



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Predição do Risco de Agressividade na Criança e
Adolescente em fase aguda da doença mental -
Intervenções de Enfermagem**

António Luís Tavares Teixeira Ferreira

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Predição do Risco de Agressividade na Criança e
Adolescente em fase aguda da doença mental -
Intervenções de Enfermagem**

Relatório de Estágio

Discente: António Luís Tavares Teixeira Ferreira

Docente: Maria Isabel da Costa Silva

2014

Agradecimentos

À Professora Isabel Costa e Silva, pela disponibilidade demonstrada na orientação e acompanhamento deste trabalho, pelos momentos de reflexão e crescimento pessoal e profissional.

Ao Professor António Nabais, pelo lançar do repto para a realização deste trabalho no contexto de Pedopsiquiatria, motivando e desafiando a procurar o melhor de mim.

Ao Dr. Roger Almvik e à Dra. Maria Isabel Marques, pela motivação e pelo suporte técnico-científico fornecido, sempre num clima de partilha e descontração.

Aos membros do European Violence in Psychiatry Research Group, pela partilha do *know-how* na temática do comportamento agressivo e do gosto pela investigação como um dos motores da evolução no Cuidar em Enfermagem.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência, pela partilha e suporte oferecido, pela colaboração e pelos seus ensinamentos, essenciais para o meu crescimento.

Aos Clientes aos quais prestei cuidados, pela partilha das suas vivências e sem os quais este percurso não era de todo possível.

Ao André, meu amigo, colega de profissão e de percurso académico, pelas nossas sessões de *brainstorming*, pela amizade, apoio e incentivo incondicional.

À minha família, em particular aos meus pais e ao meu irmão, pelo orgulho demonstrado naquele brilho no olhar, carinho e apoio incondicional...

A minha esposa Natália, pelas palavras de coragem e incentivo em todo este percurso, mas também, pelo seu intenso e caloroso apoio nos momentos mais difíceis, sendo sempre o meu “porto seguro”!

À minha filha Matilde, pelo tempo e atenção que lhe “roube”, mas que certamente um dia compreenderá...

A todos vós, o meu sincero Bem-Haja!

*“To the great questions...
I feel I must have a definitive clear cut and
if possible scientifically probable answer”.*

Eleanor Rathbone (1900)

RESUMO

Este relatório de estágio surge do desenvolvimento de um projecto de estágio no âmbito da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, com o intuito do desenvolvimento e consolidação das competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

Os comportamentos agressivos constituem a principal causa de atendimento de carácter emergente na infância e adolescência. Considerando a sua frequência, magnitude e complexidade, são vistos como um magno problema para os serviços de saúde, exigindo aos enfermeiros a realização de intervenções na prevenção e gestão dos mesmos.

Das várias intervenções de enfermagem documentadas na literatura, a avaliação do risco de agressividade tendo por base instrumentos de valor preditivo, constitui-se como uma intervenção estruturada e sistematizada, assim como uma boa prática de enfermagem, contribuindo para se evitar o recurso a métodos de âmbito restritivo, os quais tem inerente o risco de lesões, assim como a privação da liberdade dos clientes.

O estágio em contexto hospitalar teve como objectivo desenvolver competências na prevenção e gestão de comportamentos agressivos tendo por base a avaliação da predição do risco em crianças e adolescentes com doença mental aguda, internados num serviço de pedopsiquiatria.

Para tal, foi seleccionado um instrumento preditivo do risco de agressividade, a Brøset Violence Checklist e realizado um estudo de investigação referente às suas propriedades psicométricas em contexto de pedopsiquiatria, aferindo-se uma consistência interna de 0,725, uma sensibilidade de 85,7% e especificidade de 99,7%.

O estágio em contexto comunitário teve como objectivo desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na prevenção e gestão do comportamento agressivo em grupos de adolescentes.

Palavras-Chave: Infância e Adolescência; Enfermagem de Saúde Mental; Predição do Risco; Agressividade; Brøset Violence Checklist

ABSTRACT

This report arises within the specialist training course in mental health nursing and psychiatry, for the development and consolidation of specific skills of the specialist in mental health nursing.

Aggressive behaviors are the main cause of emergent treatment status in childhood and adolescence. Considering the frequency, magnitude and complexity, they are seen as a major problem for health services, requiring nurses to conduct interventions in their prevention and management.

The various nursing interventions documented in the literature, the risk assessment of aggressiveness based on instruments of predictive value was established as a structured and systematic intervention, as well as a good nursing practice, helping to prevent the use of restrictive methods, which have inherent the risk of injury, as well as the deprivation of clients freedom.

The stage in hospital context aimed to develop skills in the prevention and management of aggressive behavior based on the evaluation of risk prediction in children and adolescents with acute mental illness, hospitalized in a child psychiatry service.

To this end, we selected a predictive tool in the risk of aggression, Brøset Violence Checklist and conducted a research study related to its psychometric properties in the context of child and adolescent psychiatry, checking up an internal consistency of 0.725, a sensitivity of 85.7% and a specificity of 99.7%.

The stage in the community context aimed to develop skills in the nursing interventions psychotherapeutic context in the prevention and management of aggressive behavior among adolescents.

Key-words: Childhood and Adolescence, Mental Health Nursing; Risk Prediction; Aggression; Brøset Violence Checklist

SIGLAS

AACAP – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

APA – American Psychiatric Association

ARSLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

BVC – Brøset Violence Checklist

CFMHN - Canadian Federation of Mental Health Nurses

CNSM – Coordenação Nacional Saúde Mental

EESMP – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ISPN – International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses

NASMHPD – National Association of State Mental Health Program Directors

OE – Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

UIPIA - Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

RCEEEESM - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis	16
2.2. A Agressividade na Criança e Adolescente	21
2.3. A Predição do Risco de Agressividade	26
2.3.1. Brøset Violence Checklist	27
2.4. Intervenções de Enfermagem na Agressividade	29
3. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS EM ESTÁGIO	32
3.1. Contexto Hospitalar – UIPIA	32
3.1.1. Caracterização da UIPIA	34
3.1.2. Intervenções desenvolvidas	36
3.2. Contexto Comunitário - Hospital de Dia	50
3.2.1. Caracterização do Hospital de Dia	50
3.2.2. Intervenções desenvolvidas	51
4. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

Anexos

Anexo I – Brøset Violence Checklist, versão portuguesa (Marques *et al.*, 2004)

Apêndices

Apêndice I – Brøset Violence Checklist: Propriedades psicométricas numa Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência (Estudo de Investigação)

Apêndice II – Registo de interacção: A intervenção em crise –
Comportamento agressivo

Apêndice III – Reflexão: Intervenção no parasuicídio

Apêndice IV - Instrumento para a avaliação das dinâmicas de grupo

Apêndice V - Reflexão: O movimento como meio de intervenção

Apêndice VI – Plano de Sessão: Sessão de Movimento nº5 (Confiança, a
minha Foto)

Apêndice VII - Reflexão: A intervenção pelo relaxamento

Apêndice VIII – Tabelas de resultados extraídos em SPSS[®] decorrentes
da análise das propriedades psicométricas da BVC

LISTA DE QUADROS

		Pág.
Quadro 1	Sinais de alarme dos comportamentos agressivos	29
Quadro 2	Outras intervenções realizadas no âmbito do estágio de contexto hospitalar	47
Quadro 3	Intervenções de enfermagem realizadas em estágio, tendo por base a predição do risco de agressividade e as Fases de Agressividade	49

1. INTRODUÇÃO

A prestar cuidados de enfermagem no contexto de saúde mental há cerca de sete anos, reconheço a importância e a riqueza única de “estar em relação” com os Clientes, assim como a necessidade da formação contínua e da prática clínica como meio de consolidação das intervenções realizadas, contribuindo assim para a construção de uma identidade pessoal e profissional.

Nesta perspectiva e de acordo com Benner (2001, p.33), o “saber” e o “saber fazer” podem ser desenvolvidos e melhorados. Esta premissa foi o ponto de partida para a minha decisão de me especializar nesta área de intervenção, não só para alicerçar em termos teóricos o conhecimento prático e clínico já adquirido, mas também para ter a oportunidade de desenvolver novas capacidades e competências de intervenção, em outras áreas desconhecidas para mim até então.

A necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos a um nível mais avançado, levaram-me a frequentar o Mestrado de natureza profissional, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), ministrada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O caminho percorrido no Curso de Mestrado na área de EESMP remete para a evidência da prestação de cuidados de enfermagem especializados ao Cliente, família e grupos sociais, ao longo de todo o seu ciclo vital, reflectindo-se na organização funcional da profissão e nas dinâmicas de intervenção.

Associada a esta especificidade, encontra-se inerente uma perspectiva de reflexão sobre os construtos ou pressupostos que orientam a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental, quer seja num contexto académico de partilha com os pares, quer nos vários contextos clínicos de estágio, conduzindo assim à construção da experiência pessoal e profissional pela reflexão do vivido, do experienciado.

O Projecto de Estágio centra a sua temática numa problemática pertinente para a minha prática de cuidados diários: o Cliente com comportamentos agressivos.

Ainda que preste cuidados de enfermagem no contexto de adultos, a decisão de realizar o estágio na área de pedopsiquiatria, ou seja, nas etapas de vida da infância e adolescência, foi desde o início, um desafio colocado a mim próprio. Tal escolha derivou do facto de, por diversas vezes, ter tido Clientes com acompanhamento prévio na valência de pedopsiquiatria. Questionava-me assim, como teria sido o acompanhamento destes Clientes e qual o papel desempenhado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM), suscitando em mim várias questões com necessidade de resposta. Ainda que inicialmente pudessem ter surgido algumas dúvidas face a este desafio que coloquei a mim próprio, considero que a realização do mesmo na vertente da infância e adolescência, permitiria um maior desenvolvimento pessoal e profissional, constituindo-se como determinante não só para a aquisição das competências específicas do EEESM, mas também para o desenvolvimento e implementação do Projecto de Estágio.

Neste sentido, este trabalho foi desenvolvido centrando-se nas etapas de vida da infância e adolescência. Estas etapas, pela sua especificidade no desenvolvimento humano, têm associadas uma vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de patologia do foro mental (Meleis, 2005, WHO, 2010), constituindo-se como uma área chave de preocupação para os profissionais e decisores políticos. Nesta perspectiva, a WHO declara no seu documento *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*, que muitas destas patologias são recorrentes e crónicas, podendo ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta, assim como conduzir a grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos, quer financeiros (WHO, 2001 e WHO, 2005, citados por Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Por sua vez, a American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) e a WHO Região Europeia, citadas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, realçam a problemática da saúde mental na infância e adolescência, assim como a acessibilidade aos serviços de saúde, salientando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental, tendo esta proporção tendência

para crescer. Além disso, muitas destas crianças e adolescentes têm problemas de saúde mental que podem ser considerados subliminares, pois não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas que estão também em sofrimento, podendo beneficiar de intervenções especializadas com o intuito de se promoverem estratégias de resiliência, como meio de impedir o estabelecimento e/ou manutenção da doença (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

Considerando a infância e a adolescência como períodos críticos de desenvolvimento no ciclo de vida, associados a uma vulnerabilidade acrescida face ao desenvolvimento de patologias do foro mental (Meleis, 2005; WHO, 2010), existe também uma tendência crescente para o recurso a contextos de internamento, como meio para permitir a recuperação da saúde e a autonomia, constituindo-se assim estas faixas etárias como áreas chave de preocupação para os profissionais de saúde. Tal preocupação é expressa por Matos (2012), ao referir que as perturbações emocionais do adolescente, os desvios de comportamento na juventude e as doenças mentais que se apresentam nesta faixa etária constituem, pela sua frequência, gravidade social e complexidade de tratamento, um magno problema para os serviços de saúde mental.

Quando analisada na literatura a relevância das principais problemáticas da área da saúde mental e psiquiatria, verificamos que os comportamentos agressivos constituem a principal causa de atendimento de carácter emergente na infância e adolescência, tratando-se contudo, de um sinal pouco específico (Crocker *et al*, 2010; Scivoletto *et al.*, 2010).

A magnitude e pertinência desta problemática reside, essencialmente, no facto da maioria das agressões praticadas durante a adolescência e a idade adulta, estarem intimamente ligadas a jovens que manifestaram uma conduta agressiva desde a sua infância (Barry e Lochman, 2004; Department of Community Services, 2004). Os mesmos autores referem ainda, que o melhor preditor comportamental de condutas agressivas na adolescência e idade adulta, é fornecido por um padrão de agressão física frequente no contexto escolar da infância.

Transpondo para o contexto de internamento de psiquiatria, Barzman *et al.*, (2012) aludem para o fenómeno frequente da agressividade em crianças e adolescentes internados em fase aguda de doença mental. Por sua vez, Abderhalden *et al.*, (2006), Stewart *et al.*, (2009) e Fluttert *et al.*, (2010), mencionam que a ocorrência de incidentes agressivos em contexto de patologia aguda constituem um sério problema, podendo gerar um impacto efectivo na saúde, nos Clientes e nos profissionais.

Nesta perspectiva, são necessários métodos para avaliar adequadamente o risco de agressividade, a fim de reduzir a incidência de episódios agressivos, os quais induzem a interrupção do *milieu thérapeutique* necessário à recuperação dos Clientes (Cocker *et al.*, 2010; Barzman *et al.*, 2012). O recurso a métodos de predição do risco de agressividade permite uma intervenção estruturada e de âmbito preventivo, constituindo-se efectivamente como uma boa prática de enfermagem (Almvik, 2008).

Este relatório pretende reflectir sobre o trabalho realizado no contexto do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), no período de 30 de Setembro a 19 de Dezembro de 2013 e no Hospital de Dia da Adolescência, no período de 3 de Janeiro de 2014 a 11 de Abril de 2014, com a finalidade de desenvolver e consolidar competências de acordo com o perfil de competências específicas do EEESM emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010).

Neste sentido, é assim realizada uma reflexão entre o que foi proposto no Projecto de Estágio com o que foi desenvolvido ao longo do período temporal supracitado. Para tal, este trabalho encontra-se sustentado num corpo de conhecimentos teóricos e científicos relevantes, tendo por base a problemática de cuidados de enfermagem – Predição do Risco de Agressividade na Criança e Adolescente em fase aguda da doença mental: Intervenções de Enfermagem – a qual está alicerçada no Modelo das Transições de Afaf Meleis, bem como numa revisão da literatura.

O estágio na UIPIA constitui-se como uma parte central do presente relatório, na medida em que se pretendeu implementar a realização da predição do risco de agressividade na população-alvo dos cuidados de enfermagem: a criança e o

adolescente. Neste local de estágio, pretendeu-se desenvolver competências na prevenção e na gestão de situações de crise relativas aos comportamentos agressivos, concretizadas em intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico, alicerçadas na prática tutelada pelo EEESM.

