



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

Relatório de Estágio

**Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo no
Adolescente com Problemas de Saúde Mental**

Jessica Andreia Catarino Valente

**Lisboa
2023**



Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo no Adolescente com Problemas de Saúde Mental

Jessica Andreia Catarino Valente

Docente orientador:
Professor Doutor António Nabais

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Podemos defender-nos de um ataque, mas somos indefesos a um elogio”

Sigmund Freud

Agradecimentos

Por todo o apoio, disponibilidade e suporte fornecido ao longo deste caminho, agradeço ao professor que me orientou, às orientadoras clínicas e à equipa multidisciplinar dos contextos de estágio que tive a oportunidade de conhecer.

Obrigada a todos os docentes da ESEL que lecionaram o presente Curso de Mestrado, que tanto contribuíram para a tomada de consciência de mim e para o meu crescimento.

A todas as minhas colegas de curso e colegas de trabalho, estou eternamente grata pelas partilhas realizadas, pelo suporte e pela força que me deram ao longo deste percurso moroso, mas tão gratificante.

Agradeço também a todos os clientes aos quais tive a possibilidade de prestar cuidados e que colaboraram no meu desenvolvimento enquanto pessoa, estudante e enfermeira.

Obrigada aos meus amigos por respeitarem e compreenderem a minha ausência prolongada e por todo o suporte que me deram.

Um especial agradecimento à minha mãe, avó e companheiro, pelo carinho, paciência, compreensão, apoio incondicional e preocupação demonstrada ao longo deste percurso e de toda a vida.

Obrigada a todos aqueles que tornaram este caminho mais leve e colorido.

RESUMO

O Relatório de Estágio pretende apresentar todo o percurso delineado ao longo do estágio para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Visa documentar a minha experiência e refletir um trabalho de cariz científico, realizado durante o estágio profissional, que decorreu entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023, numa Consulta de Pedopsiquiatria e numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria.

A temática em estudo é a prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental. Desenvolve-se em cinco módulos, fundamentados no conhecimento experiencial e científico, onde é apresentado o enquadramento conceptual, o enquadramento metodológico, como se procedeu à implementação e à avaliação do projeto de estágio, aborda as questões éticas do trabalho e como se desenvolveram as competências ao longo do estágio, sendo apresentadas as principais atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos delineados e quais os resultados obtidos.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis foi escolhida como a Teoria de Enfermagem que dá sustento ao trabalho desenvolvido com os adolescentes, uma vez que, nesta fase do ciclo de vida, surgem diversas transições que podem ser geradoras de conflitos.

A prevenção é o elemento-chave quando falamos de comportamentos agressivos, sendo que a intervenção de enfermagem é fundamental para que tal seja possível. Neste sentido, houve uma envolvimento nas dinâmicas de grupo desenvolvidas nos dois contextos de estágio, onde se pôs em prática um conjunto de atividades, com recurso a diferentes técnicas para a prevenção e gestão do comportamento agressivo. Os resultados obtidos foram analisados através de uma avaliação qualitativa, onde os adolescentes partilharam emoções, sentimentos e pensamentos, e durante a partilha nas dinâmicas desenvolvidas.

Palavras-chave: Adolescente; Comportamento Agressivo; Problemas de Saúde Mental; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

The Internship Report aims to present the entire path outlined during the internship for the development of skills as a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, developed as part of the Master's Degree Course in Nursing in the Specialization Area of Mental Health and Psychiatric Nursing. It aims to document my experience and reflects a scientific work carried out during the professional internship, which took place between September 2022 and February 2023, in a Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic and a Child and Adolescent Psychiatry Inpatient Unit.

The theme under study is the prevention and management of aggressive behavior in adolescents with mental health problems. It is developed in five modules, based on experiential and scientific knowledge, where the conceptual framework, methodological framework, how the internship project was implemented and evaluated, ethical issues of the work, and how skills were developed throughout the internship are presented. The main activities developed to meet the outlined objectives and the results obtained are also presented.

Afaf Meleis' Transitions Theory was chosen as the Nursing Theory that supports the work developed with adolescents, since in this stage of the life cycle, several transitions can be conflict-generating.

Prevention is the key element when it comes to aggressive behaviors, and nursing intervention is essential for this to be possible. In this sense, there was involvement in group dynamics developed in the two internship contexts, where a set of activities were put into practice, using different techniques for the prevention and management of aggressive behavior. The results obtained were analyzed through a qualitative evaluation, where adolescents shared emotions, feelings, and thoughts, and during the sharing in the developed dynamics.

Key words: Adolescent; Aggressive Behavior; Mental Health Problems; Mental Health and Psychiatric Nursing.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN - *International Council of Nurses*

NOC – *Nursing Outcomes Classification* (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

UIP - Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Definição dos conceitos: Adolescente, Violência, Agressividade, Problemas de Saúde Mental na infância e adolescência	13
1.2. Prevenção e gestão do comportamento agressivo – Intervenções de enfermagem	20
1.3. Comportamentos agressivos e a Teoria de Transições de Afaf Meleis.....	24
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
2.1. Problemática	28
2.2. Objetivos do projeto de estágio	31
2.3. Contexto de estágio Comunitário – Consulta de Pedopsiquiatria	32
2.4. Contexto de estágio Hospitalar – Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria	37
3. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	43
3.1. Diagnósticos de Enfermagem	43
3.2. Intervenções de Enfermagem	44
3.3. Resultados obtidos.....	53
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
5. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EEESMP	61
6. CONCLUSÃO	64
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de identificação de fatores de risco clínico utilizada na UIP

Anexo II– Indicador NOC Autocontrolo da Agressividade

Anexo III– Instrumento de avaliação inicial de acordo com os indicadores NOC Autocontrolo da Agressividade

Anexo IV– Instrumento de avaliação final de acordo com os indicadores NOC
Autocontrolo da Agressividade

APÊNDICES

Apêndice I– Jornais de Aprendizagem realizados em Contexto Comunitário

Apêndice II – Colheita dos dados sociodemográficos dos participantes

Apêndice III – Sessão de Introdução à “Semana da Agressividade”

Apêndice IV – Sessão 1: Expressão Dramática

Apêndice V – Sessão 2: Dança e Movimento

Apêndice VI – Sessão 3: Terapia pela Arte

Apêndice VII – Sessão 4: Psicoeducação

Apêndice VIII – Sessão 5: Cineterapia

Apêndice IX – Balanço Semanal

Apêndice X – Cartolinas da “Semana da Agressividade”

Apêndice XI – Estudo de Caso realizado em Contexto Hospitalar

Apêndice XII – Jornais de Aprendizagem realizados em Contexto Hospitalar

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Competências desenvolvidas.....	61
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi realizado o presente Relatório de Estágio. Este surge como um documento que reflete um trabalho de cariz científico, realizado durante o estágio profissional, que decorreu desde setembro de 2022 a fevereiro de 2023.

Aborda a temática da prevenção e gestão do comportamento agressivo, uma vez que se tratava de uma área que despoletava em mim diversos questionamentos sobre o modo de atuação perante este tipo de comportamentos e quais as intervenções que deveriam ser implementadas na prestação de cuidados ao cliente com comportamento agressivo. Este tema surge também como algo que necessitava de trabalhar e com o qual sentia dificuldade em lidar no meu contexto laboral. De acordo com Silva (2013), os enfermeiros deparam-se com diversas situações que evoluem para um descontrolo emocional e muitas vezes originam um episódio agressivo. A resposta deve ter em conta uma abordagem compreensiva e baseada na prevenção, implementando medidas que impeçam a escalada da agressividade, através de estratégias comunicacionais adequadas (Björkdahl, 2010). Neste sentido, os enfermeiros devem possuir um elevado autoconhecimento, sabendo gerir as relações interpessoais que estabelecem com os seus clientes (Dias, 2020).

Optei por trabalhar esta temática com o adolescente, uma vez que a saúde do mesmo deve ser encarada como uma prioridade, surgindo como foco de atenção (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). A saúde mental na infância e adolescência merece a nossa maior atenção, pois a aposta na promoção da saúde mental, neste período de vida, permite obter ganhos em saúde. Se os problemas de saúde mental forem detetados precocemente e quanto mais cedo forem alvo de intervenção, mais facilmente é possível o seu tratamento, evitando-se, assim, a cristalização de sintomas e o desenvolvimento de patologia mental na idade adulta (Dias, 2020; Nabais & Nunes, 2020). Esta população surgiu como um desafio para mim enquanto pessoa e enfermeira, uma vez que nunca teria tido a oportunidade de prestar cuidados nesta fase do ciclo de vida e pela complexidade inerente à mesma.

