendo as suas características físicas, psicológicas e comportamentais. O desenho deve

ser claro, ou caso não o seja, damos a indicação para escreverem no desenho o nome do animal que representa. Todos os desenhos ficam anónimos.

Os desenhos são recolhidos e, posteriormente, vamos escrevendo numa folha grande todas as observações relativas ao desenho e às características do animal-pessoa, que são enunciadas pelos membros do grupo enquanto observam os desenhos. Entregamos cada um dos desenhos identificados aos elementos a que dizem respeito.

No final, cada membro do grupo tem à sua frente dois desenhos de animais: o seu e o de outro elemento. Lemos em voz alta os atributos escritos na folha grande, que foram sugeridos pelo grupo, relativos ao animal que cada um possui.

Para finalizar, abrimos a discussão e cada um pode avaliar se o animal escolhido por outro elemento do grupo corresponde e é apropriado à perceção que tem de si próprio. O contrário também é feito, o grupo avalia se o animal escolhido por cada membro para se representar a si próprio, é correspondente e apropriado. Deste modo vão ser cruzadas várias perceções, as próprias e as do grupo. O resultado deve ser uma melhoria no autoconhecimento, modulado pelas próprias perceções e pelas do grupo. Incentivamos igualmente a partilha, através da clarificação e reformulação, com questões do tipo “O que sentiu quando ouviu a descrição de si pelos seus colegas?”, “E o grupo, o que pensa do animal que o colega escolheu para se caracterizar a si próprio?”, “O que quer dizer com...?”, “Não sente que é... Quer descrever como se sente?”.

Para finalizar a sessão pedimos a cada elemento do grupo para desenhar num pequeno cartão uma imagem que demonstre como se sente no momento, e que o diga em voz alta numa ou duas palavras.

### **Avaliação**

A avaliação desta sessão é efetuada em vários períodos e fases da dinâmica. Ao longo da atividade são observados os comportamentos de cada elemento do grupo, sendo validada a existência de dificuldades na expressão de aspetos pessoais, sentimentos e emoções. Os membros do grupo podem igualmente ser incentivados a se pronunciarem sobre a importância da sessão para cada um.

**APÊNDICE II – Apresentação Powerpoint dirigida à Equipa**

**Multidisciplinar da UCC da Lapa**



# *UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA LAPA*

## *NA*

...

Enf.<sup>a</sup> Ana Margarida Nogueira

30 de Outubro de 2012



- ☐ A ... é uma IPSS, que foi fundada em 1931 com a missão de apoiar a causa da maternidade desprotegida nas adolescentes.
- ☐ Acolhe jovens vulneráveis, grávidas e mães adolescentes e seus filhos, ajudando-as a concretizar o seu projeto de vida.
- ☐ Acompanham a gravidez e auxiliam no cuidado dos seus filhos, habitualmente numa estadia de 2 a 3 anos.
- ☐ Objetivo cumprido quando as mães adquirem competências maternas, se reinsiram social e profissionalmente, e iniciem o caminho para a concretização do seu projeto de vida.

- ▣ ***Casa das MÃES***  
Capacidade para 17 jovens e seus filhos, encaminhadas pela CPCJ, Tribunais, Centros de Saúde, Linhas de Apoio
  
- ▣ ***Casa das CRIANÇAS***  
Creche com capacidade para 35 crianças de dentro e fora da instituição
  
- ▣ ***Casa dos SABORES***  
Atividade comercial na área da restauração, sendo um meio de sustentabilidade para as outras valências

*CONSTRUIR O FUTURO, PARA UMA VIDA MELHOR!*

- ▣ ***OBJETIVO DA PARCERIA UCC LAPA/...***
  - ▣ Promover o desenvolvimento de competências parentais;
  - ▣ Auxiliar na aquisição de habilidades, atitudes e comportamentos;
  - ▣ Responsabilizar as jovens pela sua própria saúde e pela saúde do seu filho.
  
- ▣ ***EQUIPA MULTIDISCIPLINAR***
  - ▣ Duas enfermeiras
  - ▣ Uma fisioterapeuta
  - ▣ Uma terapeuta ocupacional

☐ **1º ANO – CONSTRANGIMENTOS**

- ☐ Entraves e obstáculos às intervenções/atividades propostas, por parte da Direção.
- ☐ Dificuldades sentidas na implementação das intervenções/atividades visto ser uma população vulnerável e com alguma resistência ao estabelecimento de relações de confiança.