Para tal, foi aplicado um instrumento de predição do risco de agressividade, a Brøset Violence Checklist (BVC) (Almvik e Woods, 2003), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Marques *et al.*, (2004). Decorrente deste processo de aplicação da BVC na UIPIA, houve necessidade de realizar um estudo de investigação com o intuito de analisar as propriedades psicométricas no contexto de pedopsiquiatria da infância e adolescência, o qual, dada a sua extensão se encontra em apêndice neste documento.

Relativamente ao estágio de vertente comunitária, realizado no Hospital de Dia da Adolescência, pretendeu-se desenvolver competências ao nível das intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico em contexto de ambulatório na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em adolescentes.

Relativamente à organização deste relatório, ele encontra-se dividido em três partes. A primeira parte integra o enquadramento conceptual da problemática e o quadro de referência de enfermagem que sustentam a análise e as intervenções desenvolvidas. Por sua vez, na segunda parte, relatam-se as intervenções, apresentam-se e discutem-se os resultados, as experiências e as reflexões decorrentes, fundamentais ao crescimento e conhecimento pessoal e profissional, bem como a mobilização das competências específicas do EEESM. Por fim, são apresentadas as conclusões, as quais abordam ainda as limitações e dificuldades encontradas, assim como as questões emergentes decorrentes deste percurso.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo apresenta o enquadramento conceptual que fundamenta este trabalho. Para tal, foram mobilizados diversos conceitos entre os quais a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a Agressividade na Criança e Adolescente, a Predição do Risco de Agressividade e as Intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão da agressividade.

2.1. A Teoria das Transições – Afaf Meleis

Desde o nascimento à morte, o ser humano experiencia um contínuo de sucessões de passagens entre as várias fases que compreendem a sua vida, as quais para serem ultrapassadas requerem cuidados (Collière, 2003).

Estas passagens entendem-se como acontecimentos determinantes na vida, que por sua vez se altera, deixando de ser exactamente como era. Estes acontecimentos de vida são constituídos por determinantes biológicas e ambientais, que afectam as pessoas sem que haja uma homogeneidade individual. Assim, através da sua ocorrência, é evidenciado que cada pessoa é única e reage de um modo singular (Vandenplas-Holper, 2000). Contudo, as mudanças operadas pelas diferentes passagens não são exclusivamente processos de saúde-doença, pois, fases da vida tais como a infância, a adolescência, a maternidade e a terceira idade são exemplos de diferentes etapas que, não se constituindo como doença, necessitam de cuidados inerentes às mesmas.

As passagens entre as várias fases da vida implicam assim uma perda, um luto com o seu estado anterior, uma fractura perante o que acontecia até então, ocorrendo uma crise, compreendida como um momento de turbulência e instabilidade que pode ser ultrapassado de forma adequada ou não, isto é, pode contribuir para o

desenvolvimento do indivíduo ou de forma oposta, para o seu declínio ou cisão. Apesar de serem esperados e previsíveis, estes momentos compreendem um grande *stress* pelo que se consideram momentos de crise natural (Alarcão, 2006).

Estas passagens são denominadas por Meleis (2005) como *transições*. Por transição entende:

“passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interacção entre pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta”. (Chick e Meleis, 1986, p.239-240 citado por Magalhães, 2011).

Neste sentido, uma transição envolve uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, expectativas e capacidades, o que pode requerer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere hábitos e comportamentos ou até que mude a definição do *Self* no seu contexto social (Meleis, 2005).

Centrando-se o trabalho apresentado neste relatório nas etapas da infância e adolescência, será importante definir estas etapas do ciclo de vida, ainda que de autor para autor existam ligeiras diferenças quanto ao seu enquadramento temporal.

Assim, a infância é definida como sendo o período compreendido entre o nascimento e os 12 anos de idade, antecedendo a puberdade (David, 2008). Por sua vez, a adolescência é a designação utilizada para uma fase do desenvolvimento humano situada entre os 13 e os 18 anos (Ferreira e Nelas, 2006), caracterizada por transformações físicas e psicológicas, tendo em si períodos de instabilidade emocional, crise e conflitos. A adolescência é também descrita pela idade da passagem da infância para a vida adulta. É assim habitual, referir-se que o adolescente é criança e adulto ao mesmo tempo (Marcelli & Braconnier, 2007).

Decorrente das inúmeras mudanças experienciadas pela criança e adolescente no seu desenvolvimento, existe uma maior propensão para o aparecimento de patologia do foro mental nestas etapas de vida (Meleis, 2005; WHO, 2010), verificando-se uma

complexidade crescente na necessidade das respostas dadas pelos profissionais de saúde, a fim da sua resolução.

Actualmente, perante esta complexidade crescente verificada na prestação de cuidados, o conhecimento decorrente das transições humanas tem-se assumido cada vez mais, como um conceito essencial na Enfermagem, um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes fases do seu ciclo de vida.

Assim, o enfermeiro interage com o Cliente, o qual se insere num contexto sócio-cultural particular, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interacção enfermeiro/Cliente centra-se em torno de uma intenção que conduz a acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2005).

Na Teoria das Transições são identificados três tipos de *transições*: as *transições de desenvolvimento* (inerentes ao desenvolvimento e/ou ao ciclo vital, incorporadas no crescimento da pessoa e nas alterações ou redefinição de papéis), *transições situacionais* (relacionadas com alterações/redefinição de papéis), e as *transições de saúde/doença* (alterações súbitas nos papéis associadas a processos patológicos). Embora estes tipos de transições possam ser distintos, eles podem ocorrer de forma simultânea (Meleis, 2005, 2010).

Contudo, as transições não remetem apenas para a mudança operada, mas também para todo o caminho ou processo a percorrer para integrar de forma homeostática essa mesma mudança no *Self* do indivíduo.

De acordo com Meleis (2005, p. 109) a Enfermagem:

“nursing does not deal with transition of an individual, a family, or a community in a isolation from an environment. How human beings cope with transition and how the environment affects that coping are fundamental questions for nursing.”

Da Teoria das Transições (Meleis, 2005), fazem ainda parte da mesma, outros conceitos estruturais para a Enfermagem como: *Cliente*, *Interacção*, *Ambiente*, *Processo de Enfermagem*, *Intervenções Terapêuticas* e *Saúde*.

Segundo a autora (2005, p. 107), estes conceitos são interdependentes, pois tal como afirma:

“it is proposed that the nurse interacts (interaction) with a human being in a health/illness situation (nursing client) who is in an integral part of his sociocultural context (environment) and who is in some sort of transition or is anticipating a transition (transition); the nurse-patient interactions are organized around some purpose (nursing process, problem solving, holistic assessment, or caring actions), and the nurse uses some actions (nursing therapeutics) to enhance, bring about, or facilitate health (health)”.

Para Meleis (2005, p. 107), o *Cliente* de enfermagem é definido como

“... as a human being with needs who is in constant interaction with the environment and has an ability to adapt to that environment, but due to illness, risk, or vulnerability to potential illness, is experiencing disequilibrium or at risk of experiencing disequilibrium.”

Assim, o conceito de interacção é vasto, pois refere-se também à relação estabelecida com o ambiente ou meio. Deste modo, o enfermeiro direcciona a interacção não só para o Cliente mas também para a manutenção, monitorização, regulação e mudança do ambiente. Deste conceito emerge ainda o modo como o enfermeiro, pela interacção, avalia os recursos e necessidades do Cliente, desenvolve e implementa as intervenções terapêuticas (Meleis, 2005).

Por sua vez, o *Ambiente* abarca os sistemas sociais, a família, a cultura, os contextos de proximidade, incluindo também os próprios profissionais de saúde. O ambiente deverá assim, ser facilitador ou potenciar a recuperação do autocuidado e das competências afectadas, decorrentes das múltiplas transições que a pessoa experiencia (Meleis, 2005).

Outro dos elementos constituintes da Teoria das Transições é o *Processo de Enfermagem*, o qual é definido por Meleis (2005, p.113), como “(...) a framework for nursing practice and nursing education (...) a central concept in the domain of nursing”. O processo de enfermagem é constituído pelo processo de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e prestação de cuidados. Nele, o enfermeiro pode procurar

quais as abordagens mais eficazes perante os diagnósticos de enfermagem encontrados, à luz do trabalho de vários teóricos de enfermagem.

As *Intervenções Terapêuticas* constituem o cerne do processo de enfermagem, sendo definidas como todas as acções ou actividades de enfermagem intencionais realizadas no Cuidar do Cliente. Tendo por base uma perspectiva de transição, os objectivos das intervenções terapêuticas constituem-se como um processo para “facilitate healthy transition processes, to decrease unhealthy transitions, and to support positive process indicators” Meleis (2010, p. 135). Nesta perspectiva, as intervenções de enfermagem, pretendem maximizar as capacidades do Cliente, já presentes e/ou com potencial, ou contribuir para a restauração dos níveis óptimos de saúde, funcionalidade e auto-realização (Meleis, 2005).

Relativamente ao conceito de *Saúde*, Meleis (2005) define-o como “as more than the absence of disease (...) as a internal homeostasis, (...) as adaptation, health as performing roles and functions (...), is viewed in terms of awareness, personal control, personal empowerment, and mastery over body”.

Em suma, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e auto-redefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004; Kralik, Visentin e Loon, 2006 citado por Magalhães, 2011).

Transpondo para o contexto específico deste trabalho, decorrente do processo de transição, a criança ou adolescente pode experienciar sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e instabilidade, gerando assim períodos de *stress* acrescido, os quais podem constituir um desafio às suas competências e capacidades. Inerente aos desafios colocados nestes períodos de desenvolvimento, encontra-se associada uma maior propensão para o desenvolvimento de patologias do foro mental, as quais quando instaladas, podem manifestar-se por sinais ou comportamentos os quais não são socialmente aceites, entre eles a agressividade.

À luz da Teoria das Transições (Meleis, 2005), compreende-se que a vivência de uma situação de agressividade pode ser tida como uma transição situacional e/ou transição saúde/doença. Contudo, tendo em conta que este trabalho se situa nas etapas de vida da infância e adolescência, podem ainda ser consideradas as transições do tipo

desenvolvimental. Verifica-se assim, a ocorrência de múltiplas transições num período de tempo, indo ao encontro do que é referido pela autora (2005).

Os enfermeiros são assim os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, colaborando e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas que promovam respostas positivas (Meleis *et al.*, 2000, citado por Magalhães, 2011).

Estas respostas positivas têm em si inerente a intervenção do EEESM. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEEESM), este

“compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do Cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2010, p.1).

Nestas situações, em que a pessoa se encontra a viver processos de transição geradores de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, indutores de processos de sofrimento mental como a manifestação de comportamentos agressivos, “emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados (...) diminuindo significativamente o grau de incapacidade” (Nabais, 2008, p. 39).

2.2. A Agressividade na Criança e Adolescente

A agressividade é um conceito difícil de definir pelas suas influências subjectivas, tratando-se de um constructo multideterminado e inerente ao ser humano, estudado e descrito por vários teóricos, à luz de diferentes correntes e perspectivas de

pensamento, não existindo um conceito universalmente aceite para a suportar (Farrell e Winnicott, 1997 citado por Gomez, 2005).

Contudo, sendo a agressividade inerente ao ser humano (Filliozat, 1997), ela pode ser definida como um comportamento adaptativo, entendido como a utilização de força física ou verbal em reacção a uma percepção de ameaça ou sentimentos de frustração (Niehoff, 1999 citado por Kristensen *et al.*, 2003; Gagliotto *et al.*, 2012). Quando a agressividade é transposta para os processos de competitividade entre a espécie humana, ela pode ainda ser entendida como constitutiva, subjetiva, necessária, ou mesmo criativa (Pietro e Jaeger, 2008 citados por Gagliotto *et al.*, 2012).

A manifestação de comportamentos agressivos pode ainda estar associada a factores inerentes ao desenvolvimento sócio-emocional, assim como a condicionantes patológicas, as quais podem surgir na infância e na adolescência (Barros e Silva, 2006; Townsend, 2011; Varcarolis, 2013).

Ao invés da agressividade, a violência é definida como um comportamento utilizado para fins destrutivos, constituindo-se como um processo de anulação do outro. É assim, um comportamento intencional, uma escolha própria (Anderson e Bushman, 2002).

As designações “agressividade” e “violência” constituem assim, expressões para descrever comportamentos que, se forem persistentes e repetitivos, podem ser associados a um padrão de “comportamento difícil”, “alteração do comportamento”, ou, até mesmo de “perturbação do comportamento”. A American Psychiatry Association (APA) (2002) classifica esta última definição como uma perturbação que surge, habitualmente, na primeira/segunda infância ou na adolescência. Neste sentido, também a Coordenação Nacional de Saúde Mental – CNSM (2008), refere-se à perturbação do comportamento na criança como um “grupo complexo de situações” (p.22), identificadas por um padrão persistente de “dificuldade em aceitar regras; passagens aos actos agressivos, desencadeadas frequentemente por situações de frustração e comportamentos anti-sociais de gravidade variável” (p.22).

Ainda neste sentido, alguns autores como Bion (1965) citado por Verzignasse (2008) aludem para o comportamento de *acting out* ou passagem ao acto na infância e

adolescência, como um mecanismo de comunicação não-verbal e de defesa contra a ansiedade, mas também de descarga ou alívio da tensão interna do *Self*.

Relativamente à causalidade, os padrões disruptivos do comportamento manifestados pela criança e adolescente são multideterminados, desenvolvendo-se a partir de interações complexas entre o seu temperamento, o seu ambiente, factores psicológicos, sociais e neurobiológicos, os quais, podem estar associados simultaneamente. Por exemplo, a criança e o adolescente proveniente de ambientes familiares pouco estruturados, caóticos ou violentos, podem reagir agressivamente a situações de *stress* ou de confronto.

O uso de drogas, em particular nos adolescentes, é também um precipitante de comportamentos disruptivos e agressivos, quer pela diminuição do discernimento, aumento da irritabilidade e desinibição comportamental que provocam, como pela exposição a situações ameaçadoras (Thomas e King, 2002 citado por Queirós, 2008).

A alteração do comportamento manifestada por auto ou heteroagressividade, pode ser resultado de uma reagudização de um transtorno pré-existente ou a primeira crise que determina o início de um quadro do foro psiquiátrico. Contudo, mesmo sem a presença de um quadro clínico psiquiátrico, a criança/adolescente pode apresentar comportamentos agressivos reactivos a situações de crise familiar, social ou pessoal, sendo nestes casos geralmente crises isoladas (Scivoletto *et al.*, 2010).