Os estágios desenvolveram-se numa Consulta de Pedopsiquiatria e numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria (UIP). Pensar a agressividade com os adolescentes internados com problemas de saúde mental, forneceu-me ferramentas

para refletir e analisar criticamente a minha prática, permitiu-me retirar conclusões da mesma, deu-me a oportunidade de aprofundar conhecimentos e de melhorar ações futuras no meu local de trabalho, num Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental (adultos em fase aguda).

A Teoria de Enfermagem escolhida para dar sustento ao trabalho desenvolvido com os adolescentes foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Considero que a mesma se articula entre o estadio de desenvolvimento escolhido e os comportamentos agressivos, uma vez que os adolescentes internados vivenciam transições inerentes à própria adolescência, inerentes às situações que estão a vivenciar e à passagem de um estado salutogénico para a doença, que podem levar a comportamentos desajustados. Assim sendo, o enfermeiro assume uma intervenção fundamental, ajudando-os a enfrentar essas transições da melhor forma possível, surgindo como um facilitador das mesmas.

A finalidade do presente Relatório de Estágio é apresentar, de modo claro e coerente, o tema escolhido, surgindo como um caminho para a aquisição de novos conhecimentos, para a melhoria da prática de cuidados de Enfermagem e para a obtenção de ganhos em saúde. Tem como objetivo apresentar a pesquisa realizada sobre a temática em estudo, abordar o trabalho desenvolvido durante o estágio e refletir o meu percurso no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Para a consecução do mesmo, tornou-se fundamental recorrer a diversas fontes de conhecimento, tais como: Bibliografia fornecida pelas unidades curriculares do curso de mestrado; bases de dados (*MEDLINE complete*, *CINAHL complete*); documentos publicados por entidades reguladoras nacionais e internacionais (OMS, Direção-Geral da Saúde [DGS], Ordem dos Enfermeiros [OE]); livros publicados; teses de mestrado e de doutoramento nesta área de interesse; partilhas realizadas pelos clientes envolvidos; discussão com peritos da área; e as minhas vivências enquanto pessoa, estudante de enfermagem do 2º ciclo e enquanto enfermeira.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: Introdução; enquadramento conceptual; enquadramento metodológico; implementação e avaliação do projeto de estágio; considerações éticas; desenvolvimento das competências de EEESMP; conclusão; referências bibliográficas; anexos; e apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Definição dos conceitos: Adolescente, Violência, Agressividade, Problemas de Saúde Mental na infância e adolescência

Adolescente

A palavra adolescente significa brotar, fazer-se grande, crescer e vem da palavra em latim *adolescere* (Fonseca, 2017). De acordo com a OMS, o adolescente pode ser definido como um indivíduo entre os 10 e os 19 anos, que se transforma fisicamente e que apresenta um aumento das suas capacidades cognitivas, existindo, nesta fase, uma estruturação do processo de socialização de modo mais sofisticado, um enriquecimento do repertório afetivo e o surgimento de diversas mudanças que transformam o corpo infantil num corpo adulto (DGS, 2013).

Segundo Medeiros (2015), a adolescência é um período de desenvolvimento humano com diversas características singulares. Pode ser definida como um período transitório que ocorre entre a infância e a idade adulta, um período de mudanças biológicas, psicossociais e intelectuais (Saewyc, 2014). Segundo esta autora, nesta fase, existe uma modificação da autoimagem, um aumento do narcisismo, surgem conflitos sobre a independência e o controlo, com um maior esforço para a emancipação, surge também uma separação emocional e física dos pais e uma grande necessidade de agradar o grupo de pares e o medo de rejeição por parte destes. A adolescência pode também ser entendida como

um período do desenvolvimento humano em que ocorrem mudanças no corpo e na sua representação, na conceção de si, dos outros e do mundo, na pluralidade e fluidez de experiências e escolhas, no pensamento, na análise das situações e na capacidade de criar e resolver situações problemáticas (Medeiros, 2015, p.40).

Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva (2020), destacam também a importância dos aspetos comportamentais, sendo a adolescência entendida como um processo de desenvolvimento biopsicossocial e durante esse período deve observar-se um processo de responsabilização e de autonomia gradual, em que o adolescente se torna num indivíduo participativo e ativo na sociedade em que se insere.

Em termos biológicos, as mudanças corporais que ocorrem exigem uma aceitação de uma nova imagem corporal. O adolescente procura equilibrar o seu desejo e capacidade de autodeterminação com os limites que lhe são impostos pelos pais e pela sociedade em geral. Este vai procurando desenvolver a sua autonomia e a relação com os pares (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014). De acordo com os

mesmos autores, considerando as características psicológicas, observa-se um desenvolvimento progressivo do raciocínio abstrato, das competências verbais e das funções executivas. A maior parte dos adolescentes muda os padrões de pensamento concreto para um pensamento abstrato e hipotético (Saewyc, 2014). É na adolescência que os indivíduos constroem um sentido de identidade, o que implica enfrentar situações de stress e novas formas de lidar e resolver problemas (Cartaxo et al., 2014).

Segundo Monteiro & Confraria (2014), a adolescência é um período da vida bastante criativo, onde surgem diversas descobertas, no entanto, também pode ser encarada como uma fase problemática, de isolamento, turbulenta e de rebeldia. Por vezes, torna-se difícil distinguir o que separa o normal do patológico na adolescência, uma vez que, de acordo com os mesmos autores, “o desenvolvimento típico do adolescente caracteriza-se por um período de vários anos em que se verificam momentos de descontinuidade e de rutura, de instabilidade emocional, de crise de identidade e de conflito entre gerações” (p. 352).

Violência

O termo violência vem da palavra em latim *violentia* e expressa o ato de se violar ou violar outrem (Paviani, 2016). De acordo com este autor, o termo está ligado à força, ao ímpeto, a um comportamento deliberado que origina danos físicos ou psíquicos e que produz ameaças, ofensas e humilhações.

A violência pode ser definida como “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação.” (OMS, 2014, citando World Health Organization, 1996, p. 2).

Pode também ser definida a violência juvenil, que é considerada um tipo de violência que envolve jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 29 anos e que abrangem comportamentos prejudiciais que podem continuar na idade adulta, tais como agressões que podem resultar em ferimentos graves, morte e em danos emocionais que podem levar a problemas de saúde mental, aumentando outros comportamentos de risco (OMS, 2014).

Segundo a DGS (2016), o problema da violência é encarada com uma questão de direitos humanos e de cidadania, sendo que a punição dos atos violentos se

encontra contemplada no código penal de Portugal. Pode ser entendida como um ato de brutalidade e de abuso, quer físico, quer psíquico, contra alguém e é caracterizada por relações intersubjetivas e sociais dominadas pela opressão, pelo medo, pelo terror e pela intimidação (Paviani, 2016).

Existe uma proliferação de significados no que respeita à definição do conceito de violência, que nem sempre são coerentes com a gravidade e as características dos atos violentos. Isso acaba por exigir um esforço de reflexão de forma que se identifique o que está por detrás do termo, isto é, as dinâmicas sociais e os processos que lhe estão associados (Lisboa et al., 2006).

De acordo com a DGS (2016), a violência não pode considerar-se como parte da condição humana, pois constitui-se num conjunto de comportamentos condenáveis e reprováveis, que podem englobar atos violentos de natureza psicológica, física, sexual, comportamentos suicidas e outras formas de agressão dirigida a si próprio, negligência e atos de omissão.

A violência surge como um problema mundial de saúde pública, pelo elevado número de vítimas que provoca e pela magnitude das sequelas físicas e emocionais a que dá origem (Rosa, Boing, Schraiber & Coelho, 2010). Pode apresentar um grande impacto negativo na qualidade de vida e na saúde das pessoas e das populações, podendo levar, em casos extremos, à morte.