☐ **1º ANO – INTERVENÇÕES**

- ☐ Após visitas regulares, estão estabelecidas relações com base na confiança e compreensão.
- ☐ Conhecimento do espaço físico (quartos, espaços de lazer e refeição, jardins, berçário/creche), das dinâmicas e rotinas, das atividades que habitualmente participam e realizam.
- ☐ Compreensão das relações estabelecidas entre os profissionais e as adolescentes, entre as próprias adolescentes e entre elas e os seus filhos.

☐ **2º ANO – INTERVENÇÕES PLANEADAS**

- ☐ Manter a promoção da vinculação entre mães e bebés;
- ☐ Identificar necessidades, limitações e dificuldades, dando respostas adequadas a cada situação;
- ☐ Treinar competências pessoais e sociais;
- ☐ Realizar sessões de educação para a saúde, onde serão trabalhados temas ligados à sexualidade, afetos, autoestima, autoimagem, autoconceito, grupo de pares, família, gestão de conflitos, educação e vida profissional.

▣ ***ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA***

- ▣ Dificuldades na relação das adolescentes com elas próprias e com as outras;
- ▣ Sentimentos de tristeza, angústia e solidão;
- ▣ Baixa autoestima, por vezes distorção da imagem corporal;
- ▣ Constituição de pequenos grupos que podem levar ao desenvolvimento de conflitos;
- ▣ Aspectos relacionados com os afetos e a sexualidade pouco trabalhados.

▣ ***INTERVENÇÃO PLANEADA PARA O ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SMP***

Não tendo conseguido por vezes intervir de forma a que as jovens exprimam eficazmente as suas preocupações, sentimentos e emoções...



***GRUPO TERAPÊUTICO***

**OBJETIVOS**

- ▣ Intervir a nível das necessidades detetadas e descritas anteriormente;
- ▣ Estimular para a tomada de consciência das dificuldades, comportamentos, pensamentos, sentimentos e emoções;
- ▣ Auxiliar na aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros;
- ▣ Favorecer a coesão de grupo e criar uma atmosfera ideal para a comunicação recíproca.

**APÊNDICE III – Objetivos e Finalidades do**

**Grupo Terapêutico**



À Direção da ...

Chamo-me Ana Margarida Lemos Nogueira, sou enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade da Lapa, e no ano letivo 2011/2012 iniciei a frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No plano de estudos deste curso, como etapa final, está preconizado a realização de um estágio. Este foi precedido de um Projeto de Intervenção por mim realizado, no âmbito da Promoção da Saúde Mental em Mães Adolescentes Institucionalizadas, com os seguintes objetivos:

- Analisar e aprofundar a problemática da maternidade na adolescência e dos adolescentes institucionalizados;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais nas mães adolescentes;
- Promover a expressão de emoções e sentimentos relacionados com a adolescência, a maternidade e a institucionalização;
- Compreender as angústias percebidas pelas mães adolescentes institucionalizadas nesta fase do seu desenvolvimento.

Desta forma, no âmbito da parceria entre a UCC Lapa e a vossa Instituição e das intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem na mesma, pretendo iniciar um grupo terapêutico com algumas adolescentes da instituição, de forma a dar resposta aos objetivos propostos.

Este grupo será dinamizado por duas enfermeiras da UCC Lapa, será constituído por um máximo de 6 adolescentes, com a frequência de uma sessão por semana e a duração de 1h00-1h30 cada sessão. Como critérios de inclusão no grupo estão previstos: idade  $\leq$  19 anos; idade do filho  $\leq$  24 meses; não estar prevista a saída da instituição no primeiro mês após a constituição do grupo. Como critérios de exclusão no grupo estão previstos: referir não querer participar no grupo; possuir diagnóstico de doença mental.

As áreas temáticas a abordar nas sessões são a adolescência, maternidade, institucionalização, bem como a sexualidade, os afetos, a autoestima, a autoimagem e o autoconceito, o grupo de pares, a família, gestão de conflitos, educação e vida profissional.

Após o término do estágio, esta intervenção em grupo manter-se-á como intervenção de enfermagem dos profissionais da UCC Lapa, no âmbito da parceria com a vossa Instituição.