Ainda neste sentido, Queirós (2008) refere que um importante factor de risco para o aparecimento de alterações do comportamento e crises de agressividade é a existência de dificuldades no controle de impulsos. Para Varcarolis (2013), a impulsividade é um sintoma comum a diferentes quadros psiquiátricos como: perturbação de hiperactividade e défice de atenção, mania, perturbação da conduta, deficiência mental, autismo e outras perturbações do desenvolvimento, estados psicóticos especialmente os que são caracterizados por mania, conteúdos paranóides ou alucinações de comando, que também se associam a comportamentos agressivos.

Em suma, a criança e o adolescente podem expressar comportamentos agressivos por diversos factores entre os quais:

querer receber ou chamar atenção para si; expressar as suas dificuldades de adaptação ou de compreensão do mundo em que vive; ser compreendida na sua maneira peculiar e simples de ser; expressar sentimentos de raiva legítimos por causas reais e imediatas; expressar sentimentos de raiva legítimos por causas conhecidas ou não, de factos já acontecidos e não assimilados; expressar sentimentos de insegurança, inferioridade, baixa auto-estima; expressar a sua ansiedade por não entender o funcionamento do esquema social em casa, na escola, onde quer que ela viva; expressar sentimentos de rejeição, devido a ninguém lhe dar a devida atenção ou valor; expressar a sua inabilidade em expressar os seus profundos e verdadeiros sentimentos com relação às pessoas e situações; expressar identificação com a figura paterna ou materna repetindo comportamentos agressivos que observa constantemente; expressar ciúmes em situações que envolvam irmãos ou pessoas com as quais tenha que dividir a atenção e o amor dos pais; auto-afirmar-se em situações que envolvam disputas de poder: no lar, entre irmãos ou na escola, entre os colegas (Locatelli, 2004, p. 59-60 citado por Gagliotto *et al.*, 2012).

Em suma, a agressividade pode ter na sua causa, factores internos, externos e situacionais (Anderson e Bushman, 2002; Duxbury, 2003). Contudo, face à gravidade associada ao comportamento evidenciado, a agressividade exige que seja analisada numa perspectiva a longo prazo.

De salientar que para os autores Barry e Lochman (2004) e Department of Community Services (2004), a magnitude e pertinência da problemática reside no facto de a maioria das agressões cometidas durante a adolescência e a idade adulta estarem intimamente ligadas a jovens que manifestaram uma conduta agressiva desde a sua infância. Estes autores referem ainda que o melhor preditor comportamental de condutas agressivas na adolescência e idade adulta é fornecido por um padrão de agressão física consistente no contexto escolar da infância.

Em consonância com a magnitude e pertinência referidas anteriormente, também a temática da agressividade em contextos de saúde mental tem sido alvo da atenção de grupos profissionais e agências governamentais (Bowers *et al.*, 2009), tendo sido desenvolvidos esforços ao nível das políticas de saúde. Em Portugal, podem ser constatados esses esforços em documentos emanados pela Direcção Geral de Saúde (DGS) tais como a Circular Informativa n.º 15/DSPCS (2006), a Circular Normativa n.º

08/DSPSM/DSPCS (2007) ou mais recentemente a Orientação nº 21 (2011), ou o Parecer nº229/ 2009 da OE (2009^b).

Neste sentido, a agressividade é inevitável (Whittington e Richer, 2006), fazendo parte da condição humana, afectando inerentemente os profissionais e Clientes das instituições prestadoras de cuidados de saúde (Abderhalden *et al.*, 2002; Duxbury *et al.*, 2006; Maguire e Ryan, 2007; Abderhalden, 2008; Bilgin, 2009).

Contudo, sabemos pouco acerca do fenómeno da agressividade em termos de frequência, das suas causas ou consequências (Almvik, 2008). Este autor (2008) destaca ainda que os estudos existentes ilustram a magnitude deste problema, mas aparentemente expõem a inexistência de estudos bem desenhados, com recurso a instrumentos de avaliação estandardizados para avaliação da agressividade.

A elevada prevalência de incidentes agressivos, assim como eventuais repercussões físicas e mentais para os Clientes, indica-nos de forma clara a necessidade de estudos e métodos que possam prever e conseqüentemente prevenir a ocorrência de comportamentos agressivos. A fim de reduzir a problemática da agressividade nas unidades de psiquiatria, são necessários bons métodos de avaliação do risco, usando quer a informação clínica, quer a informação sistemática de forma a orientar as intervenções e prevenir novos episódios de agressividade (Almvik, 2008).

A monitorização contínua dos incidentes nos serviços pode ser útil para detectar factores precursores e promotores do comportamento agressivo. Alguns dos documentos consultados, apontam a avaliação do risco como sendo uma intervenção de enfermagem. Neste sentido, a Canadian Federation of Mental Health Nurses - CFMHN (2006), menciona-a no seu documento Canadian Standards for Psychiatric Mental Health Nurses, como uma boa prática de enfermagem, sendo que o enfermeiro deve “avaliar continuamente e antecipar potenciais necessidades e riscos” (p. 13).

Contudo, apesar de uma maior atenção para com esta temática nas últimas décadas, não é consensual o que define o risco (McClelland, 1995; Holdsworth, Collis e Allott, 1999 citado por Almvik, 2008), sendo por isso, a predição do risco uma actividade difícil e complexa.

2.3. A Predição do Risco de Agressividade

Estimar ou predizer o risco de um comportamento agressivo consiste em avaliar a probabilidade de um Cliente desenvolver comportamentos agressivos, tendo por base os factores (preditores) de risco estáticos e dinâmicos (Pueyo e Illescas, 2007 citado por Marques *et al.*, 2012).

Os preditores estáticos centram-se nos factores históricos de agressão anterior e recente por parte do Cliente, não se modificando em função das intervenções levadas a cabo (Bullard, 2001 e Haggard-grann, 2005 citados por Marques *et al.*, 2012). Por sua vez, estes mesmos autores (2012) referem-se aos preditores dinâmicos como sendo sinais de alerta que indiciam a impropriedade destes comportamentos, podendo incluir algumas manifestações psicopatológicas e variáveis relacionadas com “alterações mentais” e que podem ser submetidos a intervenções adequadas.

Ainda que alguns episódios agressivos possam ocorrer espontaneamente, a maioria destes episódios apresentam sinais de alarme ou preditores dinâmicos que respeitam um escalamento, isto é, uma agudização observável do comportamento (Stuart e Laraia, 2005; Townsend, 2011). Os enfermeiros, estando em interacção com o Cliente por longos períodos de tempo, avaliam a maioria dos incidentes agressivos como previsíveis, baseando-se na observação clínica do Cliente antes da ocorrência do incidente (Almvik, 2008; International Society of Psychiatric Mental Health Nurses - ISPN, 2010).

Neste sentido, Abderhalden *et al.*, (2006) e Almvik (2008) apontam para o enfoque da monitorização contínua dos incidentes nos serviços como a intervenção para permitir a detecção de factores precursores e promotores do comportamento agressivo. Previsivelmente, o acréscimo de opções para intervenção será possível aquando de um aumento de conhecimento acerca de quando os Clientes poderão adoptar um comportamento agressivo, prevenindo-se assim o risco do mesmo ocorrer.

Assim, centrando a avaliação da predição do risco de agressividade na observação do Cliente pelo enfermeiro, determinados autores como National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2004) e CFMHN (2006), reforçam que a mesma tem

de ser vista como uma intervenção essencial, possibilitando a mais importante das intervenções, na gestão terapêutica do comportamento agressivo.

Contudo, para que essa avaliação/monitorização seja estruturada e sistematizada, são necessários instrumentos devidamente validados e que permitam uma avaliação da predição do risco de aparecimento de um comportamento agressivo.

Para Abderhalden *et al.*, (2008), a predição do risco de comportamento agressivo adquire particular relevância quando é considerada a necessidade de uma intervenção precoce e sistematizada por parte do enfermeiro, quer seja ela uma intervenção terapêutica de âmbito farmacológico ou não farmacológico. Assim, uma intervenção precoce tendo por base a quantificação do risco por uma metodologia de âmbito preditivo, terá sempre implícita a finalidade de se evitar o recurso às várias técnicas de contenção/restricção, inerentemente ligadas à probabilidade de lesões físicas e psicológicas no Cliente, assim como à privação da liberdade do mesmo, com implicações éticas inerentes (Sande *et al.*, 2011).

Contudo, para que tal seja possível, é necessário recorrer a instrumentos de predição do risco de comportamento agressivo a curto prazo, isto é, referentes às próximas 24 horas. De seguida, é apresentado um instrumento deste tipo, a Brøset Violence Checklist - BVC (Almvik e Woods, 2003).

2.3.1. Broset Violence Checklist - BVC

Das pesquisas realizadas nas bases de dados da Ebsco®, identificaram-se diversos instrumentos de predição de risco de agressividade, desde a predição do risco a curto prazo (24 horas), destinada a unidades de internamento, até à predição a médio e longo prazo (6 meses a 1 ano), mais comum na reinserção de Clientes na sua comunidade. Contudo, este documento centra-se na predição a curto prazo, pois esta é a que mais se adequa à prática clínica dos enfermeiros. Dos instrumentos identificados, apenas a BVC (Almvik e Woods, 2003) se encontra traduzida para a língua portuguesa por Marques *et al.*, (2004) (anexo I).

A BVC é um instrumento do tipo preditivo a curto prazo, com o objectivo de prever o risco de agressão física nos Clientes com patologia do foro mental num período de 24 horas após a avaliação, tendo por base a observação do enfermeiro (Almvik e Woods, 2003). Esta escala foi desenvolvida tendo por base o trabalho de Linaker e Bush-Iversen (1995), no qual, após a análise de diversos estudos em contexto de psiquiatria forense e de patologia mental em fase aguda, identificaram os seis itens (preditores dinâmicos) mais vezes citados como factores de risco observados pelos enfermeiros, que antecederam comportamentos agressivos dos Clientes. Estes seis itens comportamentais foram divididos em dois grupos de variáveis referentes às características do Cliente (confusão, a irritabilidade, o ruído) e ao seu comportamento (ameaças físicas, as ameaças verbais e o ataque a objectos).

Os itens da BVC são pontuados ordinalmente, com 0 na sua ausência e 1 na sua presença, podendo o *score* obtido variar entre 0 e 6 (Clarke *et al.*, 2010). Em relação à interpretação dos valores obtidos, o mesmo autor refere que um *score* de 0 corresponde a baixo risco, de 1 a 2 corresponde a risco moderado devendo ser tomadas medidas preventivas e um *score* igual ou superior a 3 corresponde a alto risco, exigindo medidas preventivas para um possível comportamento agressivo.

Quanto à aplicação da BVC, esta deve ser realizada a cada turno até aproximadamente 2 horas após o enfermeiro ter iniciado interacção com os Clientes, a fim de validar a presença de algum dos itens do instrumento (Almvik *et al.*, 2000).

A BVC foi validada para contextos de saúde mental, em particular o contexto forense e o de doença mental aguda, possuindo propriedades psicométricas consistentes, tendo de acordo com NICE (2004), uma sensibilidade de 74%, especificidade de 91% e um valor preditivo de 85%, possuindo assim, uma boa capacidade discriminatória.

Relativamente a Portugal, este instrumento foi traduzido por Marques *et al.*, (2004), tendo já sido realizado um trabalho de investigação por estes autores no qual se estudaram as propriedades psicométricas do instrumento em contexto de patologia mental aguda em adultos, destacando-se uma sensibilidade de 77% e uma especificidade de 100%. Estes resultados foram divulgados no I Encontro

Internacional de Saúde Mental, realizado em Coimbra, em 2012, aguardando contudo, a sua publicação em artigo científico.

2.4. Intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão da agressividade

Na literatura consultada são identificadas uma variedade de intervenções para prevenir e gerir o risco de violência e de auto e heteroagressividade (Sande *et al.*, 2011). Apesar disso, estas intervenções permanecem como um desafio para os profissionais (Stubbs e Dickens, 2008; Bonner e Wellman, 2010), podendo a gestão eficaz de situações críticas, como o risco para a auto e heteroagressividade, serem denominadas de emergências psiquiátricas (CFMHN, 2006).

As intervenções de enfermagem na prevenção e gestão da agressividade encontram-se associadas com as três fases da violência e da agressividade, sendo elas denominadas de fase de relativa normalidade, fase de pré-agressão e fase de ataque (Chason e Mandley, 1999).

Na primeira fase, a intervenção centra-se na observação do Cliente a fim de identificar um potencial agressivo através de comportamentos manifestados ou sinais de alarme tal como se pode observar no quadro 1, conduzindo-se assim a uma intervenção precoce (Chason e Mandley, 1999; NICE, 2004; Stuart e Laraia, 2005; Townsend, 2011).

Quadro 1: Sinais de alarme dos comportamentos agressivos (Townsend, 2011)

Postura corporal e facial tensa	Contacto ocular intenso ou evitamento
Desconforto intenso	Agitação psicomotora
Voz elevada	Comportamentos passivo-agressivos
Rubor facial	Ameaças físicas ou verbais
Alteração do conteúdo do pensamento	Ansiedade, pânico

A intervenção precoce constitui-se como o elemento chave desta fase na gestão efectiva dos incidentes críticos/intervenção em crise e na provisão dos cuidados adequados na agressividade (Bakalis *et al.*, 2003 citado por Koukia *et al.*, 2009). De

acordo com NICE (2004), a observação deve ser entendida como o “núcleo das competências de enfermagem” e constitui-se como a intervenção primária no reconhecimento, prevenção e gestão terapêutica dos comportamentos agressivos.

Ainda nesta fase inserem-se intervenções de distração ou dessensibilização, que têm como objectivo evitar a escalada da agressividade e a redução da tensão, sendo elas as técnicas comunicacionais de “*de-escalation*” e as abordagens de “*slowdown*”, sendo esta última realizada com o intuito de permitir uma desaceleração da velocidade de tomada de decisão e das reacções emocionais do Cliente.

Também Duxbury (2002) citado por Ferreira e Florindo (2011), considera que a intervenção mais adequada na problemática da agressividade nas unidades de internamento de saúde mental passa pelo recurso a medidas preventivas, tais como as técnicas comunicacionais de inversão da escalada ou “*de-escalation techniques*”. Sendo estas técnicas iniciadas ainda numa fase precoce e com um intuito preventivo, elas devem ser mantidas como medidas de suporte ao longo de toda a intervenção, inclusive noutras fases de maior potencial agressivo tais como as fases de pré-agressão e fase de ataque (NICE, 2004), combinando-se assim o recurso a outras estratégias de intervenção com medidas comunicacionais adequadas (Ferreira e Florindo, 2011).