Não existe propriamente uma única definição do conceito de violência (Lisboa et al., 2006), este tem assumido um carácter não consensual e dinâmico (DGS, 2016). De acordo com Carvalho (2016), “falar, pensar e estudar sobre violência é algo muito complexo” (p. 135), uma vez que a mesma se manifesta de diversas formas e advém de vários fatores.

A DGS (2016), afirma que quando “a administração da agressividade não permite que a interação com o meio se processe de forma equilibrada, podem surgir formas de expressão comportamental que consubstanciam violência” (p.25). No meu ponto de vista, o conceito de violência é distinto do conceito de agressividade, tal como será justificado em seguida.

Agressividade

Os conceitos de violência e de agressividade são recorrentemente confundidos, porém torna-se fundamental realizar a distinção dos mesmos (DGS, 2016). Através

da leitura de variados autores, é possível verificar que o conceito tem sido bastante estudado e desenvolvido ao longo dos anos.

De acordo com Berg (2012), a agressividade é um fenômeno dinâmico, inerente à complexidade do comportamento humano. A agressividade pode ser entendida como uma característica vital e inerente ao ser humano, que surge como um mecanismo de sobrevivência e que determina o processo da construção da identidade e de afirmação pessoal (DGS, 2016). Pode ser objetivável pela utilização de força física ou verbal como reação a uma percepção de ameaça ou a existência de sentimentos de frustração (reação adaptativa) (Gagliotto, Berté & Vale, 2012).

Existem diferentes teorias que dizem respeito a esta temática da agressividade. De acordo com as teorias psicanalíticas, a agressividade pode surgir com uma motivação para destruir a vida (Berg, 2012). Segundo o mesmo autor, à luz das teorias psicológicas, pode ser encarada como uma reação aprendida a eventos frustrantes e do ponto de vista das teorias biológicas surge como um comportamento baseado meramente no funcionamento biológico do organismo. Acrescenta ainda que a agressividade pode possuir diferentes vias, tais como: Motora, emocional, verbal, somática e cognitiva.

A agressividade que é bem gerida e dirigida de forma positiva, pode ser entendida como uma função organizadora e de regulação social e cultural, sendo que esta gestão positiva da agressividade passa por reconhecer e aceitar as diferenças, é adquirida na relação estabelecida com o meio, apoiada no sentimento de pertença e é desenvolvida com base no respeito efetivo, onde a comunicação é algo fundamental (DGS, 2016). Neste ponto, é objetivável a diferença entre a agressividade e a violência. Esta última surge como uma reação não adaptativa, onde “a administração da agressividade não permite que a interação com o meio se processo de forma equilibrada” (DGS, 2016, p. 25).

A agressividade pode ser entendida como algo inevitável, fazendo parte da condição humana (Abderhalden, 2008), enquanto a violência se traduz num comportamento deliberado que origina danos físicos ou psíquicos graves (Paviani, 2016).

No entanto, apesar da agressividade se consagrar como algo inevitável e constituinte da espécie humana, em contexto clínico, a existência de incidentes agressivos deve ser encarada como um problema sério, uma vez que pode ter um

grande impacto na saúde, nos clientes e nos profissionais (Fluttert, Meijel, Nijman, Bjorkly & Grypdonck, 2010).

O comportamento agressivo pode ser definido como uma “ação ou atitude enérgica da autoassertividade imposta ao outro, expressa física, verbal ou simbolicamente” (International Council of Nurses [ICN], 2019). As principais manifestações de agressividade incluem adotar um tom de voz hiperfônico, um discurso hostil ou manipulador, agredir os outros com pancadas, pontapés, murros, entre outros, podendo também ser dirigida a objetos (Carvalho, Parra, Sampaio & Sequeira, 2020).

De acordo com Townsend & Morgan (2021), a raiva expressa-se através da agressividade, porém, a raiva não precisa de ser uma expressão negativa. Segundo estas autoras, a raiva é uma emoção humana normal e saudável, que pode fornecer à pessoa uma força positiva para conseguir a resolução dos seus problemas e para a tomada de decisões, quando é tratada de modo adequado e expressa de forma assertiva. Acrescentam ainda que a raiva só se torna um problema quando não é expressa ou quando se expressa agressivamente, interferindo frequentemente nos relacionamentos interpessoais. A expressão da raiva é aprendida e pode ser controlada pela pessoa.

Quando a raiva é negada ou suprimida, pode dar origem a problemas físicos (exemplo: cefaleias, úlceras, colites) e quando interiorizada, pode dar origem a uma baixa autoestima e a sintomatologia depressiva (Townsend & Morgan, 2021). Segundo as mesmas autoras, a agressividade é a forma como algumas pessoas expressam a sua raiva, sendo que “a agressão é uma função negativa ou o uso destrutivo da raiva” (p. 280).

As autoras defendem que existem fatores predisponentes para a raiva e agressão, tais como: Modelo de conduta (a modelagem pode ser positiva ou negativa consoante o comportamento dos modelos da criança, isto é, a forma como os pais ou as pessoas significativas expressam a sua raiva, torna-se a forma de expressão da raiva da criança); Condicionamento operante (aparece quando um determinado comportamento é reforçado, de forma negativa ou positiva); Fatores neurofisiológicos (a neurofisiologia da agressão é bastante complexa, todavia, acredita-se que existe uma predisposição para a agressão nas pessoas com tumores e traumas cerebrais e em doenças como a encefalite); Fatores bioquímicos (alguns neurotransmissores podem possuir um papel na inibição ou facilitação dos impulsos agressivos); Fatores

socioeconómicos (a exposição a um ambiente violento tem sido reconhecido como um fator importante nas tendências futuras à agressividade); e Fatores ambientais (a temperatura, barulho e aglomerações populacionais são fatores ambientais que agravam o stress, produzindo efeitos a nível do humor e do comportamento. Estudos epidemiológicos apontam para uma associação entre o uso de álcool/consumo de substâncias com um comportamento violento).

Para que haja uma prevenção e gestão do comportamento agressivo, torna-se fundamental a gestão da raiva. Esta consiste na utilização de estratégias e de variadas técnicas que ajudam a controlar a resposta a situações que despoletam raiva. Para que seja possível a gestão da raiva, a apreciação em enfermagem torna-se fundamental, isto é, os enfermeiros devem reconhecer os sinais e sintomas que estão associados à raiva e agressão. De acordo com Townsend & Morgan (2021), torna-se fundamental reconhecer que a raiva pode ser associada a comportamentos como:

“Expressão facial carrancuda; punhos cerrados; expressões verbais em tom baixo, forçadas entre os dentes cerrados; gritos e berros; contato visual intenso ou desvio do contato visual; hipersensibilidade - ofendido facilmente; reação defensiva à crítica; comportamentos passivo-agressivos; falta de controle ou emoções descontroladas; desconforto intenso; estado contínuo de tensão; face avermelhada; e expressão facial ansiosa, tensa e enraivecida.” (p. 282).

Segundo as autoras os comportamentos agressivos podem ser classificados como: brandos (exemplo: sarcasmo); moderados (exemplo: bater com as portas); graves (exemplo: ameaças contra outras pessoas); ou extremos (exemplo: agressividade física contra outras pessoas).

Problemas de Saúde Mental na infância e adolescência

De acordo com a OMS, na Europa, uma em cada cinco crianças manifesta evidência de problemas de saúde mental e 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo sofrem com estes problemas. Em Portugal são poucos os estudos epidemiológicos que nos fornecem dados sobre esta temática (Goldschmidt, Marques & Xavier, 2018).

Nestas faixas etárias torna-se complicado definir diagnósticos definitivos, uma vez que se verifica uma sobreposição de sinais e sintomas em várias perturbações da infância e da adolescência, tornando a definição de fronteiras desafiadora (Cartaxo, et al., 2014). Neste sentido, de acordo com os mesmos autores, é crucial o acompanhamento longitudinal destas crianças e adolescentes. O termo “doença mental” é assim substituído, neste relatório, por “problemas de saúde mental”.

De acordo com Santos (2021), os problemas de saúde mental podem ser percebidos pelo próprio de forma subjetiva (exemplo: tristeza, ansiedade, queixas somáticas) ou manifestam-se através do comportamento (exemplo: heteroagressividade, problemas de atenção, impulsividade). A autora afirma ainda que este tipo de problemas são frequentes, podendo afetar de forma significativa a autonomia e o desenvolvimento das crianças e adolescentes, sendo que muitos tendem a evoluir de forma crônica, tendo repercussões negativas a nível educacional, familiar e social.