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_



**APÊNDICE IV – Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh**  
**preenchida pela adolescente**



## Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental

A

### Instruções

Seguidamente apresentam-se algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos. Escolha a opção que descreve melhor a sua experiência relativamente a cada uma durante as **últimas duas semanas**.

Coloque uma cruz (X) no quadrado respetivo a cada afirmação consoante é Nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes ou Sempre vivenciou a situação descrita.

|   | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Sempre |
|---|-------|-----------|---------------|--------------|--------|
| 1. Senti-me otimista quanto ao futuro.                  |       |           | X             |              |        |
| 2. Senti-me útil.                                       |       |           | X             |              |        |
| 3. Senti-me relaxado(a).                                |       |           | X             |              |        |
| 4. Senti-me interessado(a) nas outras pessoas.          |       |           | X             |              |        |
| 5. Senti-me com muita energia.                          |       |           | X             |              |        |
| 6. Lidei muito bem com problemas.                       |       |           | X             |              |        |
| 7. Tenho pensado com clareza.                           |       |           | X             |              |        |
| 8. Senti-me bem comigo mesmo(a).                        |       |           | X             |              |        |
| 9. Senti-me perto das outras pessoas.                   |       |           | X             |              |        |
| 10. Senti-me confiante.                                 |       |           | X             |              |        |
| 11. Tenho sido capaz de pensar por mim sobre as coisas. |       |           |               | X            |        |
| 12. Senti-me amado(a).                                  |       |           | X             |              |        |
| 13. Interessei-me sobre coisas novas.                   |       |           | X             |              |        |
| 14. Senti-me alegre.                                    |       |           | X             |              |        |

Obrigada pelo seu tempo.

14/1/2013

## Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental

B

### Instruções

Seguidamente apresentam-se algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos. Escolha a opção que descreve melhor a sua experiência relativamente a cada uma durante as **últimas duas semanas**.

Coloque uma cruz (X) no quadrado respetivo a cada afirmação consoante é Nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes ou Sempre vivenciou a situação descrita.

|     |   | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Sempre |
|-----|---|-------|-----------|---------------|--------------|--------|
| 1.  | Senti-me otimista quanto ao futuro.                 |       |           | α             |              |        |
| 2.  | Senti-me útil.                                      |       |           | α             |              |        |
| 3.  | Senti-me relaxado(a).                               |       |           | α             |              |        |
| 4.  | Senti-me interessado(a) nas outras pessoas.         |       |           |               | α            |        |
| 5.  | Senti-me com muita energia.                         |       |           |               | α            |        |
| 6.  | Lidei muito bem com problemas.                      |       |           |               | α            |        |
| 7.  | Tenho pensado com clareza.                          |       |           | α             |              |        |
| 8.  | Senti-me bem comigo mesmo(a).                       |       |           |               | α            |        |
| 9.  | Senti-me perto das outras pessoas.                  |       |           |               | α            |        |
| 10. | Senti-me confiante.                                 |       |           |               | α            |        |
| 11. | Tenho sido capaz de pensar por mim sobre as coisas. |       |           |               |              | α      |
| 12. | Senti-me amado(a).                                  |       |           |               | α            |        |
| 13. | Interessei-me sobre coisas novas.                   |       |           | α             |              |        |
| 14. | Senti-me alegre.                                    |       |           |               | α            |        |

Obrigada pelo seu tempo.

15/2/2013

## **ANEXOS**



**ANEXO I – Escala de Saúde Mental Warwick-Edinburgh**

*(The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale)*



## 18. Escala Warwick-Edinburgh de Saúde Mental (WEMWBS)

NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh, 2006\*

Fontes:

<http://www.healthscotland.com/documents/1467.aspx>; <http://wrap.warwick.ac.uk/543/>;

<http://www.hqlo.com/content/5/1/63>;