No recurso a este tipo de técnicas, pode ainda ser realizada a deslocação do Cliente para outro espaço (dessincronização), a fim de permitir uma maior interacção (engagement) e privacidade (NICE, 2004). A dessincronização para outro espaço pode ainda ser realizada noutras fases de intervenção.

Na segunda fase, a fase de pré-agressão, as intervenções têm como objectivo inverter a escalada de um potencial agressivo já instalado (Chason e Mandley, 1999). Esta fase compreende intervenções como divergir, distrair e deflectir o Cliente, isto é, redireccionar a agressividade para outros alvos através da realização de actividades sociais/recreativas. Nesta fase podem ainda ser realizadas intervenções do tipo comportamental tais como técnicas aversivas (permitir o confronto com os estímulos negativos da agressividade através de inversões de papéis, por exemplo); reforço diferencial dos comportamentos (ênfatar/reforçar a adopção de comportamentos

desejáveis em detrimento de outros) e programação comportamental hoje/amanhã (ênfatisar o comportamento de hoje, determinando os privilégios de amanhã). Por fim, nesta fase podem ainda ser realizadas técnicas de âmbito cognitivo-comportamental, tais como o controlo da raiva e técnicas de redução de *stress* (Chason e Mandley, 1999).

Na terceira e última fase, a fase de ataque, na qual existe a manifestação de um comportamento agressivo, compreendendo intervenções como o isolamento, contenção física, contenção mecânica e contenção farmacológica (Chason e Mandley, 1999).

Transpondo para a Teoria das Transições, as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma acção interventiva sistematizada ao longo do processo de transição, precedida pela compreensão do fenómeno (propriedades e condições inerentes). Simultaneamente, devem proporcionar *empowerment* e conhecimento ao Cliente, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas do Cliente e da sua família (Meleis *et al.*, 2000).

Remetendo para a problemática deste projecto e considerando a agressividade como uma manifestação inadequada de um sentimento que pode gerar dano em si próprio ou em outros, a intervenção do EEESM irá centrar-se em parceria com o Cliente, na identificação de factores precursores de comportamentos agressivos e no desenvolvimento de estratégias individualizadas, a fim de permitir uma expressão de sentimentos inerentes a esses comportamentos, tais como a raiva e a frustração, embora manifestados por comportamentos socialmente aceites (ISPN, 2010).

Foi este tipo de intervenções que procurei desenvolver ao longo do estágio de âmbito hospitalar e comunitário, as quais irei descrever no capítulo seguinte. Simultaneamente foram ainda mobilizadas as competências específicas do EEESM, as quais são também referenciadas.

3. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS

Neste capítulo, é apresentada uma descrição das intervenções desenvolvidas nos estágios realizados, assim como as competências específicas do EEESM mobilizadas, as quais são referenciadas pormenorizadamente em nota de rodapé.

3.1. Contexto Hospitalar - UIPIA

O estágio em contexto de internamento hospitalar decorreu na UIPIA, no período compreendido entre 30 de setembro e 20 de dezembro de 2013.

Para este estágio, foi definido como objectivo geral:

- Desenvolver competências na prevenção e gestão de comportamentos agressivos tendo por base a avaliação da predição do risco em crianças e adolescentes internados num serviço de pedopsiquiatria.

Como objectivos específicos, foram definidos:

- Identificar os instrumentos de avaliação do valor preditivo do risco de agressividade e fluxogramas de prevenção e gestão da agressividade existentes na UIPIA;
- Analisar as propriedades psicométricas da BVC em crianças e adolescentes em fase aguda de doença mental, internados na UIPIA;
- Analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo EEESM na prevenção e gestão do comportamento agressivo em crianças e adolescentes internados na UIPIA;

- Realizar intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na prevenção e gestão do comportamento agressivo de crianças e adolescentes internados na UIPIA;
- Analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas e os resultados obtidos, tendo por base a avaliação da predição do risco de agressividade.

Inicialmente e de acordo com a metodologia explanada no Projecto de Mestrado, foi necessário realizar uma pesquisa dos instrumentos preditores de risco existentes e devidamente validados para a população portuguesa. Deste processo, apenas a BVC reuniu os critérios anteriormente referidos. Contudo, quer internacional, quer nacionalmente, nunca se recorreu à utilização deste instrumento em contexto de pedopsiquiatria, não havendo assim dados relativos às suas propriedades psicométricas, pelo que se tornou necessário realizar um estudo de investigação.

Face ao anteriormente mencionado, este estudo teve como objectivo geral, avaliar as propriedades psicométricas da BVC como instrumento de valor preditivo do comportamento agressivo em contexto de pedopsiquiatria da infância e adolescência, e compreender qual a sua relevância na prevenção e gestão do comportamento agressivo, tendo por base as intervenções de enfermagem realizadas pelo EEESM.

Como principais resultados apurados, destaco uma consistência interna da BVC de 0,725, uma sensibilidade de 85,7% e uma especificidade de 99,7%. A metodologia e a descrição pormenorizada dos resultados obtidos encontram-se no apêndice II deste documento, em virtude da sua extensão.

Este estudo realizado com a BVC procura fornecer resposta aos pressupostos mencionados no RCEEEESM (OE, 2010), o qual indica que a progressão no conhecimento exige que o EEESM incorpore as novas descobertas na sua prática através da participação em projectos de investigação que tenham como finalidade aumentar o conhecimento e desenvolvimento das competências na sua própria área de especialidade.

Da investigação emerge a renovação do conhecimento essencial para a contextualização do campo de intervenção, que compreende a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital no contínuo

saúde/doença (ICN, 1999 citado por Sousa, 2011). A prática baseada na evidência e na pesquisa científica é promotora de altos padrões de qualidade dos cuidados e o caminho para o fortalecimento da identidade da enfermagem (Polit e Hungler, 2004).

Contudo, a utilização da BVC como instrumento preditor do risco de agressividade na UIPIA, teve em si implícitas outras actividades, as quais considero ser importante mencionar. Em Outubro de 2013, fui admitido no European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), permitindo o acesso a uma rede de investigação de referência na temática da violência e agressividade em saúde mental, assim como a partilha de dúvidas acerca da temática da predição do risco com investigadores de referência, entre os quais, o Dr. Roger Almvik, autor da BVC. Participei ainda no 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry em Ghent, Bélgica, onde pude frequentar dois *workshops* sobre Metodologia de Reconhecimento Precoce na Agressividade e Avaliação de Factores de Risco na Agressividade. Por fim, participei em dois encontros do EViPRG, em Ghent (Outubro de 2013) e Liverpool (Maio de 2014) a fim de verificar o “*estado da arte*” na predição do risco de agressividade.

3.1.1. Caracterização da UIPIA

A UIPIA tem uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e adolescentes até aos 18 anos (exclusive), com quadros psicopatológicas agudos e subagudos¹, com carácter de exclusão em situações de toxicodependência e delinquência, compreendendo os residentes da área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas (Almeida, Ferreira e Nabais, 2010).

Nesta Unidade de prestação de cuidados, são desenvolvidas diversas intervenções de âmbito multidisciplinar, entre as quais, o desenvolvimento e manutenção do *millieu*

¹ Os quadros psicopatológicos agudos e sub-agudos incluem situações de grande desorganização psíquica, tendo inerente o risco de vida da criança, adolescente e família, e que pela sua gravidade não existem respostas em contexto de ambulatório; situações clínicas em que é necessário um esclarecimento do diagnóstico; e situações cujo contexto sociofamiliar é disfuncional ou existe uma ausência de rede social.

*terapêutico*², intervenção terapêutica a nível individual, grupal e familiar, assim como intervenções a nível psicopedagógico, social e farmacológico.

Aquando da admissão, é definido através de uma abordagem multidisciplinar, um projecto ou programa personalizado de âmbito terapêutico, centrado na criança/adolescente e respectiva família, com o seu consentimento e aprovação, sendo sujeito a reavaliação e revisão diária decorrente das reuniões clínicas multidisciplinares realizadas na UIPIA (Almeida, Ferreira e Nabais, 2010).

No que concerne ao tempo de internamento e tendo em conta a valência de prestação de cuidados em fase aguda e subaguda, preconiza-se que seja o mínimo necessário para uma intervenção em crise³.

Relativamente à metodologia de gestão dos cuidados, neste serviço é utilizada o método de enfermeiro de referência, o qual segundo a OE (2011, p. 5),

“é imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efectivo e gestão da segurança”.

A sua operacionalização ao nível da prestação de cuidados implica que o enfermeiro seja um elemento de referência na identificação, definição, implementação e avaliação de resultados decorrentes do projecto terapêutico. Ainda neste sentido, a realização diária de reuniões clínicas de âmbito multidisciplinar, além de se constituir como um espaço dinâmico, promotor da partilha e de discussão, contribuiu, de forma inerente, para momentos importantes de aprendizagem, através da reflexão e consequente autoconhecimento, contribuindo assim para desenvolvimento e consolidação de competências do EEESM.

Penso ainda ser importante referir que a articulação com a equipa multidisciplinar, assim como a partilha/discussão com o enfermeiro orientador, em momentos de

² Millieu terapêutico é definido por Townsend (2011, p. 158) como sendo a terapia pelo ambiente ou contexto que rodeia o Cliente. O objectivo desta terapia é o de manipular o ambiente com o intuito de que todos os aspectos experienciados pelo Cliente possam ser considerados de terapêuticos. Decorrente deste contexto terapêutico, é esperado que o Cliente adquira estratégias de coping, interacção, e competências relacionais que depois possa generalizar para aspectos da sua própria vida.

³ Townsend (2011, p. 181) define crise como sendo um desequilíbrio do qual os indivíduos requerem ajuda para a sua resolução.

supervisão, permitiram uma reflexão mais profunda sobre as minhas dúvidas, incertezas e dificuldades na definição e consequente implementação dos planos de intervenção.

3.1.2. Intervenções Desenvolvidas

Respeitando a metodologia de cuidados existente na UIPIA, foi-me permitido ser enfermeiro de referência de dois Clientes adolescentes, o D. e a V.. Estes Clientes ao experienciarem transições em simultâneo tais como situacional, saúde-doença e desenvolvimental no caso do D. e saúde-doença e desenvolvimental no caso da V., encontravam-se em sofrimento mental, devido a respostas humanas desadaptadas. Neste sentido, Chick e Meleis (1986) e Schumacher e Meleis (1994) alertam para a vulnerabilidade⁴ acrescida na vivência de transições simultâneas, exigindo um acréscimo de atenção por parte dos enfermeiros na sua prática.

Apresento agora as situações clínicas dos dois Clientes referidos anteriormente, a quem prestei cuidados de enfermagem, enquanto enfermeiro de referência, fazendo a interligação com as reflexões sobre a minha prática clínica, tendo por base o processo de enfermagem e as competências específicas do EEESM.

Iniciarei a minha descrição pelo caso clínico do D., um adolescente de 12 anos de idade, cujo internamento foi pedido pelo seu médico assistente, devido a um quadro crescente de agitação, intolerância à frustração, com episódios de alteração do comportamento e heteroagressividade graves para com a sua tia de 10 anos. Simultaneamente, na escola, a ocorrência deste quadro originou uma grande dificuldade nos professores para a sua contenção, o que motivou a intervenção diária da Polícia de Segurança Pública ao abrigo do programa Escola Segura, culminando na suspensão da frequência escolar do D..

⁴ De acordo com Meleis *et al* (2010), a vulnerabilidade é um processo dinâmico e multidimensional no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais, circunstâncias sociais e ambientais. Enquanto condição do ser humano pode ser agravada pela vivência do processo de transição, expondo o Cliente a um potencial perigo, a uma recuperação problemática, ou a um processo de adaptação desajustado ou demorado.

No momento da admissão do D. na UIPIA, realizei uma entrevista com o intuito de colher informações que me permitissem compreender quais os problemas de saúde e conseqüentemente identificar necessidades pessoais e familiares específicas, assim como realizar uma avaliação do estado mental do D.. Procurei ainda compreender a interação do adolescente com os familiares, assim como o contexto no qual se situam os seus problemas de saúde. Em suma, esta avaliação inicial procurou avaliar o adolescente numa perspectiva holística, isto é, nas suas várias dimensões, individual, familiar, social, escolar, entre outras (ISPN, 2010).

Contudo, a avaliação não se encerrou sobre si própria neste mesmo momento. Tão importante como a avaliação inicial, é a avaliação conduzida ao longo de todo o internamento, com o intuito de avaliar as intervenções de enfermagem implementadas, os resultados esperados, identificar novas intervenções e conseqüentemente a sua implementação, tendo sempre por base os diagnósticos de enfermagem de saúde mental formulados⁵, tal como preconizado pelas competências específicas do EEESM.

O processo de acolhimento inerente à admissão constitui-se de grande importância, pois é um momento em que se inicia a estruturação da relação terapêutica⁶, veículo e mediador de ajuda psicológica nas suas várias vertentes: cognitiva, afectiva e existencial (Leyreloup, 2000). A relação terapêutica ocupa assim, um lugar central na prática de enfermagem, sendo suportada por conhecimentos científicos, técnicos e éticos, nos quais começam a ser criados laços de confiança recíproca com o adolescente, com o que ele sente e pensa.

Para tal, este processo transporta em si um conjunto de intencionalidades decorrente do processo de cuidados. Trata-se de estabelecer uma relação terapêutica centrada

⁵ **Unidade de competência F 3.1.** - Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; **Critério de avaliação F 3.2.2.** – *identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o Cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde; e unidade de competência.*

Unidade de competência F 3.4. - *realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.* **Critério de avaliação F.3.4.2** – *Monitoriza a segurança do Cliente e faz avaliação contínua para detectar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica;* e **F 3.4.5.** – *Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o Cliente de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade.*

⁶ Para Leyreloup (2000), a Relação Terapêutica é um processo em que os cuidadores estabelecem laços com os Clientes [individualmente ou em grupo] visando a tomada de consciência das suas dificuldades e, a sua resolução.

na confiança, autenticidade, empatia e respeito, a qual permite o aproximar à realidade experienciada pelo adolescente, com o intuito de promover o seu autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, ajudando-o a compreender o que lhe está a acontecer e qual o sentido que atribui às suas vivências, ajudá-lo a identificar e mobilizar os seus recursos e estratégias internas e externas, indispensáveis ao seu processo de reabilitação e superação da crise em que se encontra.