Segundo Goodman & Scott (2005), a prevalência de patologia psiquiátrica tem tendência a aumentar com a idade, passando de aproximadamente 8% na primeira infância/idade pré-escolar, para 12% nas crianças em idade escolar e para 15% nos adolescentes. Segundo os mesmos autores e considerando as prevalências por patologia, observa-se que as mais frequentes são os problemas de comportamento (5-10%), as perturbações de ansiedade (4-6%) e a depressão (2%).

Na adolescência, a maioria das perturbações psiquiátricas são a continuação das perturbações que surgiram na infância ou até mesmo manifestações precoces de perturbações do adulto (Cartaxo et al., 2014). Os autores acrescentam que, nesta fase de desenvolvimento, as patologias que se iniciam com maior frequência são a depressão, mania, quadros psicóticos, comportamentos suicidários/parasuicidários, perturbações do comportamento alimentar, ataques de pânico e agorafobia, abuso de substâncias e perturbação da conduta.

Sampaio (2021), afirma que “embora a grande maioria das crianças e dos adolescentes viva a sua infância e adolescência sem dificuldades significativas, cerca de 20% revelam perturbações psiquiátricas” (p.13), revelando que um diagnóstico precoce surge como um aspeto decisivo para uma evolução positiva.

De acordo com Matos (2002), os problemas de saúde mental nesta fase evolutiva constituem um grande problema para os Serviços de Saúde Mental, pela sua gravidade social, frequência e pela complexidade do tratamento. Neste sentido, a saúde mental na infância e adolescência merece a nossa melhor atenção, uma vez que a aposta na promoção da saúde mental nestas faixas etárias permite obter ganhos em saúde. As perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes têm um enorme impacto nos mesmos, que pode ultrapassar o núcleo individual e familiar, acabando por afetar a sociedade a diversos níveis, sendo que “a relevância da Psiquiatria da infância e da adolescência advém da significativa prevalência de perturbações

psiquiátricas nestas faixas etárias, do seu impacto e da potencial vantagem de estratégias preventivas e de intervenção precoce” (Cartaxo et al., 2014, p. 473).

1.2. Prevenção e gestão do comportamento agressivo – Intervenções de enfermagem

Tal como foi transmitido anteriormente, a existência de incidentes agressivos pode ter um grande impacto na saúde, nos clientes e nos profissionais, pelo que deve ser considerada um problema sério (Fluttert et al., 2010). Neste sentido, os enfermeiros devem procurar prevenir este tipo de comportamentos, procurando também intervir na gestão dos mesmos, quando as medidas preventivas não são suficientes. Devem procurar ajudar os seus clientes a reconhecer as suas emoções e sentimentos, entendendo que a raiva é uma emoção aceitável, quando a expressamos de forma apropriada ao contexto.

A prevenção é a melhor arma para o controlo do comportamento agressivo. No entanto, para que tal aconteça, é necessário reconhecer quais os fatores que podem despoletar esse mesmo comportamento, de modo a conseguir controlá-lo e evitá-lo. Torna-se, assim, fundamental reconhecer os sinais comuns de escalada de agressividade para entendermos quando estamos perante a iminência de um comportamento agressivo.

Considerando a escalada da agressividade, constato que a prevenção/gestão do comportamento agressivo atravessa três fases distintas. De acordo com a Royal College of Nursing (2005), a primeira fase diz respeito a Medidas Preventivas, que têm como principal objetivo evitar o potencial de agressividade. Os enfermeiros podem recorrer a diferentes estratégias, tais como: realização de exercícios de autoconfiança, exploração de medos, autoperceção com o cliente; técnicas de relaxamento programadas; reflexão acerca de situações de zanga e como lidar com a agressividade, promovendo o autoconhecimento da pessoa. Podem também utilizar instrumentos de observação do comportamento do cliente, que passam pela observação de quatro pontos fundamentais, como a postura, o discurso, a atividade motora e conhecimento da história prévia de agressão. Neste sentido, a avaliação dos fatores de risco torna-se basilar, uma vez que a “prevenção é o elemento fundamental para controlar o comportamento agressivo ou violento” (Townsend & Morgan, 2021, p. 283). De acordo com as autoras, é importante ter conhecimento da história prévia

de agressividade por parte do cliente, ter conhecimento do seu diagnóstico e reconhecer o comportamento atual do mesmo, para que seja feita uma correta avaliação dos fatores de risco de comportamento agressivo.

A segunda fase abrange as Medidas Antecipatórias, que permitem diminuir o potencial de agressão. Uma das estratégias que podemos adotar é a utilização de medidas antecipatórias comunicacionais, tal como a técnica de De-escalation ou talk down. Segundo Richmond et al. (2012), esta técnica consiste numa estratégia comunicacional em que há uma transferência do estado de calma e tranquilidade para a pessoa agitada, definindo limites claros na esperança de que a mesma responda positivamente a esta interação. O seu objetivo é reduzir o nível de tensão e de excitação do cliente, diminuindo ou evitando a escalada de agressividade, com recurso à comunicação verbal e não-verbal. Permite fornecer suporte ao cliente; estabelecer contacto verbal; dar tempo para que o mesmo pense e responda; promover a escuta ativa e atenta da pessoa evitando interpretações; não provocar, nem criticar; não punir o cliente; não ser agressivo nem usar gestos ameaçadores ou súbitos; assumir uma postura firme, concisa, calma e assertiva, usando um tom de voz calmo e suave com uma linguagem simples; respeitar o espaço pessoal; oferecer opções e otimismo, entre outros (Richmond et al., 2012).

De acordo com os mesmos autores, podemos também recorrer a medidas antecipatórias ambientais (exemplo: usar luz natural, música relaxante, televisão, mobiliário acolhedor e confortável, atividades de grupo), a medidas comportamentais (exemplo: estabelecer limites, contratos comportamentais, afastamento e sistema de recompensa, através do reforço positivo) e a medidas psicofarmacológicas (exemplo: promover a adesão terapêutica, através de estratégias educativas).

A terceira fase implica Medidas de Contenção, que permitem responder à situação de agressividade. Neste momento, as medidas anteriores não tiveram sucesso, pelo que se torna fundamental gerir um comportamento agressivo já instalado. De acordo com a situação que estamos a vivenciar e adaptando-nos ao cliente com quem estamos a lidar, podemos adotar diferentes estratégias. Pode ser necessário recorrer: à contenção ambiental, usando o quarto de isolamento e alternativas ao mesmo; à contenção química, através da utilização da medicação psicoativa prescrita; à contenção física, com recurso a técnicas de autodefesa e de imobilização; e por fim à contenção mecânica, utilizando imobilizadores, cintos e

coletes de contenção (Richmond et al., 2012). Esta última não é um recurso utilizado em contexto de pedopsiquiatria. O Conselho de Enfermagem (2009), afirma que

Junto de crianças não está indicada a imobilização / contenção no leito. Sempre que necessária a contenção física em crianças, é solicitada a presença da família, que em caso de ser necessário imobilizar e conter o comportamento da criança, utiliza o seu próprio corpo. Nas situações em que se justifica a ausência da família por aumento da conflitualidade manifestada pela criança, como se observa, entre outras, em situações que justificam internamento em serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência, não está igualmente indicada a imobilização / contenção no leito, mas a imobilização e contenção recorrendo o enfermeiro ao seu corpo, integrando instrumentos terapêuticos que medeiam a relação. Sendo a imobilização / contenção uma intervenção muito agressiva e de utilização-limite, deve ser sempre explicada à criança como não-punitiva (mesmo em situações psicóticas), necessitando constantemente de a enquadrar no contexto terapêutico, o que obriga à presença apenas de profissionais de saúde nestas intervenções (p.5).