<http://www.scotland.gov.uk/About/scotPerforms/indicators/mentalWellbeing>

\***Ruth Tennant**(Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK - [ruth.tennant@coventrypct.nhs.uk](mailto:ruth.tennant@coventrypct.nhs.uk)), **Louise Hiller**(Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK), **Ruth Fishwick** (Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK), **Stephen Platt** (Research Unit in Health, Behaviour and Change, School of Clinical Sciences & Community Health, University of Edinburgh, Edinburgh, UK - [steve.platt@ed.ac.uk](mailto:steve.platt@ed.ac.uk))**Stephen Joseph**(School of Sociology & Social Policy, University of Nottingham, Nottingham, UK), **Scott Weich** (Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK - [s.weich@warwick.ac.uk](mailto:s.weich@warwick.ac.uk)), **Jane Parkinson** (NHS Health Scotland, Glasgow, UK - [jane.parkinson@health.scot.nhs.uk](mailto:jane.parkinson@health.scot.nhs.uk)), **Jenny Secker** (Faculty of Health and Social Care, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK) **Sarah Stewart-Brown** (Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK - [Sarah.Stewart-Brown@warwick.ac.uk](mailto:Sarah.Stewart-Brown@warwick.ac.uk)).

**Algumas informações:** Escala recentemente desenvolvida para avaliar a saúde mental positiva (bem-estar mental). É uma escala com 14 itens com cinco categorias de respostas. Abrange a maioria dos aspectos da saúde mental positiva (pensamentos e sentimentos positivos) presentes actualmente na literatura, incluindo ambas as perspectivas hedónica e de persecução da felicidade..

**Instruções:** Abaixo estão algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos. Por favor, escolha a opção que descreve melhor a sua experiência relativamente a cada um durante as últimas 2 semanas.

Classifique cada afirmação de acordo com a escala: 1 = Nenhuma das vezes, 2 = raramente, 3 = Algumas vezes, 4 = muitas vezes, 5 = Sempre.

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.  | Senti-me optimista quanto ao futuro.                |  |
| 2.  | Senti-me útil.                                      |  |
| 3.  | Senti-me relaxado.                                  |  |
| 4.  | Senti-me interessado nas outras pessoas.            |  |
| 5.  | Senti-me com muita energia.                         |  |
| 6.  | Lidei muito bem com problemas.                      |  |
| 7.  | Tenho pensando com clareza.                         |  |
| 8.  | Senti-me bem comigo mesmo.                          |  |
| 9.  | Senti-me perto das outras pessoas.                  |  |
| 10. | Senti-me confiante.                                 |  |
| 11. | Tenho sido capaz de pensar por mim sobre as coisas. |  |
| 12. | Senti-me amado.                                     |  |
| 13. | Interessei-me sobre coisas novas.                   |  |
| 14. | Senti-me alegre.                                    |  |

### Pontuação:

A pontuação total calcula-se somando a pontuação de cada item (a pontuação mínima é 14 e a máxima é 70); quanto mais alta for a pontuação de uma pessoa melhor será o seu nível de saúde mental.



**ANEXO II – Escala de Autoestima de Rosenberg**

*(The Rosenberg Self-Esteem Scale)*



## 17. Escala Rosenberg de Auto-Estima (ROS SES)

Desenvolvida por: Rosenberg, Morris, 1989.

Fontes: <http://www.bsos.umd.edu/socy/research/rosenberg.htm>  
<http://www.psychology.uiowa.edu/faculty/Clark/http://www.psychology.uiowa.edu/Faculty/Watson/Watson.html>

**Instruções:** Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente acerca de si próprio(a).

Se Concorda Totalmente, escreva CT. Se Concorda, escreva C. Se Discorda, escreva D. Se Discorda Totalmente, escreva DT.

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 1.  | Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros. |  |
| 2.  | Sinto que tenho um bom número de qualidades.   |  |
| 3.  | Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).                        |  |
| 4.  | Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.              |  |
| 5.  | Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.  |  |
| 6.  | Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a).                                  |  |
| 7.  | Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).                                   |  |
| 8.  | Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).                                    |  |
| 9.  | Por vezes penso que nada valho.  |  |
| 10. | Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.  |  |

### Pontuação:

|   |   |
|---|---|
| Para os itens 1,2,4,6,7   | Concorda Totalmente = 3, Concorda = 2, Discorda = 1, e Discorda Totalmente = 0. |
| Para os itens 3,5,8,9,10 (cuja val~encia se encontra invertida) | Concorda Totalmente = 0, Concorda = 1, Discorda = 2, e Discorda Totalmente = 3. |

A escala varia de 0-30, onde 30 indica a maior pontuação possível.