Assim, foi realizada uma avaliação global⁷ ao D. e à sua mãe, separadamente. A mãe, identificou de forma clara o início do seguimento médico do D., desde a terceira semana de vida, descrevendo-o como uma criança agitada, com dificuldades regulatórias precoces tais como a insónia à terceira semana de vida mantendo-se até aos três anos de idade, sendo actualmente seguido em neuropediatria. Refere ainda uma hiper-reatividade ao ruído por parte do D. e uma “dificuldade na adaptação ao meio escolar, particularmente nas fases de transição” (sic), com um agravamento no último ano lectivo e na integração na actual escola já no corrente ano. Apesar de realizar terapêutica farmacológica, a mãe refere instabilidade ao nível do comportamento, alternando entre períodos de agitação, baixa tolerância à frustração, heteroagressividade para com os pares e familiares e “períodos de grande afectividade e proximidade no contexto das relações próximas” (sic).

Relativamente ao contexto familiar o D. vive com a mãe. Os pais estão separados desde o seu 1º ano de vida, tendo sido retomado o contacto recentemente, após um distanciamento de dois anos. O D. tem dois meios irmãos, de 7 e 10 anos de idade, ambos saudáveis. Encontra-se inscrito no 6º ano de escolaridade, tendo apoio pedagógico individual. Na sequência do seu acompanhamento clínico, tem beneficiado de intervenção psicoterapêutica e de terapia ocupacional. Em relação aos antecedentes familiares, a mãe do D. negou existência de psicopatologia de relevo na família materna e paterna.

⁷ **Unidade de competência F 2.2.** - Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família;

Critério de avaliação F2.2.1. - Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do Cliente; e **F2.2.3.** - Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do Cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

Através da pedopsiquiatra assistente foi possível colher informações relevantes sobre o contexto familiar do D., nomeadamente que a mãe tem o apoio económico da avó materna, a qual mantém uma relação muito próxima com ambos.

Na observação inicial, o D. apresentava-se aparentemente orientado na pessoa e espaço, fâcias triste, humor aparentemente irritável, contacto inibido com evitamento do olhar, postura retraída e tensa, comunicativo apenas quando interpelado, apresentando um discurso coerente e organizado, não se constatando alterações da forma e conteúdo do pensamento, assim como alterações da percepção.

O D. aceitou aparentemente o internamento, contudo, quando a mãe se ausentou, este evidenciou grande ansiedade e revolta na separação, apresentando agitação psicomotora intensa e agressividade dirigida a materiais. Por este facto e após avaliação pela BVC, houve necessidade, em virtude do risco elevado de heteroagressividade física, de ser realizada dessincronização (encaminhamento para outro espaço que permita privacidade) para o “quarto dos colchões” na unidade, a fim de poder ser dessensibilizado da ausência da mãe e/ou exprimir o seu sentimento de angústia e conseqüentemente ser tranquilizado.

O “quarto dos colchões” é um espaço utilizado pelos enfermeiros para diversos fins entre os quais intervenções de âmbito psicoterapêutico individual, observação de Clientes com potencial de risco⁸, prevenção e gestão de comportamento agressivo, entre outros. Este espaço, revestido por colchões, proporciona uma estimulação ambiental (auditiva, visual, luminosa) reduzida, podendo exercer também um efeito contendor, mas também privacidade e segurança aos Clientes com risco de auto e/ou heteroagressividade. De acordo com ISPN (2010), este espaço insere-se no contexto de um *milieu terapêutico*, promovendo a segurança e a possibilidade ao enfermeiro de realização de uma intervenção estruturada e de suporte ao Cliente, isto é, às necessidades específicas do mesmo.

Nos primeiros dias de internamento o exame do estado mental do D. manteve-se sobreponível com o descrito anteriormente, mantendo grande dificuldade na

⁸ Para a Academia das Ciências de Lisboa (2001), risco é definido como “Perigo possível ou previsível”. Pela análise de várias definições de risco, todas elas focam a sua atenção numa perspectiva de efeito, resultado ou probabilidade.

separação da mãe aquando das visitas, tendo este sido um aspecto trabalhado com o Cliente ao longo do internamento. Para tal, foi essencial ajudar o D. a perceber o sentido terapêutico da separação promovida pelo internamento, tomando consciência das consequências da separação no domínio relacional e dos movimentos internos importantes nesta etapa do desenvolvimento.

Um aspecto consensual a nível teórico prende-se com a singularidade da adolescência enquanto etapa de desenvolvimento, nomeadamente pela forma como o adolescente se posiciona em relação às várias tarefas do desenvolvimento, sejam elas a alteração da relação com os pais, a alteração da relação com os pares e a formação da identidade (Laufer, 2000).

O adolescente deverá então caminhar gradualmente em direção à autonomia, abandonando a posição de dependência face à família. O luto face ao imago parental é essencial para que o adolescente estabeleça novas relações. Ele necessita assim, de abandonar a idealização parental característica da infância, de forma a poder construir a sua identidade. É através da necessidade de se separar, que o adolescente procura os seus “limites”: limites corporais (nas suas necessidades fisiológicas, na maneira de se vestir, nas suas realizações físicas), limites intelectuais e limites sociais” (Marcelli e Braconnier, 2000, p. 65).

O D. era um adolescente que participava em poucas das actividades propostas ou por outro lado, não conseguia manter-se nas mesmas, interrompendo por vezes a sua realização, face à adopção de um comportamento intrusivo, com dificuldade em respeitar os limites pessoais dos outros Clientes. A proposta destas actividades de âmbito psicoterapêutico⁹, uma das competências específicas do EEESM, tinha como objectivo a exteriorização do seu conflito interno através de mediadores da relação, os quais permitissem ao D. experimentar novas formas de expressão e identificar

⁹ **Unidade de competência F 4.2.**- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do Cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor adaptam ao Cliente e à situação.
Crítérios de avaliação F4.2.1. - *implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições;* **F4.2.2.** - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do Cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema;* **F4.2.3.** - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao Cliente recuperar a sua saúde mental;* e **F4.2.5.** - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao Cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.*

outras formas de compreender o problema, mas também, construir novas estratégias para a resolução e gestão dos seus problemas e conflitos internos.

Contudo, houve a necessidade de recorrer a mediadores da relação pelos quais ele se interessasse, nomeadamente a construção individual de Lego[®], mencionada pelo próprio e pela mãe como sendo do seu interesse. Durante estes momentos de intervenção psicoterapêutica individual, ele apresentou-se sempre muito concentrado na sua construção, verbalizando apenas pequenas informações relativas ao seu contexto familiar e escolar, já mencionadas em contexto de entrevista de colheita de dados, não se mostrando disponível para abordar a sua problemática, evidenciando irritabilidade e impaciência quando era direccionado nesse mesmo sentido. Contudo, a sua disponibilidade para estar em relação foi-se alterando ao longo do internamento passando a haver uma maior confiança nos enfermeiros da UIPIA.

Nas primeiras duas semanas de internamento, o D. apresentava-se bastante ansioso e irritável no período precedente às visitas, com humor lábil e baixa tolerância à presença de outros Clientes e profissionais, estando inquieto e caminhando pelo serviço ininterruptamente. Pela aplicação da BVC, verificava-se um risco moderado de comportamento agressivo, exigindo por isso, uma intervenção de âmbito preventivo/gestão, com o intuito de dessensibilizar o D. do foco ou estímulo gerador do seu comportamento, ou seja, o contexto da visita. Nestes momentos, houve recurso a técnicas comunicacionais de inversão da escalada de agressividade (*de-escalation techniques*), sendo também estimulada a tomada de decisão pelo D. na procura ou redirecionamento para estratégias que permitissem a inversão do seu comportamento. O D. optou por várias vezes por realizar actividades de carácter desportivo/lúdico tais como jogar basquetebol, ir para o computador ou construir Lego[®], obtendo o feedback positivo do enfermeiro quanto à sua escolha e capacidade de resolução dos seus conflitos internos.

Com o uso destas técnicas comunicacionais e o recurso a mediadores de relação, foi possível obter por vezes, a inversão do seu comportamento, possibilitando o regresso para as actividades junto dos outros Clientes.

Quando tal não acontecia e o seu comportamento agressivo escalava progressivamente (aumento do risco de heteroagressividade pelos itens da BVC), eram mantidas as técnicas comunicacionais de inversão da escalada e realizada a dessincronização do D. para a “sala dos colchões”, como estratégia de redução da estimulação (luminosa, auditiva, visual), pois um dos estímulos que o D. reconhecia como potenciadores da ocorrência de episódios agressivos era o ruído, que quando era elevado gerava nele uma híper-reactividade.

Quando a intervenção não revelava eficácia, associava-se a possibilidade de exprimir os seus sentimentos de frustração, raiva ou zanga através de intervenções de âmbito sociodramático. Por vezes, houve ainda necessidade de recorrer à terapêutica farmacológica prescrita em SOS com dois objectivos distintos: reverter a sintomatologia apresentada e permitir a manutenção da relação terapêutica, a fim de aumentar o *insight* sobre a sua situação clínica e procurar estratégias para a inversão do seu comportamento. Estes momentos revelaram-se de grande importância na abertura do D. para a expressão da sua problemática e abordagem à gestão da mesma, pela procura de estratégias ou respostas adaptativas, constituindo-se como uma intervenção específica¹⁰ do EEESM.

Contudo, em situações em que as intervenções anteriormente descritas não resultavam e o seu comportamento escalava, culminando em episódios de comportamento heteroagressivo, era realizada dessincronização para outro espaço e contenção física posterior. Posteriormente, num *status* pós-criese, exteriorizava a sua frustração ou sentimentos para o comportamento evidenciado, mostrando-se mais receptivo e disponível. Procurou-se que nestes momentos, sustentado na relação terapêutica e na empatia, o D. identificasse os factores ou estímulos precursores de crise, assim como os sentimentos inerentes e a sua expressão de forma socialmente aceite, convertendo-se assim em eventuais estratégias para a sua resolução de forma autónoma. Após estas intervenções, o D. era tranquilizado face ao reconhecimento

¹⁰ **Unidade de competência F 3.4** – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Crítérios de avaliação F3.4.3.** – Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efectivos; **F3.4.4.** – Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade. **Unidade de competência F 4.1** – Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. **Crítério de avaliação F4.1.4** – Educa e ajuda o Cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; e **F4.1.7** – Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros.

dos seus medos e dificuldades, acabando por permitir a realização de medidas de relaxamento. Posteriormente, verificava-se uma inversão do seu comportamento (ausência de risco na BVC), permitindo que retomasse a companhia dos seus pares.

Estes momentos de intervenção em crise, assim como os momentos de supervisão clínica¹¹ realizados posteriormente aos mesmos, foram momentos particulares de reflexão e promoção do autoconhecimento e conseqüentemente do desenvolvimento pessoal e profissional, sendo uma das competências específicas do EEESM¹².

As intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico realizadas com o D., tiveram como objectivos: explorar as razões para os comportamentos disruptivos; identificar factores precipitantes e potenciadores de crise; ajudá-lo a tomar consciência dos seus próprios limites, sentimentos, medos e expectativas, promovendo a sua identificação e a sua expressão de forma ajustada ao que é socialmente aceite; promover a identificação de estratégias eficazes para lidar com os problemas assim como gerir os seus conflitos; facilitar a identificação das suas capacidades, recursos e competências pessoais e ainda a identificar uma rede de suporte de cuidados. As intervenções realizadas tiveram ainda como meta definir em conjunto com o D. novos objectivos, identificar novos desafios inerentes ao seu projecto de vida, assim como permitir a sua reinserção no ambiente escolar, com um novo significado para a sua vida¹³, sendo uma competência específica do EEESM.

¹¹ De acordo com a OE (2009^a, p.1), supervisão clínica define-se com sendo um “processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através do processo de reflexão e análise da prática clínica”.

¹² **Unidade de competência F 1.1.** – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Critério de avaliação F1.1.1.** – *Identifica no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o Cliente e/ou equipa multidisciplinar;* **F1.1.2.** – *Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica;* **F1.1.3.** – *Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico;* e **F1.1.4.** – *Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.*

¹³ **Unidade de competência F 3.4** – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de avaliação F3.4.1.** - *concebe estratégias de empoderamento que permitam o Cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental;* e **F3.4.5.** - *elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o Cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias;*

Ao longo deste percurso, o D. foi-se mostrando cada vez mais capaz na identificação dos sinais de alarme e mobilizar estratégias restabelecedoras do seu equilíbrio e de gestão de conflitos com os outros. Foi também mostrando-se mais consciente dos seus próprios limites, e particularmente dos limites dos que interagem consigo, requisitando ajuda quando não conseguia.

A evolução evidenciada pelo D. permitiu o retomar progressivo das relações sociais e familiares, nomeadamente através de licenças programadas (períodos de tempo definidos na companhia dos pais), que podem ser consideradas como momentos de preparação para a alta. Dado a problemática do D. se situar também no contexto escolar, foi realizada uma inserção do mesmo na escola existente no hospital e posteriormente uma licença de ensaio na sua escola, após articulação com a Directora de Turma. Neste sentido, foi também realizada a articulação com o Hospital de Dia da Adolescência, a fim de o D. frequentar um dos grupos terapêuticos¹⁴.

Foram ainda realizados, aquando das articulações com a Directora de Turma e com a família do D, momentos de discussão e elaboração do plano pós-alta¹⁵.

Remetendo para Meleis (2005), foi possível observar no D., indicadores de uma transição saudável, manifestados num bem-estar subjectivo, domínio sobre novos comportamentos e ainda o bem-estar nas relações interpessoais.

O segundo Cliente que acompanhei, a V, uma adolescente de 16 anos, do sexo feminino, esteve internada na UIPIA por comportamentos de autoagressividade, ideação suicida e parasuicídio. A tentativa de suicídio não concretizada, esteve relacionada com um processo de desvinculação pela família adoptiva, a qual manteve adoptadas duas das suas irmãs, ficando a V. a cargo de uma instituição.

¹⁴ **Unidade de competência F 3.5.** – Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o Cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. **Critério de avaliação F3.5.4.** - *coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao Cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.*

¹⁵ **Unidade de competência F 3.4** – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critério de avaliação F3.4.5.** - *elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o Cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias.*

A V. era acompanhada em consulta de pedopsiquiatria há cerca de 6 meses por quadro de anedonia, isolamento social e grande culpabilidade por ter sido interrompido o seu processo de adopção face aos seus comportamentos de autoagressividade. De acordo com o processo clínico, não apresentava alterações aparentes da percepção, mantendo um humor aparentemente deprimido. A sua médica assistente em regime de ambulatório referia ainda uma fraca adesão ao regime terapêutico, sendo também uma das queixas verbalizadas pelos técnicos da instituição onde se encontrava.

No momento do acolhimento, foi realizada uma entrevista de colheita de dados e avaliação inicial¹⁶ com a V., e posteriormente com os técnicos da instituição.