De acordo com Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner (2016), as principais intervenções de enfermagem, relativamente ao diagnóstico de comportamento agressivo, são as seguintes: Executar estratégias de gestão do comportamento agressivo (colocar limites; falar calmamente e num tom de voz baixo; redirecionar a atenção da fonte de agitação; desencorajar o recurso do cliente a um comportamento passivo-agressivo); Orientar sobre estratégias de modificação do comportamento agressivo (encorajar a substituição de comportamentos indesejáveis por comportamentos desejáveis; dar reforço positivo às mudanças comportamentais adotadas; assistir o cliente na identificação dos pequenos progressos; definir por escrito o objetivo comportamental a atingir; desenvolver um programa de mudança de comportamento; desenvolver um método para registar o comportamento e as suas mudanças; encorajar o cliente a participar na monitorização e registo de comportamento; facilitar o envolvimento da família no processo de modificação do comportamento, se apropriado, e promover a aprendizagem do comportamento desejado com recursos a técnicas de modelagem); e orientar os familiares/cuidadores sobre estratégias de prevenção e de proteção relativas à agressividade.

Segundo estes autores, existem ainda intervenções secundárias/opcionais, que são as seguintes: executar treino de assertividade, executar treino de controlo de impulsos e executar aconselhamento. Estas intervenções foram entendidas como tal, uma vez que o seu planeamento e execução é apenas passível de ser realizado por um EEESMP (Carvalho et al., 2020).

As intervenções relativamente ao comportamento agressivo devem ter por base a tipologia de comunicação a privilegiar, que deve seguir as seguintes diretrizes: evitar movimentos bruscos; falar pausadamente e num tom de voz adequado; manter contato ocular; manter distância de segurança; evitar fazer anotações; apresentar-se e apresentar os outros membros da equipa; fazer perguntas claras e diretas; colocar limites sem ser de forma autoritária; não fazer ameaças ou humilhações, evitar confrontar a pessoa; estimular a pessoa a expressar as suas emoções e o seu ponto de vista; disponibilizar ajuda e orientar sobre estratégias de resolução de problemas (Carvalho et al., 2020).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os clientes na unidade e que com eles comunicam e estabelecem uma relação terapêutica e de confiança, assim sendo, os enfermeiros assumem um papel fundamental na gestão do comportamento agressivo. Segundo Vicente (2016),

Quando os enfermeiros manifestam uma postura de disponibilidade para o utente, e interesse face ao seu estado de saúde, estão a conquistar a sua confiança, a obter a sua colaboração no processo terapêutico e simultaneamente, a contribuir para a diminuição da possibilidade de ocorrência de comportamento agressivo (p. 51).

Neste sentido, é possível vislumbrar a importância que um ambiente terapêutico assume na prevenção dos comportamentos agressivos. Segundo Matos (2002),

A correcta organização das atividades do grupo, o apoio às necessidades individuais e o respeito pelas particularidades de cada doente, bem como a boa e equilibrada relação interpessoal na equipa terapêutica, são as pedras de toque do «clima» psico e socioterapêutico que deve envolver a comunidade hospitalar. Este ambiente humano constitui uma das armas mais poderosas do arsenal terapêutico” (p. 46).

É fundamental salientar também a importância da família, que deve ser sempre entendida como cliente de cuidados e não apenas como parceira ou como alguém que garante a continuidade de cuidados, logo os objetivos da intervenção de enfermagem de saúde mental na infância e adolescência têm também como foco a família (Nabais & Nunes, 2020).

1.3. Comportamentos agressivos e a Teoria de Transições de Afaf Meleis

Ao longo do meu percurso para me tornar EEESMP, necessitei de recorrer a diversos autores e teorias de enfermagem de forma a adquirir e desenvolver conhecimentos, baseando-me na melhor evidência disponível. Neste contexto, a teoria que mais me fez sentido basear as minhas intervenções foi a Teoria das Transições de Meleis.

Uma transição significa mudança na situação de saúde, no ambiente relacional, nas expectativas ou habilidades e requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria (Meleis, 2007). Eu própria me encontro em transição neste momento, experienciando novos conhecimentos que estão a contribuir para alterações a nível do meu comportamento e que alteraram a forma como eu me vejo, como vejo o outro e o mundo.

Afaf Meleis destaca-se pelo trabalho desenvolvido acerca do conceito de transição, dando a entender qual a sua relevância para a prática da enfermagem. A sua teoria explora diferentes tipos de transições, engloba as propriedades universais da transição, as condições da transição, que podem ser facilitadoras ou inibidoras. Aborda também os indicadores de transição saudável e estratégias terapêuticas de enfermagem.

Os enfermeiros, em contexto de prestação de cuidados, são frequentemente confrontados com diferentes transições, tais como: Desenvolvimentais (consistem em processos de maturação desde o momento do nascimento até à morte); situacionais (compreendem eventos previstos ou não, que irão desencadear alterações que levam a pessoa a ter que se adaptar à situação de mudança); de saúde-doença (engloba mudanças que influenciam a adaptação da pessoa ao ambiente) e organizacionais (inclui mudanças relacionadas com o contexto político, económico, social e na dinâmica da organização) (Meleis, 2007).

As transições mencionadas podem ocorrer em simultâneo num determinado período (Meleis, 2010), como é o caso da população alvo do presente relatório, o adolescente. A adolescência é, por si só, uma fase de transição de desenvolvimento entre a infância e o ser adulto, que envolve marcadas mudanças a variados níveis (biológico, cognitivo, psicossocial e cultural). Mesmo ocorrendo em circunstâncias ditas “normais”, esta fase é considerada um momento de crise (Neto, Dias, Rocha &

Cunha, 2007), na qual o adolescente enfrenta diversos desafios inerentes à sua faixa etária.

O facto de necessitarem de cuidados de saúde por problemas de saúde mental, dá origem a uma transição de saúde/doença. Sendo que a sua hospitalização faz com que vivenciem uma transição situacional, que os leva a terem de se adaptar a múltiplas mudanças concomitantemente.

Torna-se também importante reforçar que, segundo Nabais & Nunes (2020), na infância e adolescência, surgem fatores de risco que predizem o surgimento de alterações na saúde mental, tais como as transições situacionais, de desenvolvimento ou de saúde-doença, transições essas que, de acordo com Meleis (2010), expõem as crianças a cuidados desadaptados às suas necessidades. Assim sendo, as transições que os adolescentes experienciam, podem originar alterações na saúde mental dos mesmos. Por outro lado, quando experienciam, por exemplo, uma transição de saúde/doença, esta pode conduzir a outras transições bastante significativas, como é o caso da transição situacional, em caso de necessidade de internamento.

Todas estas mudanças repentinas e prolongadas no tempo podem fazer com que o adolescente não se consiga adaptar às novas circunstâncias, traduzindo-se, por vezes, em comportamentos agressivos onde a raiva é expressa de maneira inapropriada. A gestão de uma turbulência de emoções em simultâneo, as mudanças de papel, a alteração do seu estado de saúde e a mudança de ambiente, podem levar a sentimentos de zanga, frustração e de raiva.

Em qualquer uma das transições referidas, o adolescente precisa de mobilizar as forças internas e externas que possui para conseguir enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças resultantes das mesmas (Meleis, 2007), o que nem sempre consegue fazer. Neste sentido, os enfermeiros devem conhecer quais as transições existentes, estando preparados para as antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar o adolescente a lidar também com as mesmas.

De acordo com Meleis (2007), no decorrer das transições referidas, surgem perdas de ligações, de suporte social e por vezes de objetivos significativos. A autora defende que o enfermeiro deve procurar compreender a transição a partir do ponto de vista de quem a está a vivenciar e identificar as necessidades do outro, tendo também em consideração os fatores que medeiam os processos de transição, incluindo estratégias de promoção de saúde e ações preventivas à transição (quando é previsto

que o acontecimento ocorra) e/ou estratégias de intervenção (quando o acontecimento está em curso ou já ocorreu).

Na sua Teoria, Afaf Meleis define também outros conceitos estruturais para a Enfermagem, tais como: Cliente (ser humano com necessidades, em constante interação com o ambiente, conseguindo adaptar-se ao mesmo. Devido à transição experienciada apresenta um desequilíbrio, ou risco de o desenvolver); interação (o enfermeiro interage com o cliente e com o ambiente, sendo que este conceito emerge a forma como o enfermeiro avalia as necessidades e os recursos do cliente e como planeia e implementa as intervenções terapêuticas); ambiente (engloba a família, os sistemas sociais, a cultura, os contextos de proximidade e os profissionais de saúde, devendo surgir como facilitador do processos de transição); processo de Enfermagem (estrutura para o estudo e para a prática da enfermagem, contemplando a avaliação, o diagnóstico, o planejamento, a intervenção e a prestação de cuidados de enfermagem); intervenções terapêuticas (surgem como o cerne do processo de enfermagem e são definidas como as atividades ou ações de enfermagem realizadas de modo intencional no cuidado ao cliente. Surgem como uma forma de facilitar os processos de transição, maximizando as capacidades do cliente); e saúde (surge como uma adaptação, uma capacitação pessoal e domínio sobre o corpo) (Meleis, 2017).