Relativamente ao exame do estado mental realizado no momento do acolhimento, a V. apresentava-se aparentemente orientada no tempo e no espaço, postura retraída e tensa, evitando o contacto ocular, humor aparentemente deprimido, discurso aparentemente coerente e organizado, não se observando alterações do pensamento nem da percepção. Referia não estar disponível para falar sobre o que tinha acontecido. Reconheceu ainda que interrompia, por períodos, a terapêutica prescrita, por se sentir melhor.

A manutenção do *milieu terapêutico* foi fundamental na criação das condições necessárias para desenvolver a relação de confiança e assim a relação terapêutica. Ao longo do internamento, a V. tinha uma postura tensa e um contacto evitante para com os profissionais, exigindo uma abordagem gradual, sustentada na relação terapêutica. Alguns destes momentos, foram para mim considerados como pertinentes e alvo de reflexão a nível escrito (apêndice III). Contudo, a postura da V. foi-se alterando à medida que percepcionou o ambiente como seguro e contendor, e a presença dos enfermeiros como suporte efectivo para a resolução da sua problemática, apresentando uma postura mais espontânea e descontraída.

¹⁶ **Unidade de competência F 3.1.** - estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;
Critério de avaliação F3.2.2. – identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o Cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde;

O trabalho desenvolvido com a V., teve por base a intervenção individual de âmbito psicoterapêutico, sustentada na relação terapêutica, dividindo-se em três fases com objectivos distintos, os quais passo a enunciar.

Inicialmente, o objectivo da intervenção centrou-se na gestão das suas expectativas, tendo para tal sido necessário facilitar a sua expressão emocional, face à interrupção do processo de vinculação à família adoptiva e às suas próprias irmãs. Posteriormente, a intervenção teve como objectivo aumentar o *insight* sobre a sua problemática¹⁷, através da identificação das suas capacidades, recursos e competências pessoais, assim como a mobilização de estratégias eficazes para lidar com a mesma, tais como a identificação de sinais de alarme (ideação suicida) e consequente recurso a estruturas de suporte (profissionais de saúde, técnicos da instituição, entre outros).

Por fim, face à fraca adesão ao regime terapêutico, foram identificadas em parceria com a V., algumas das causas da não-adesão, sendo realizadas intervenções de âmbito psicoeducativo e psicoterapêutico, com o objectivo de promover a adesão da adolescente ao regime terapêutico, promovendo-se ensinamentos sobre os efeitos desejados e efeitos secundários da terapêutica, assim como estratégias para lidar como os mesmos (exercício físico, alimentação, entre outras).

A monitorização e mediação das visitas com a presença dos técnicos, foram também intervenções desenvolvidas com o intuito de promover a utilização de estratégias

¹⁷ **Unidade de competência F 3.4** – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao Cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de avaliação F3.4.5.** - *elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o Cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias;*

Unidade de competência F 4.1 – Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental; **Critérios de avaliação F4.1.2.** – *implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e questão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais; F4.1.3.* *ensina os Clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológica); e F4.2.1.* – *implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições;*

Critério de avaliação F4.2.2. – *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do Cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; e F4.2.4.* – *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o Cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.*

ajustadas e que ajudassem a V. a lidar com a sua situação de doença. Foi ainda reforçada a importância do acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria¹⁸.

Durante o internamento foram realizados reajustes farmacológicos e a ideação suicida reverteu, deixando de existir, assim como a sintomatologia manifestada aquando do acolhimento. Foi ainda possível, em articulação com a assistente social, retomar os contactos telefónicos com as suas irmãs, constituindo um factor altamente motivador para a V.. Por fim, foi articulado com a Directora de Turma a reinserção da V. na escola, tendo também sido elaborado um plano pós-alta.

Além destes dois Clientes, foram ainda realizadas outras actividades e intervenções na UIPIA, as quais considero ser importante explicitar (quadro 2), pois constituíram-se também, como momentos de crescimento pessoal e profissional.

Quadro 2: Outras intervenções realizadas no âmbito do estágio de contexto hospitalar

Competências específicas (RCEEEESM)	Intervenções realizadas
1 – “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processo de auto-conhecimento, e desenvolvimento pessoal e profissional;”	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexões escritas (Ciclo de Gibbs) • Registos de interacção;
2 – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;”	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de enfermagem ao Cliente e família no momento de admissão. • Articulação com a comunidade na reinserção activa do Cliente na mesma.
3 – “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;”	<ul style="list-style-type: none"> • Participação nas sessões clínicas mensais do departamento de saúde mental da infância e adolescência; • Participação nas reuniões multidisciplinares da UIPIA (2ª a 6ª feira).
4 – “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de âmbito psicoterapêutico, sócioterapêutico e psicoeducacional em Clientes com ideação suicida, perturbações do comportamento, autismo e perturbação do comportamento alimentar.

¹⁸ **Critérios de avaliação F3.4.1.** - *concebe estratégias de empoderamento que permitam o Cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental; F4.1.2.* – *implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e questão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais; e F4.1.3.* - *ensina os Clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológica).*

Ao longo do estágio, conforme mencionado anteriormente, foram realizadas diversas intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção e gestão do comportamento agressivo, não apenas com os Clientes que me ficaram destinados como enfermeiro de referência, mas também relacionados com a prestação de cuidados a outros Clientes da UIPIA.

Ao descrever as intervenções de enfermagem realizadas, emerge a necessidade de abordar um dos objectivos a que me propus no Projecto de Mestrado, referente à existência/adopção de fluxogramas de intervenções de enfermagem na prevenção e gestão do comportamento agressivo na UIPIA. A adopção de instrumentos deste tipo, além de se constituir como uma boa prática de enfermagem, suporta a tomada de decisão do enfermeiro ou permite ainda, definir a intervenção a ser realizada em parceria com o Cliente. Contudo, verifiquei que na UIPIA não existe nenhum fluxograma implementado neste sentido, não existindo assim uma sistematização das intervenções realizadas.

Neste sentido, considero agora ser importante resumir as principais intervenções realizadas no estágio na UIPIA, na prevenção e gestão do comportamento agressivo.

Assim sendo, são apresentadas no quadro 3, sob a forma de um fluxograma, as várias intervenções realizadas na UIPIA, no âmbito da prevenção e gestão do comportamento agressivo, tendo por base a predição do risco de agressividade pela BVC (Almvik e Woods, 2003), em consonância com as fases de agressividade referidas por Mason e Chandley (1999).

Este quadro, pode constituir-se como uma sugestão de um fluxograma de intervenções de enfermagem na prevenção e gestão do comportamento agressivo na UIPIA, fornecendo assim resposta a uma lacuna previamente identificada.

Quadro 3: Intervenções de enfermagem realizadas em estágio, tendo por base a predição do risco de agressividade (Almvik e Woods, 2003) e as Fases de Agressividade (Chason e Mandley, 1999).

Predição do Risco de Agressividade pela BVC (Almvik e Woods, 2003)	Risco Baixo (score 0)	Risco moderado (score 1 a 2)	Risco Elevado (score ≥3)
Fases de Agressividade e objectivo da intervenção (Mason e Chandley, 1999)	Fase de relativa normalidade Evitar a escalada da agressividade	Fase de pré-agressão Inverter a escalada de um potencial agressivo já instalado	Fase de Agressão Existe manifestação de um comportamento agressivo
Intervenções de enfermagem realizadas	Observação e identificação de sinais de alarme	Observação intermitente	Observação constante
	Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>)	Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>)	Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>)
	Escuta activa	Escuta activa	Escuta activa
	Identificar com o Cliente eventuais estímulos	Dessensibilização do Cliente através da realização de actividades físicas, sociais e recreativas.	Contenção Ambiental (isolamento quarto dos colchões)
	Dessincronização para outro espaço	Definição de limites (relembrar as normas do serviço).	Contenção farmacológica
	Técnicas de distracção e dessensibilização (<i>slowdown</i>)	Dessincronização para outro espaço que permita privacidade (quarto dos colchões)	Contenção Física
		Redução da estimulação ambiental (quarto dos colchões)	Técnicas de redução de <i>stress</i> : tipos de relaxamento
		Técnicas de reforço comportamental diferenciado Técnicas do tipo comportamental – programação hoje/amanhã Técnicas de redução de <i>stress</i> : tipos de relaxamento Contenção farmacológica Contenção Ambiental (isolamento quarto dos colchões)	

3.2. Contexto Comunitário - Hospital de Dia

O estágio em contexto comunitário foi realizado no Hospital de Dia da Adolescência no período compreendido entre 3 de Janeiro e 11 de Abril de 2014.

Para este estágio, foi definido como objectivo geral:

- Desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de ambulatório na prevenção e gestão do comportamento agressivo em grupos de adolescentes.

Como objectivos específicos, foram definidos:

- Realizar intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo;
- Avaliar os resultados das intervenções de âmbito psicoterapêuticas.

3.2.1. Caracterização do Hospital de Dia da Adolescência

O Hospital de Dia pertence ao Departamento de Pedopsiquiatria, do qual também faz parte a UIPIA. Abrange assim, a mesma população geográfica referida anteriormente aquando da caracterização da UIPIA, isto é, a população compreendida na área de actuação da ARSLVT. Destina-se a jovens de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, com perturbações do foro mental.

Este serviço tem como objectivos: proporcionar tratamento especializado a adolescentes assim como às suas famílias; promoção da integração familiar, escolar e/ou socioprofissional dos Clientes; intervenção em situações consideradas de risco; estabelecer a articulação com as estruturas comunitárias existentes (escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, serviços judiciais e estruturas autárquicas); proporcionar a formação de profissionais de saúde e ainda desenvolver a investigação na área específica da saúde mental e psiquiatria.

A vertente hospital de dia constitui-se como um espaço de interligação e de assistência ao Cliente adolescente, entre o internamento hospitalar e o

acompanhamento em consulta externa, promovendo-se assim a sua inserção familiar e comunitária. A intervenção realizada em consulta externa e hospital de dia, compreende vários tipos de abordagens centradas na promoção da saúde mental, concretizadas em intervenções de âmbito psicoeducativo e psicoterapêutico, entre as quais, terapia ocupacional, acompanhamento médico em pedopsiquiatria e de enfermagem, nas vertentes individual/familiar/grupal. Pretende-se assim, um atendimento especializado e de âmbito multidisciplinar aos adolescentes e às suas famílias, que estejam a vivenciar situações de transição.

O acompanhamento realizado pelos enfermeiros é prestado em duas vertentes distintas, pela consulta de enfermagem de saúde mental ao adolescente e família, e por intervenções terapêuticas individuais e de grupo, de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico. No leque de intervenções terapêuticas realizadas, destacam-se actividades tais como fotografia, culinária, expressão plástica, actividades de vida diária, expressão corporal, terapia pelo cinema, e ainda outros grupos temáticos tais como a terapia pela música e movimento, entre outros.

A referenciação dos adolescentes para primeira consulta pode ser realizada através do serviço de urgência ou ainda da UIPIA, do médico de família, da escola, equipas de pedopsiquiatria de outros hospitais, instituições, da família ou ainda pelo próprio adolescente. Após uma primeira consulta, é realizada a discussão e avaliação de cada caso e são sugeridas propostas terapêuticas ou de orientação.

3.2.2. Intervenções desenvolvidas

A minha prática clínica neste estágio começou pelo conhecimento da estrutura do hospital de dia e o modo como fornecia resposta às diferentes necessidades da população-alvo, assim como por me integrar na equipa multidisciplinar com a qual estabeleci desde logo uma relação de parceria com os seus diferentes intervenientes, médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, entre outros.

Penso também ser importante referir que nesta fase inicial me foram apresentadas pelos enfermeiros, as diferentes intervenções terapêuticas executadas pelos mesmos

com os diferentes grupos. Posteriormente, pude escolher realizar o acompanhamento de dois grupos de adolescentes com intervenções terapêuticas distintas, a terapia pelo cinema e a expressão corporal associada ao movimento, dando assim continuidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros¹⁹, actuando assim de acordo com as competências do EEESM. A escolha por estas metodologias de intervenção em grupo esteve intimamente ligada, quer a uma escolha face às minhas necessidades pessoais e profissionais, mas também à consecução do Projecto de Estágio.

Para Benner (2001), um grupo terapêutico corresponde a um microsistema social com uma rede definida de relações, as quais põem a descoberto as questões de conflito e de cooperação, assumindo-se assim como uma ferramenta terapêutica e como tal, deve ser estabelecida e mantida.

Por sua vez, a intervenção em grupo terapêutico tem como objectivo o estabelecimento de interações em dois binómios distintos, adolescente-adolescente e adolescente-terapeuta. De acordo com Vinogradov e Yalom (1992, p.3), estas interações visam “efectuar mudanças no comportamento mal-adaptado de cada um dos membros do grupo”, constituindo-se simultaneamente como instrumentos para a sua mudança.

Para Vinogradov e Yalom (1992), a intervenção deverá ser dirigida para a correcção de distorções de âmbito interpessoal. Por sua vez, Taylor (1992) refere que as intervenções grupais visam simultaneamente a correcção das distorções interpessoais, assim como o desenvolvimento de novos padrões comportamentais, lidando assim de forma mais eficaz com o *stress*.

Vinogradov e Yalom (1992) mencionam diversos objectivos inerentes ao contexto do grupo enquanto instrumento terapêutico tais como: estimular o crescimento e o desenvolvimento da personalidade; permitir o alívio da ansiedade; estimular a

¹⁹ **Unidade de Competência F 3.3.** – Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

Critério de Avaliação F3.3.1. - *Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.*”

interacção, as relações interpessoais e a socialização, assim como alterar padrões de comportamento específicos.

Num contexto de grupo, os adolescentes em virtude da interacção que é gerada, aprendem a lidar uns com os outros, com as suas similaridades e diferenças, medos e atracções, timidez e agressões. Em suma, confrontam-se com as características do seu *Self*, exigindo uma posição terapêutica e *in loco* por parte do enfermeiro.

O enfermeiro, consciente do seu papel terapêutico, deverá estabelecer a relação terapêutica com os vários elementos do grupo, gerir as interacções desenvolvidas e incentivar os comportamentos ou respostas adequadas, promovendo assim, as competências individuais e interpessoais de cada um. Só assim se promoverá a mudança necessária e pretendida para o adolescente, manifestando-se numa capacidade para se adaptar às relações sociais, compreender e interpretar o ambiente que o rodeia e manter o seu equilíbrio interno, traduzindo-se assim num membro efectivo da sociedade em que está inserido (Cepeda *et al.*, 2006).

Neste estágio, como referi anteriormente, tive a oportunidade de colaborar e realizar intervenções de enfermagem na terapia pelo cinema e na expressão corporal pelo movimento, que embora sendo em contexto de grupo, procurei sempre dar resposta aos projectos terapêuticos individuais delineados para cada Cliente.

A terapia pelo cinema é uma metodologia de intervenção, que tem por base a visualização de películas cinematográficas e consequente reflexão e discussão sobre o conteúdo visualizado, como meio de abordar problemáticas consideradas pertinentes (Raman, 2006).

Nestas sessões participaram um grupo de 6 adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos. Ao longo destas sessões foram visualizados filmes seleccionados quer pelos Clientes, quer pelos enfermeiros, considerados pertinentes para as suas problemáticas pessoais, as quais eram discutidas posteriormente à visualização dos mesmos.

Esta actividade, além de apresentar uma fácil adesão dos Clientes, permite uma discussão dinamizada no final da visualização, constituindo-se um espaço aberto para

que sejam abordadas as problemáticas dos Clientes, promovendo-se assim a partilha com o grupo e a procura conjunta de estratégias para a sua resolução²⁰.

Relativamente ao outro grupo de adolescentes, foi-me dada a oportunidade de realizar dinâmicas de grupo de frequência semanal, tendo por base a expressão corporal pelo movimento, desafio por mim aceite de imediato. Estas dinâmicas obedeceram à estrutura defendida por Carvalho e Monteiro (2008): aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e finalização.

As dinâmicas de grupo tiveram dois objectivos major, entre os quais o desenvolvimento de competências individuais para lidar com problemas de cariz social, e o desenvolvimento de processos psicológicos nomeadamente o amadurecimento, a aprendizagem e o crescimento pessoal. Decorrente desta metodologia, pretendeu-se a aquisição de novos modos de sentir, pensar e relacionar-se com os outros (Manes, 2007).

Assim, em parceria com os enfermeiros responsáveis, elaborei e dinamizei seis sessões de dinâmicas com recurso à expressão corporal pelo movimento, três das quais recorrendo à terapia pela música (com recurso a instrumentos musicais) e três com o intuito de abordar características pessoais dos Clientes, tais como a apresentação, a autopercepção e a confiança.

Estas dinâmicas de grupo tiveram como objectivo major o desenvolvimento individual e das relações interpessoais, recorrendo ao *setting* do grupo como instrumento terapêutico. Decorrente deste objectivo, definiu-se como objectivos específicos estimular a criatividade, fomentar a coesão grupal, promover a responsabilização e a cooperação inter-pares, estimular a partilha e a reflexão, desenvolver a auto-estima e a aceitação e promover o alívio da tensão e da agressividade latente.

²⁰ **Unidade de Competência F 4.2.** - Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do Cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao Cliente e à situação.
Crítérios de avaliação F4.2.1. - *implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; F4.2.2.* - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o "insight" do Cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F4.2.3.* - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao Cliente recuperar a sua saúde mental; e F4.2.5.* - *utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao Cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes;*

Contudo, para verificar se as intervenções de enfermagem são eficazes é necessário proceder à avaliação da intervenção como forma de monitorizar eventuais ganhos em saúde, ou ainda rever e ajustar novas formas de intervenção mais adequadas às necessidades individuais de cada Cliente. Para tal, recorreu-se à construção de um instrumento para a avaliação das dinâmicas realizadas (apêndice IV), tendo por base a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Ochtermann e Bulechek, 2008) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Moorhead *et al*, 2008), mobilizando-se assim uma das competências específicas do EEESM²¹.

Ao longo das dinâmicas de grupo, senti-me seguro e sempre suportado pelos enfermeiros responsáveis, ainda que por vezes, tenha alterado nos momentos anteriores à dinâmica ou mesmo *in loco* o que havia programado, em virtude da identificação de algumas necessidades específicas de algum dos Clientes, constituindo para mim, importantes momentos de reflexão (apêndice V).

Estes momentos, enriquecedores para o meu crescimento pessoal e profissional, reforçaram a importância e necessidade do enfermeiro estar desperto para os sinais e necessidades que o grupo vai evidenciando, indo de encontro à capacidade que o terapeuta e o co-terapeuta têm de se reinventar em função do grupo (Vinogradov e Yalom, 1992).

Ainda que a relação terapêutica fosse mobilizada ao longo das sessões realizadas, houve momentos em que ela se constituiu como o instrumento fulcral para atingir os objectivos propostos para a mesma. Como exemplo, menciono a quinta sessão de movimento (apêndice VI), a qual incidiu na autopercepção das qualidades dos Clientes e onde foi possível observar em alguns deles, baixa-estima e desvalorização de projectos futuros. Nesta sessão, foi necessário mobilizar alguns conceitos de Challifour, na tomada de consciência de si (*awareness*), bem como na contratualização de projectos futuros, os quais foram abordados em sessões e momentos posteriores.

²¹ **Unidade de Competência F3.2.** – Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos Clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. **Crterios de avaliação F 3.2.1.** – *Compromete-se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental;* e **F 3.2.2.** – *Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o Cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.*

Decorrente das dinâmicas de expressão corporal pelo movimento pude ainda realizar, antes da finalização de algumas sessões, o relaxamento muscular progressivo pelo método de Jacobson. Contudo, os resultados obtidos situaram-se nos dois extremos possíveis, o do resultado efectivo e a ausência de resultado, requerendo da minha parte, uma reflexão sobre os mesmos (apêndice VII).

O relaxamento pode constituir-se como um espaço de carácter terapêutico, no qual o adolescente pode “desligar-se” do contexto que o rodeia e assim aliviar eventuais tensões. Contudo, por ser um espaço em que é centrado apenas em si, poderá também constituir-se como um momento no qual o adolescente se confronta com o seu *Self*, as suas dificuldades, as suas ambivalências, as suas fragilidades.

A finalização das sessões constituiu um momento fulcral, quer para o grupo de adolescentes, quer para mim, no sentido em que me foi possível avaliar o resultado das mesmas. Relativamente aos Clientes, foi possível identificar algumas das dificuldades dos mesmos, assumindo-se como espaços de intervenção futura pelo EEESM.

Participei ainda, de forma activa nas reuniões semanais de âmbito multidisciplinar do hospital de dia, onde era discutido e revisto o projecto terapêutico de cada adolescente, ajustando-se assim as estratégias de intervenção, a fim de se adequarem de forma mais efectiva às necessidades individuais de cada Cliente.

De salientar, que o trabalho desempenhado no Hospital de Dia da Adolescência tem uma importância fulcral na redução da probabilidade de novos internamentos, intimamente associados ao acompanhamento dos adolescentes e das suas famílias, com consequentes melhorias nas dinâmicas familiares, assim como na qualidade de vida das mesmas, traduzindo-se em ganhos para a saúde nesta população.

Ao longo de ambos os estágios adquiri, desenvolvi e consolidei competências específicas do EEESM, na prestação de cuidados à criança e adolescente em situação psicopatológica aguda e subaguda, e à sua família, os quais se encontravam

a viver processos de transição. Penso também ser importante destacar o estudo de investigação realizado no estágio na UIPIA, estando este relacionado com as referidas competências do EEESM, as quais referem que este deve incorporar

“continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência (...) participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências dentro da sua especialização” (OE, 2010, p.3).

Contudo, considero particularmente importante remeter para a primeira competência do EEESM, a qual alude especificamente para o autoconhecimento enquanto instrumento terapêutico, espelhado por um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, constituindo-se como pedra basilar no desenvolvimento de todas as outras competências (Stuart e Laraia, 2005).

Para desenvolver esta competência recorri inicialmente à identificação e posteriormente à reflexão crítica pela metodologia do Ciclo de Gibbs (Gibbs, 1988 citado por Bulman, 1994), sobre as minhas emoções, sentimentos e comportamentos, assim como fenómenos de transferência e contra-transferência, resistência, identificação, entre outros. Assim, pude inferir sobre os mesmos, e a maneira como poderiam influenciar a relação terapêutica com os Clientes e/ou outros elementos da equipa multidisciplinar.

Apenas respondendo à questão “Quem sou eu?”, o EEESM consegue mobilizar-se a si mesmo no estabelecimento e desenvolvimento da relação terapêutica com o Cliente, assim como na realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicossocial, socioterapêutico e psicoeducativo com uma maior intencionalidade terapêutica, quando comparado com o enfermeiro de cuidados gerais, intencionalidade essa, centrada na acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2005).

O desenvolvimento desta competência foi por assim dizer, transversal a ambos os estágios realizados. Só assim me foi possível mobilizar enquanto instrumento terapêutico, não apenas na prevenção e gestão do comportamento agressivo, mas na totalidade da prática de cuidados de enfermagem realizados como EEESM.

4. CONCLUSÃO

O caminho por mim percorrido nos estágios, constituiu-se como um momento essencial na minha formação e no meu desenvolvimento pessoal e profissional, procurando este documento ser o seu reflexo, traduzido no processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEESM, processo esse que não termina agora, mas que me acompanhará no meu percurso profissional.

Na construção deste documento estiveram inerentes os principais conceitos do âmbito da disciplina e da organização da profissão, traduzidos no *metaparadigma* da enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (Tomey e Allgood, 2004). Estes conceitos são também inerentes à Teoria das Transições (Meleis, 2005), quadro conceptual mobilizado neste trabalho, enquadrando assim a agressividade como uma exteriorização de processos de transição, geradores de sofrimento na criança e adolescente.

Em ambos os estágios e ao longo das várias intervenções de enfermagem, foi mobilizado uns dos pilares da mesma, a Relação Terapêutica. É neste espaço concreto de intervenção que, o enfermeiro interagindo com o Cliente, mobiliza o Processo de Enfermagem com o intuito de procurar quais as abordagens mais eficazes perante os diagnósticos de enfermagem encontrados, traduzindo a sua intencionalidade em intervenções de enfermagem, neste caso, de EEESM.

Tal como na relação terapêutica, a prevenção e gestão do comportamento agressivo implicam o enfermeiro como o instrumento terapêutico essencial na manutenção do *millieu terapêutico*, estando assim inerente, o seu próprio autoconhecimento.

Neste sentido e de acordo com as competências que foram mobilizadas na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental especializados, destaquei a primeira competência, referente ao autoconhecimento, pois é essencial que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam este processo, pois é

difícil interagir com o outro, se não formos capazes de nos compreendermos a nós mesmos.

Esta busca pelo autoconhecimento redefine o enfermeiro enquanto instrumento terapêutico, particularmente na intervenção em situação de crise, permitindo identificar os nossos próprios sentimentos e fragilidades, quando interagimos com o Cliente. Este autoconhecimento será assim espelhado na relação terapêutica desenvolvida, sustentada na auto-estima, no respeito, na esperança, na capacidade de escutar, na compreensão empática e na comunicação, elementos imprescindíveis ao estabelecimento da mesma (Phaneuf, 2005).

Este autoconhecimento esteve inerente às intervenções de enfermagem realizadas na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos, sustentando-se as mesmas num dos instrumentos essenciais da prática de cuidados de enfermagem, a observação do enfermeiro (NICE, 2004; Townsend, 2011).

Contudo, tão importante como este facto, é a possibilidade do enfermeiro recorrer a instrumentos de valor reconhecido com o intuito de suportar a sua tomada de decisão. A adopção da BVC pela equipa de enfermagem da UIPIA, permite uma intervenção estruturada e sistematizada nos comportamentos agressivos, traduzida na predição e quantificação do risco, colocando um claro enfoque na prevenção, ao invés da sua gestão, constituindo-se assim como uma boa prática de enfermagem (CFMHN, 2006, pág. 15), com um impacto efectivo na manutenção do *milieu terapêutico*.

Decorrente da execução do Projecto de Mestrado, emergiram três aspectos ou limitações, fruto de processos de discussão e reflexão, as quais passo agora a mencionar.

Um dos aspectos prende-se com as propriedades psicométricas de outros instrumentos preditores de comportamentos agressivos, mas que não se encontram adaptados para língua portuguesa. Serão estes mais eficazes e mais adaptados à realidade da enfermagem de saúde mental na infância e adolescência? Também aqui, existe um caminho a percorrer, sendo uma lacuna bem conhecida pelos profissionais.

Por sua vez, emerge a possibilidade de conceptualizar a predição do risco de comportamentos agressivos e as intervenções de enfermagem pelo EEESM na prevenção e gestão, em fluxogramas de intervenção a mobilizar em parceria com o Cliente. Apesar de na UIPIA não existir um fluxograma formal, a intervenção é sustentada no pilar da relação terapêutica, procurando-se em parceria com o Cliente, o seu *empowerment* face à identificação e gestão do seu próprio comportamento na interacção com o ambiente que o rodeia (Chalifour, 2009).

Este passo, de acordo com Fluttert *et al.*, (2010), constitui-se como uma abordagem aos cuidados verdadeiramente centrados no Cliente. Considero assim, que foi dado um primeiro passo neste sentido, havendo contudo, ainda muito a fazer.

Por fim, uma das limitações sentidas prende-se com a impossibilidade de quantificar eventuais ganhos em saúde, gerados pela adopção da predição do risco de agressividade na prática de cuidados, sendo necessário desenvolver estudos comparativos com o intuito de constituir esta intervenção como uma evidência.

Deste processo reflexivo emergiram também algumas dificuldades sentidas neste percurso. A maior das dificuldades centrou-se na gestão efectiva do meu tempo pessoal, o qual teve que ser conciliado entre a minha família, a minha prática profissional, a realização dos estágios e a sua consequente reflexão. Esta dificuldade impediu a concretização de um dos objectivos propostos, a visita ao Hospital Magalhães Lemos, impedindo assim, a observação e aquisição de conhecimentos acerca das suas práticas de cuidados no âmbito da predição do risco de comportamentos agressivos na criança e adolescente.

A realização dos estágios teve para mim o melhor de dois mundos, estando inerente a possibilidade de ter realizado intervenções de EEESM, numa área na qual me sinto motivado intrinsecamente. Foi também gratificante poder ter contribuído com o meu trabalho e empenho para uma lacuna identificada pelo equipa da UIPIA, a necessidade de adopção de instrumentos preditores de risco, possibilitando agora uma intervenção sistematizada e estruturada.

Actualmente, a equipa de enfermagem da UIPIA utiliza a BVC na sua prática diária de cuidados, constituindo-se assim como mais uma das boas práticas de enfermagem levadas a cabo por esta equipa na sua constante procura da Excelência no Cuidar.

Em suma, considero que as intervenções desenvolvidas se centraram nas premissas referidas por Benner (2001, p. 194), num “cuidado genuíno, (...) um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem”, assim como nas competências específicas do EEESM adquiridas ao longo do estágio.