Os enfermeiros devem estar atentos às exigências inerentes à situação de transição, dando suporte e preparando as pessoas, neste caso os adolescentes e respectivas famílias, para as transições. Em muitas ocasiões, são estes profissionais os primeiros cuidadores destas pessoas, ajudando-as a desenvolver competências para melhor lidar com as situações que estão a enfrentar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Considero esta teoria fundamental para uma compreensão das transições que os clientes, alvo dos nossos cuidados, vivenciam e que implicações as mesmas têm na sua vida, ajudando os enfermeiros a planejar as suas intervenções, uma vez que “tem potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas em transição” (Abreu, 2008, p.45).

Neste contexto específico da Pedopsiquiatria, para que uma determinada transição possa prosseguir de forma positiva, o adolescente tem de se sentir integrado e acolhido no novo contexto, onde o enfermeiro assume uma intervenção

fundamental, fornecendo-lhe recursos e ajudando-o a identificar e a utilizar estratégias para lidar com as transições em curso. Incentiva também o adolescente a estabelecer interações positivas e saudáveis com a família/pessoas significativas, intervindo também junto da família, alvo dos seus cuidados e que também está a vivenciar transições importantes.

Segundo Meleis (2007), a maneira como as pessoas dão resposta às transições, o modo como o ambiente afeta essas mesmas respostas, o significado que fornecem ao processo de transição que estão a vivenciar, as estratégias e os recursos cognitivos e emocionais que apresentam, são questões fundamentais para a enfermagem.

Quando o alvo dos cuidados de enfermagem é o adolescente e respetiva família, torna-se fundamental que o enfermeiro seja detentor de um conjunto vasto de saberes sobre como os ajudar a vivenciar e a ultrapassar as situações de transição. Deve ainda possuir competências comunicacionais e demonstrar compreensão e empatia pelo adolescente em transição, sendo necessário conhecer as suas necessidades, crenças, receios, perspetivas e expectativas, envolvendo-se e criando uma relação terapêutica com o mesmo.

Neste sentido, é possível constatar que os enfermeiros devem surgir como facilitadores das transições, sendo o conceito de transição central em Enfermagem. Surge, deste modo, a pertinência do seu uso no presente relatório, uma vez que, tal como foi transmitido, o adolescente depara-se com diversas transições a ocorrer em simultâneo, transições estas que podem dar origem a respostas desadaptadas e desajustadas, como é o caso dos comportamentos agressivos, necessitando, assim, de ajuda para as enfrentar e superar.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Problemática

Na década de 70/80, os comportamentos agressivos das crianças eram justificados pelas características do desenvolvimento ou devido à ansiedade dos pais, sendo que raros eram os casos em que existia referência para cuidados de saúde mental, existindo também uma escassez de respostas eficazes (Nabais & Nunes (2020).

Estudos epidemiológicos referem que a prevalência de perturbações psiquiátricas na infância e adolescência é de aproximadamente 20% (Goldschmidt et al., 2018). Segundo a OMS, na Europa, uma em cada cinco crianças manifesta evidência de problemas de saúde mental e 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo sofrem com estes problemas. Se forem considerados os problemas de saúde mental de menor gravidade, a prevalência é ainda maior (Santos, 2021).

Neste sentido, a saúde mental na infância e adolescência merece a nossa melhor e maior atenção, pois a aposta na promoção da saúde mental, neste período de vida, permite obter ganhos em saúde. De acordo com Dias (2020), se este tipo de problemas for detetado de forma precoce e quanto mais cedo forem alvo de intervenção, mais facilmente é possível o seu tratamento, evitando-se, assim, a cristalização de sintomas e o desenvolvimento de patologia mental na idade adulta. Nabais & Nunes (2020), defendem a mesma ideia, referindo que, nestas faixas etárias, quando surgem problemas emocionais e de comportamento é fundamental e benéfica uma avaliação e intervenção precoce. O atraso na resposta a estas dificuldades pode dificultar o tratamento, a reabilitação e reinserção da criança/adolescente (Major & Seabra-Santos, 2013).

A promoção da saúde e do desenvolvimento dos adolescentes significa a realização de todo o seu potencial, orientando a sua saúde e protegendo os seus direitos, assim sendo a saúde do adolescente é encarada como uma prioridade, surgindo como foco de atenção (OMS, 2019).

A OMS (2019), defende ainda que todas as crianças e adolescentes devem ter a oportunidade de fazer uma transição segura e saudável da infância para a adolescência e da adolescência para a idade adulta, dotados das aptidões e competências necessárias para dar um contributo positivo para a sua própria saúde e para a sociedade.

Tal como foi referido anteriormente, o comportamento agressivo pode ser definido como uma “ação ou atitude enérgica da autoassertividade imposta ao outro, expressa física, verbal ou simbolicamente” (ICN, 2019) e é importante termos em conta que a agressividade é um comportamento natural e inerente ao ser humano, sendo que todos nós a vivenciamos em menor ou maior intensidade. Essa agressividade é manifestada por diversos motivos ao longo do ciclo de vida (Valentim, Laranjeira & Querido, 2020).

A causa mais frequente de referenciação à consulta de pedopsiquiatria são os problemas de comportamento (Cartaxo et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, a desobediência e a agressividade podem existir em algumas etapas do desenvolvimento normal, especialmente na idade pré-escolar e na adolescência. Por esse motivo deve ser considerada a gravidade, a persistência e o impacto dos comportamentos, e que fatores podem contribuir para a existência de comportamentos agressivos, havendo uma etiologia multifatorial.

Segundo Townsend & Morgan (2021), a raiva expressa-se através da agressividade, no entanto, não precisa de ser uma expressão negativa, sendo uma emoção humana normal e saudável quando expressa de forma adequada ao contexto. Quando se perde o controlo da raiva pode ocorrer um comportamento agressivo, porém, ela pode ser trabalhada de forma que seja expressa de maneira assertiva, numa tentativa de promover a resolução de determinada situação (Valentim et al., 2020).

Em contexto de cuidados, os enfermeiros são aqueles que estão mais suscetíveis a ser alvo de agressão verbal (Stone, McMillan, Hazelton & Clayton, 2011). Ao longo da sua prática, deparam-se com variadas situações que evoluem para um descontrolo emocional e muitas vezes originam um episódio agressivo (Silva, 2013). As situações em que surgem comportamentos agressivos têm uma maior probabilidade de ocorrer em contexto psiquiátrico, devido à situação de crise vivenciada por estas pessoas e os episódios de agressividade, com passagem ao ato da pessoa doente, são um motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares (DGS, 2007).

Neste sentido, a resposta dos mesmos deve ter em conta uma abordagem compreensiva e baseada na prevenção, implementando medidas que impeçam a escalada da agressividade, através de estratégias comunicacionais adequadas (Björkdahl, 2010). Devem também estar familiarizados com os processos

transferenciais e contra transferenciais que ocorrem na relação terapêutica com os seus clientes, sendo que a rigorosa gestão do espaço vital deve também estar presente na prestação de cuidados. Tais noções, obrigam os enfermeiros a possuírem um elevado autoconhecimento, sabendo gerir as relações interpessoais que estabelecem com o alvo dos seus cuidados e sabendo também realizar a gestão das relações intrapessoais (Dias, 2020).

O foco da intervenção deve centrar-se na prevenção dos comportamentos agressivos ao invés da sua gestão (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015).