Neste sentido, ser competente é ser capaz, fruto de uma análise consciente, abstracta e analítica, permitindo estabelecer um plano, devidamente fundamentado, a fim de fornecer resposta a um dado problema, contemplando os inúmeros imprevistos inerentes à prática. A planificação consciente e deliberada ajuda a ganhar eficiência, eficácia e organização (Benner, 2001, p. 54).

Considero que o percurso trilhado permitiu fazer eco ao que foi referido anteriormente, possibilitando quer uma aquisição de novas competências profissionais, quer um aperfeiçoamento das existentes, veiculado pela mobilização de instrumentos fundamentais à prática de cuidados de enfermagem, tais como a relação terapêutica e o autoconhecimento, mas também a planificação consciente e deliberada das intervenções, como meio de fornecer uma abordagem adequada às necessidades pessoais e específicas do Cliente, manifestadas no processo de Transição.

Tal facto, foi a meu ver, atingido com a execução e concretização do Projecto de Mestrado numa área até então desconhecida, a da Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência, mas que se revelou desafiante e potenciadora das minhas capacidades e competências pessoais e profissionais, revelando-se agora numa mais-valia na prestação de cuidados no meu contexto diário, o contexto de Clientes adultos com patologia do foro mental.

Tão importante como a experiência adquirida, são as premissas agora lançadas pela responsabilidade inerente à minha prática especializada de enfermagem de saúde mental, sendo este documento apenas o início de uma vontade genuína de procurar e contribuir para a Qualidade e Excelência no Cuidar.

Centrando-se este trabalho na predição do risco de comportamento agressivo do Cliente, é agora a meu ver, necessário que os esforços sejam direccionados para outros factores que têm também uma influência conhecida no seu aparecimento, tais como os factores situacionais, organizacionais e das atitudes dos profissionais (NICE, 2004; Stuart e Laraia, 2005; Townsend, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abderhalden, C. (2008). *The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards*. Dissertação de Doutoramento publicada por Universitaire Pers Maastricht NL. Maastricht University. Consultado a 19/11/2012. Disponível em: <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=9705>.

Abderhalden, C.; Needham I.; Friedli, T.; Poelmans, J.; Dassen, T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 110–117.

Abderhalden, C.; Needham, I.; Dassen, T.; Halfens, R.; Haug, H.; Fischer, J. (2006). *Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application*. BMC Psychiatry, acessado a 2/1/2014, doi:10.1186/1471-244X-6-17.

Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, Volume 2, Editorial Verbo.

Almeida, M.; Ferreira, L.; Nabais, A. (2010). Norma 61. *Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*. HDE – CHLC.

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3.^a Edição, Coimbra: Quarteto Editora.

Almvik R.; Woods P; Rasmussen K. (2000). The Broset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, ISSN: 0886-2605, Vol. 15, p. 1284-1296.

Almvik, R; Woods, P. (2003) - Short-term risk prediction: the Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. ISSN: 1365- 2850. Vol. 10, Vol. 2, p. 236–238.

Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Broset Violence Checklist*. Norwegian University of Science and Technology Faculty of Medicine Department of Neuroscience, Trondheim. Consultado a 9/11/2012. Disponível em: <http://www.europeana.eu/portal/record/9200111/D0B74783158853703632B44F8D8DAD8EEADECB45.html?start=4>

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª Edição, Texto revisto. Lisboa: Climepsi editores.

Anderson, C; Bushmam, B. (2002). Human Agression. *Rev. Psychol.* 53:27–51. Acedido em 3/11/2013, disponível em <http://www.psychology.iastate.edu/faculty/caa/abstracts/2000-2004/02AB.pdf>.

Barros, P; Silva, F. (2006). *Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 55-66. Acedido a 23 de fevereiro de 2014, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100006&lng=pt&tlng=pt.

Barry, T.; Lochman, J. (2004). *Aggression in Adolescents: strategies for parents and educators*. National Association of School Psychologists.

Barzman, D; Mossman, D; Sonnier, L.; Sorter, M. (2012). *Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents (BRACHA): A Reliability Study*. Journal of American Academy of Psychiatry Law 40: 374 – 82, 2012 acedido a 4.3.14 em <http://www.jaapl.org/content/40/3/374.full.pdf>.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Bilgin, H. (2009). An Evaluation of Nurses' Interpersonal Styles and Their Experiences of Violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 252–259.

Bonner, G.; Wellman, N., (2010). Postincident Review of Aggression and Violence in Mental Health Settings. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 48, No. 7.

Bowers *et al.*, (2009). A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry, *Journal of mental Health*, vol. 18, n. 4.

Bulman, C. (1994) Exemplares of reflection; other people can do it, why not you too? In: Palmer; Burns e Bulman. *Reflective practice in nursing. The grow of professional practioner*. Blackwem Science. pp. 131-153.

Canadian Federation of Mental Health Nurses - CFMHN (2006). *Canadian Standards for Psychiatric Mental Health Nursing*. 3ª edição.

- Carvalho, E. e Monteiro, A. (2008). *Sociodrama e sociometria – aplicações clínicas*. São Paulo: Editora Ágora.
- Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E. – Hospital D^a Estefânia (2010). *Manual de integração – Área de Pedopsiquiatria - Clínica da Juventude*. Lisboa.
- Cepêda, T.; Brito, I.; Heitor, M. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: 46p. ISBN 972-675-121-7.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos da Intervenção psicoterapêutica numa perspectiva existencial-humanista*, Lusodidacta, ISBN 9789898075215.
- Chick, N.; Meleis, A. (1986) – Transitions: a nursing concern. In: CHINN, Peggy L. - *Nursing research methodology: issues and implementation*. Rockville Md.: Aspen Publishers. ISBN 978-087-1893-73-4.
- Clarke, D., Brown, A.; Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17 (7), 614–620.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (2^a ed.). Loures: Lusociência.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, Plano 2007-2016*.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016, Resumo Executivo. Lisboa.

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.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência - documento técnico de suporte*. Obtido em 24 de Maio de 2014, de Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE%20RRH%20PSIQ%20IA%20VERS%C3%83O%2023%20NOV.pdf>.

Crocker, J.; Stargatt, R.; Denton, C. (2010). *Prediction of aggression and restraint in child inpatient units*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44:443–449, DOI:10.3109/00048670903489825.

David, T. (2008). What is early childhood for? Understanding Phonics And The Teaching Of Reading: *A Critical Perspective*: Critical Perspectives, nº 9.

Department of Community Services. (2004). *Development of aggressive behaviour in children and young people implications for social policy, service provision, and further research*. Sydney, N.S.W : [Dept. of Community Services] acedido a 9/4/2014. Disponível

em:http://www.community.nsw.gov.au/docswr/assets/main/documents/aggression_discussionpaper.pdf.

Direcção Geral de Saúde (2006). *Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 7/4/2006 - Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais*. Lisboa: DGS;

Direcção Geral de Saúde (2007). *Circular Normativa nº 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007. Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral de Saúde (2011). *Orientação nº21/2011 de 6/6/2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou a envolvente*. Lisboa: DGS.

Duxbury, J. (2003). Testing a new tool: The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS). *Nurse Researcher*, 10, 39–52.

Duxbury, J. A., Bjorkdahl, A., & Johnson, S. (2006). Ward culture and atmosphere. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 273–291). New York: Springer Science-Business Media.

Duxbury, J.; Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478.

Ferreira, F.; Florido, P. (2011). Situações de Agitação e Violência: a Realidade numa Unidade de Doentes Agudos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Junho, Vol. 9, nº 1.

Ferreira, M.; Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes, *Revista Millenium* nº32, Instituto Politécnico de Viseu, acedido a 16.5.14, disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf.

Filliozat, I. (1997). *A Inteligência do Coração, Rudimentos de Gramática Emocional*. Lisboa: Ed. Pergaminho.

Fluttert, F.; van Meijel, B., Nijman, H.; Bjorkly, S.; Grypdonck, M. (2010). *Detached Concern of Forensic Mental Health Nurses in Therapeutic Relationships With Patients: The Application of the Early Recognition Method Related to Detached Concern*; acedido a 1.1.14 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20650372>, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 24, No. 4 (Agosto), pp 266–274, doi:10.1016/j.apnu.2009.09.002;

Gagliotto, G.; Berté, R.; Vale, G. (2012). *Agressividade da Criança no Espaço Escolar: Uma abordagem psicanalítica*; acedido em 18/05/2014, disponível em online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/download/2218/2048.

Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto*. (S. Juhos, Trad.). Lisboa: Climepsi.

International Society of Psychiatric Mental Health Nurses (2010). The Educational Preparation of Advanced Practice Nurses to address the Mental Health Needs of

Children and Adolescents. Acedido a 21/04/2014, disponível em:
<http://www.ispn-psych.org/docs/EduPrepForChildren.pdf>

Koukia, E.; Madianos, M.; Katostaras, T. (2009) *“On The Spot” Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece*. *Issues in Mental Health Nursing*, 30:327–336, Informa Healthcare USA, Inc. ISSN: 0161-2840 print/1096-4673 online, DOI: 10.1080/01612840902754586.

Kristensen *et al.*, (2003). *Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica*. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 175-184.

Laufer, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-27-5.

Leyreloup, A.; Digonnet, E. (2000) - *Pratique de l'entretien infirmier. Pour une première approche*. Elsevier Masson. ISBN: 2-225-83316-8.

Magalhães, S.C. (2011). *A Vivência de Transições na Parentalidade face ao Evento Hospitalização da Criança*, Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Maguire, J.; Ryan, D. (2007). *Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 120–127.

Manes, S. (2007). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos*. Lisboa: Paulus. 188 p. ISBN 978-972-30-1252-1.

Marcelli, D.; Braconnier, A. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9.

- Marcelli, D.; Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, I.; Bessa, A.; Santos, L.; Carvalho, S. (2004). Tradução e adaptação da Brøset Violence Checklist, Coimbra.
- Marques, I.; Bessa, A.; Santos, L.; Carvalho, S. (2012). *Risco de Violência: Avaliação de Preditores Dinâmicos*. Apresentação realizada no I Encontro Internacional de Saúde Mental, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (não publicado).
- Mason, T.; Chandley, M. (1999). *Management of Violence and Aggression, A Manual for Nurses and Health Care Workers*, 1^o Edition, Churchill Livingstone, ISBN: 9780443059346;
- Matos, A. (2012). *Adolescência*. Climepsi Editora, ISBN: 978-972-796-324-9.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-5767-3.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. 3^a ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Moorhead S.; Johnson M.; Maas M.; Swanson E.; (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Nabais, A. (2008) – Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. Conceptualização para a prática Clínica. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 30. (Outubro – Dezembro 2008). p. 38-43.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. Royal College of Nursing London. Acedido em 20/11/2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55521/>.

Ochterman, J.; Bulechek, G. (2008) *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Acedido em: 4/03/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2009^a). Parecer nº140/2009 *Parecer relativo ao regime deontológico da responsabilidade profissional durante o «Exercício Profissional Tutelado» e «Desenvolvimento Profissional Tutelado» do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em: 9/4/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_14_0_2009_Documentos%20MDP.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2009^b). *Parecer nº. 226/2009 sobre a Circular Normativa n.º 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre “Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – Contenção física”*.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Acedido em: 1/03/2014. Disponível

em:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da Criança e do Jovem. Acedido em: 6/05/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colégios/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

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

Polit, D.; Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Queirós, Otilia (2008) – Urgências Psiquiátricas na Adolescência. *Nascer e Crescer, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, Vol. XVII, 17(3): 168 - 172.

Raman, R. (2006). Can't stop bickering? Try cinematherapy. Consultado a 10/03/2014. Disponível em <http://www.movietherapy.org.sg/movietherapy/pdf/GSToday30May.pdf>.

Sande, R. et al (2011). *Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment*. *The British Journal of Psychiatry*, doi: 10.1192/bjp.bp.111.095141.

Schumacher, K.; Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of nursing Scholarship*. ISSN 1547-5069. Vol. 26, nº 2. p. 119-124.

Scivoletto, S.; Boarati, M.; Turkiewicz, G. (2010). *Emergências psiquiátricas na infância e adolescência*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (Supl. 2), S112-S120. Acedido em 23/02/14. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164446201000060008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462010000600008.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164446201000060008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1516-44462010000600008)

Sousa, E.; (2011). A Família – Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Stewart, D. *et al.*, (2009). *Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, nº 16, 749–757, doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x

Stuart, G.; Laraia, M. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8^o edition, Elsevier Mosby, ISBN 0-323-02608-7.

Stubbs, J.; Dickens, G. (2008). Workplace aggression and violence moving forward together. *Physiotherapy Research International, Physiother. Res. Int.*14(4): 199–202, doi: 10.1002/pri.445.

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 13^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 89-111.

Tomey, A.; Aligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (*Modelos e Teorias de Enfermagem*). 5^a ed., Loures: Lusociência. 750p.

Townsend, M. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 5^o Edition, F.A. Davis Company, ISBN-10: 0-8036-2338-0.

Vandenplas-Holper (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e Durante a Velhice*. Capítulo 1, Porto: Edições Asa.

Varcarolis, E. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: a communication approach to evidence-based care*. 2^a ed., Editora Elsevier Saunders. ISBN: 978-0-323-28788-3.

Verzignasse, V. (2008). *Acting Out em um grupo de Adolescentes: um estudo psicanalítico*, Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Vida de Campinas, acessado a 12/05/2014, disponível em <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/busca/arquivo.php?codArquivo=382>

Vinogradov, S.; Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Whittington, R. & Richter, D. (2006). Capítulo 3, From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. in *Violence in Mental Health Settings* (Richter D. & Whittington R.), p. 47–68, Springer, New York.

World Health Organization (2010) - *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*; acessado a 4.2.2014 em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf.

World Health Organization [WHO]. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Recuperado a 1 de Março de 2014, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

World Health Organization [WHO] (2005). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva, World Health Organization. Acessado em 1/03/2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf.

World Health Organization [WHO]. (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion* (Boletim nº 220). Acessado em 1/03/2014. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

Anexo I

Brøset Violence Checklist, versão portuguesa (Marques *et al.*, 2004)

Apêndice I

Brøset Violence Checklist: Propriedades psicométricas numa Unidade de
Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência (Estudo de Investigação)

Apêndice II

Registo de interacção: A intervenção em crise – Comportamento agressivo

Apêndice III

Reflexão: Intervenção no parasuicídio

Apêndice IV

Instrumento para a avaliação das dinâmicas de grupo

Apêndice V

Reflexão: O movimento como meio de intervenção

Apêndice VI

Plano de Sessão: Sessão de Movimento nº5 (Confiança, a minha Foto)

Apêndice VII

Reflexão: A intervenção pelo relaxamento

Apêndice VIII

Tabelas de resultados extraídos em SPSS® decorrentes

da análise das propriedades psicométricas da BVC