Escolhi focar-me nesta problemática por abordar temáticas importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, estando relacionada com as inquietações que vão surgindo ao lidar com doentes com comportamento agressivo no meu contexto laboral. Era um tema frágil para mim, no sentido em que necessitava de me munir de novos conhecimentos e de estratégias para lidar com este tipo de comportamentos. Reconheço que a minha prática neste contexto não era a melhor, recorrendo a medidas de contenção numa fase precoce, onde ainda não tinha esgotado todas as medidas anteriores e onde a prevenção muitas vezes escasseava. Reconheço agora que a contenção mecânica tem um enorme impacto na liberdade do outro, na sua autodeterminação e dignidade e de acordo com Valentim et al. (2020), “deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas” (p.12).

A meu ver, torna-se fundamental continuar a refletir e a intervir nesta temática complexa, pois, apesar de existirem diversas intervenções de enfermagem fundamentadas para a prevenção e gestão do comportamento agressivo, esta ainda surge como um enorme desafio para os profissionais de saúde (Bonner & Wellman, 2010) e constitui-se também como um enorme desafio para mim enquanto enfermeira que presta cuidados num Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Neste sentido, procurei conhecer e envolver-me num ambiente terapêutico com menor recurso a medidas de contenção, enfrentando um mundo desconhecido para mim, o da Pedopsiquiatria. Segundo os autores anteriores, os enfermeiros devem, através da presença e do acompanhamento individual dos adolescentes, proporcionar a libertação de tensões e hostilidade, com recurso à palavra ou a outras formas de expressão, adequadas ao contexto. (Valentim et al., 2020). Algo que procurei desenvolver ao longo do meu percurso.

No meu ponto de vista, esta temática surge como uma área de interesse investigativo para a prática e disciplina de enfermagem e ajudou-me a adquirir e a desenvolver competências de EEESMP.

Após definir a problemática em estudo, importa identificar qual a intervenção do EEESMP na prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental, algo que será abordado nos capítulos seguintes.

2.2. Objetivos do projeto de estágio

Foram definidos dois grandes objetivos gerais para o projeto de estágio realizado anteriormente, sendo que para cada um foram também definidos objetivos específicos.

Para o objetivo geral **Promover a saúde mental da criança e adolescente, mobilizando as competências de EEESMP**, defini como objetivos específicos: Demonstrar tomada de consciência de mim, procurando gerir fenómenos transferenciais e contra transferenciais na relação terapêutica com a criança e adolescente e respetivas famílias; Assistir a criança e o adolescente na otimização da sua saúde mental em contexto de ambulatório, participando em projetos de promoção, reabilitação, reinserção e de proteção da saúde mental; e Implementar intervenções psicoterapêuticas e sócio terapêuticas com a criança e adolescente, em contexto de crise, de forma a melhorar e recuperar a sua saúde.

Para o objetivo geral **Desenvolver competências na gestão e prevenção do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental**, defini como objetivos específicos: Implementar intervenções junto do adolescente, prevenindo e gerindo o seu comportamento agressivo, em contexto de ambulatório e de internamento; e Avaliar que resultados são obtidos com a utilização das técnicas de prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental.

Em seguida procurarei dar resposta aos objetivos elencados, explicando que percurso realizei para os concretizar. Começarei por descrever em que contextos se desenvolveram os estágios realizados e que atividades desenvolvi ao longo dos mesmos.

2.3. Contexto de estágio Comunitário – Consulta de Pedopsiquiatria

O meu primeiro contacto com o mundo da Pedopsiquiatria iniciou-se no contexto da comunidade, numa consulta de Pedopsiquiatria, e desenvolveu-se de setembro a novembro de 2022 (250 horas).

Caracterização do contexto

A consulta está localizada num hospital regional, funciona de segunda a sexta-feira, predominantemente no horário da manhã (das 8 às 16 horas). A população alvo são crianças em idade pré-escolar e escolar. A equipa é constituída por Pedopsiquiatras, EEESMP, Professora, Terapeuta da fala, Psicomotricista, Psicólogos, Assistente social, Assistentes operacionais, Administrativos e outros técnicos. Ocorrem semanalmente reuniões clínicas envolvendo a equipa multidisciplinar, onde são discutidos os casos clínicos.

Em relação ao espaço físico, a unidade é composta por: gabinetes pertencentes à equipa multidisciplinar, ginásio onde são desenvolvidas as atividades, sala onde são desenvolvidos os grupos terapêuticos, sala de espera, entre outros.

Este contexto tem como missão a prevenção, tratamento e reabilitação das crianças com perturbações mentais em idade pré-escolar e escolar, em articulação com a família e com a comunidade.

Atividades desenvolvidas

Numa fase inicial procurei conhecer e integrar as atividades desenvolvidas na unidade. Procurei também apresentar e discutir com a orientadora clínica o projeto de estágio delineado, sendo que este contexto serviria para dar resposta ao primeiro objetivo geral definido (Promover a saúde mental da criança e adolescente, desenvolvendo competências de EEESMP).

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de integrar e intervir em grupos terapêuticos. O horário de funcionamento da consulta, às segundas-feiras, era compreendido entre as 8 horas e as 19 horas, para que esses grupos pudessem ser desenvolvidos. No período da manhã existiam quatro grupos, dois com crianças em idade pré-escolar e dois com os respetivos pais das crianças envolvidas. Os dois primeiros grupos terapêuticos iniciavam-se pelas 9 horas e terminavam pelas 10 horas e 30 minutos, funcionando em simultâneo. Um deles era constituído por quatro crianças entre os 4 e os 5 anos de idade, sendo que o outro era constituído pelos pais das respetivas crianças. Os dois segundos grupos terapêuticos iniciavam-se às 11 horas e 30 minutos e terminavam às 13 horas, funcionando também em simultâneo.

Um deles era constituído por três crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos de idade, e o outro grupo constituído pelos pais dessas crianças. Os grupos decorreram entre dia 3 de outubro de 2022 até 12 de dezembro de 2022, perfazendo um total de 10 sessões. Os grupos formados eram fechados, uma vez que os elementos que o constituíram entraram e saíram na mesma altura, num período fixo estabelecido.

Tive a oportunidade de integrar o primeiro grupo de crianças e o segundo grupo de pais, conhecendo a realidade de ambos. No grupo das crianças estava presente uma Pedopsiquiatra, uma Terapeuta da fala, uma EEESMP e eu, enquanto estudante. As crianças que integram o grupo apresentam dificuldades na linguagem, angústia de separação e alterações do sono.

No grupo de pais, a equipa era constituída por uma EEESMP e por uma Professora de ensino especial, sendo que eu estava presente enquanto estudante, observando as dinâmicas desenvolvidas. Neste grupo foi trabalhada a comunicação familiar e identificados os recursos e as dificuldades familiares existentes.

Após cada grupo, a equipa multidisciplinar que está integrada nos mesmos reúne-se, abordando as temáticas desenvolvidas e realizando a apreciação e avaliação do que foi realizado, havendo uma partilha de *feedbacks* e perspetivas sobre o que ocorreu nos grupos.

Neste estágio, apercebi-me da importância dos grupos terapêuticos e constatei que em contexto psiquiátrico, o trabalho desenvolvido com os clientes e respetivas famílias assume frequentemente a forma de grupos, sendo que com esta oportunidade de trabalho de grupo, o enfermeiro tem a possibilidade de conseguir abranger na sua intervenção um maior número de pessoas em simultâneo (Townsend, 2011). Deste modo, as pessoas envolvidas ajudam-se entre si, partilhando as suas ideias, comportamentos, sentimentos, preocupações, expectativas e opiniões.

Yalom & Leszcz (2005), referem 11 fatores terapêuticos que as pessoas podem obter através de interações interpessoais dentro do grupo em que estão inseridos, tais como: A instilação de esperança (esperança que os seus problemas também possam ser resolvidos, ao observar o progresso dos outros elementos do grupo, que têm problemas idênticos); universalidade (os elementos do grupo conseguem perceber que não estão sozinhos e que existem vivências semelhantes às suas); transmissão de informação (partilha de conhecimentos dentro do grupo); altruísmo (preocupação com o outro); recapitulação corretiva do grupo primário familiar (reexperimentar os

primeiros conflitos familiares que não ficaram resolvidos); desenvolvimento de técnicas de socialização (por meio da interação com o grupo conseguem aprender habilidades sociais); comportamento imitativo (os elementos do grupo procuram imitar comportamentos que pretendem desenvolver); aprendizagem interpessoal (entendem como percebem os outros e como são entendidos pelos mesmos); coesão do grupo (sentimento de pertença, é criada uma aliança); catarse (expressão sincera de sentimentos); e fatores existenciais (ajudam-se a dar um sentido à própria vida).

Segundo Townsend & Morgan (2021), existem 3 fases de desenvolvimento de um grupo: Inicial, operacional e de conclusão. De acordo com as autoras, na primeira fase, os elementos do grupo e o líder do mesmo são apresentados, estabelecem as regras do grupo e as metas a atingir. O líder estimula a participação dos elementos do grupo, promovendo um ambiente de confiança. Na segunda fase já existe coesão entre os elementos do grupo e surge a solução de problemas, a tomada de decisão e as discordâncias são resolvidas. O líder surge como facilitador, ajudando o grupo a resolver conflitos e fomentando a coesão entre eles. Na terceira fase, o líder estimula os elementos do grupo a recordarem o que aconteceu ao longo do mesmo, pensando no que correu bem e no que correu menos bem, refletindo sobre o seu percurso. Nesta fase, surgem sentimentos de perda, relacionados com o término do grupo, algo que foi trabalhado com os elementos, ao serem preparados, ao longo das sessões, para esse fim.

Ao longo do estágio, entendi a importância que o brincar terapêutico tem num grupo constituído por crianças. O brincar surge como um facilitador do trabalho psíquico, pois este pode oferecer à criança uma “organização e apropriação do mundo interno e externo, elaboração de conflitos e domínio da realidade” (Ortolan, Lima, Maireno & Sei, 2018, p. 27). Aqui, os profissionais que gerem o grupo, também se envolvem no brincar, estando em constante brincadeira com as crianças, surgindo assim uma sobreposição de duas áreas do brincar, a do cliente e a do profissional (Winnicott, 1975). Tive a possibilidade de vislumbrar como as crianças interagem entre si e com a equipa, como é o seu comportamento em grupo, como brincam e como comunicam entre si, algo que tive oportunidade refletir e analisar no estudo de caso de grupo que desenvolvi neste contexto específico.

Os grupos terapêuticos surgem como uma estratégia importante na prática da enfermagem, uma vez que favorecem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente e respetivos familiares (Spadini & Souza, 2006). Para os

desenvolver, o enfermeiro tem de se envolver num importante trabalho de autoconhecimento e tem de possuir um conhecimento específico sobre a dinâmica de grupo. Procurei investir neste trabalho de autoconhecimento através dos jornais de aprendizagem realizados (Apêndice I) e através dos registos de interação diários sobre os grupos desenvolvidos.

Tive ainda a oportunidade de estar integrada e de desenvolver, junto de uma colega da especialidade e de um EEESMP/professor, um grupo de Sociodrama, com cinco crianças em idade escolar (dos 9 aos 12 anos). As sessões realizavam-se todas as segundas-feiras das 17 horas às 18 horas e 30 minutos, sendo que cada sessão tinha a duração de 1 hora e 30 minutos. As mesmas decorreram entre dia 10 de outubro de 2022 e dia 2 de janeiro de 2023, perfazendo um total de 9 sessões.

As crianças envolvidas no grupo foram encaminhadas para este tipo de intervenção pelas seguintes problemáticas: agitação psicomotora, dificuldade de concentração/atenção, dificuldades de aprendizagem, alterações no comportamento social, ansiedade, ideias de morte, alterações no padrão de sono, agressividade, atitudes de oposição e desafio e história de bullying.

Torna-se também importante abordar em que consiste o Sociodrama e como se desenvolveu este grupo. O sociodrama constitui-se numa intervenção socioterapêutica que tem como foco denominadores coletivos, em que o verdadeiro sujeito é o grupo e onde os seus elementos procuram modificar os comportamentos de forma a resolver conflitos interpessoais (Abreu, 2006). De acordo com o mesmo autor, este método permite que os intervenientes possam assumir, inibir e/ou recriar papéis psicodramáticos, de forma espontânea e criativa, sendo que ao assumirem esses papéis pode surgir uma mudança interior, produzindo, assim, um efeito terapêutico. Na dramatização a criança é confrontada com a sua capacidade criativa, tem a oportunidade de desempenhar novos papéis e experimenta novas vivências, promovendo o seu crescimento interior e expandindo o seu mundo interno (Martins, Ribeiro & Sousa, 2008).

As sessões desenvolvidas tinham os seguintes objetivos: desempenho de papéis no grupo, permitir a ação dos conflitos internos, incentivar a catarse das emoções e proporcionar um crescimento pessoal e social.

Inicialmente foi favorecido o desenvolvimento de uma relação terapêutica com as crianças envolvidas, criando uma relação de confiança com as mesmas, através de uma atitude não crítica perante os seus comportamentos e partilhas, transmitindo

segurança, e através de uma atitude empática e de aceitação. Foi também estabelecida uma aliança terapêutica com as mesmas, reforçando que “o teu segredo é o meu segredo”, transmitindo-se a ideia de que tudo o que acontecia dentro do grupo ficava dentro do grupo, não podendo ser abordado no seu exterior.

Ao longo das sessões, foi criado um clima de aceitação perante as atitudes e comportamentos dos envolvidos, adotando-se uma atitude espontânea e criativa. Foram criados momentos catárticos, de ação, de expressão de sentimentos e emoções. Naquela sala ouviram-se gritos, choro, desabafos, partilhas, demonstraram-se e enfrentaram-se medos e angústias e surgiram conflitos. Naquele espaço único, assistiu-se a momentos de agressividade latente e expressa, nos quais a equipa teve de intervir, viveram-se momentos tensos e momentos felizes, onde as gargalhadas também imperaram. Houve espaço para a reelaboração de alguns acontecimentos, foi incentivada a resolução dos conflitos, estimulada a expressão de sentimentos e de emoções e procurou-se criar uma aliança relacional entre o grupo. Jogaram-se jogos e criaram-se histórias, onde os comportamentos oscilaram entre a oposição, provocação, fraca adesão às dinâmicas propostas e entre momentos de partilha genuína e de entrega total.

Ao longo do estágio tive também a possibilidade de observar consultas de enfermagem e de interagir com as crianças que integravam as mesmas.

Neste contexto de ambulatório deparei-me com a necessidade de uma intervenção familiar sistémica e a existência de grupos terapêuticos, emergindo a necessidade de reconhecer e entender qual o papel do enfermeiro especialista nesta temática específica, de modo a conseguir adquirir e desenvolver essas competências.

Procurei entender em que consiste uma intervenção familiar sistémica. Primeiramente, através do que tive oportunidade de experienciar, constato que é fundamental compreender a realidade que a família enfrenta, saber ouvir, aceitar e compreender a sua complexidade e a sua singularidade (Sequeira, 2016). É também importante ter em consideração que

a avaliação e intervenção familiar não tem o objetivo de resolver o problema. Pretendem ir ao encontro de um sistema, com necessidades potencialmente sensíveis aos nossos cuidados, e que, com o nosso envolvimento pode fazer emergir um estado de menor sofrimento e maior ajuste emocional (Seabra, 2010, p. 20).

Assim sendo, a enfermagem de família deve centrar-se nas relações e não apenas nos elementos isolados, tendo um entendimento sistémico das famílias (Wright & Leahey, 2013).

Nas consultas, observei que era realizada uma entrevista familiar numa primeira abordagem à família. Esta entrevista familiar tinha os seguintes objetivos: Proporcionar canais de comunicação; avaliar as necessidades e recursos da família; compreender a estrutura e a dinâmica familiar; ajudar na potenciação das competências; perceber os níveis de angústia (por vezes a angústia deve-se a uma crise familiar); ajudar a que compreendam as implicações da crise que ocorreu e as opções de tratamento; integrar a família no planeamento dos cuidados; negociar um compromisso; entre outros (Seabra, 2010).

Estas entrevistas eram realizadas num local acolhedor, onde a confidencialidade era assegurada e onde a família era sempre questionada se eu poderia ou não participar na consulta realizada. De acordo com Seabra (2010), neste contexto, o enfermeiro deve procurar responder às perguntas da família e assegurar-se que compreenderam, deve observar relações e promover a comunicação, observar também a comunicação não verbal, colaborar na resolução de problemas e prestar os esclarecimentos necessários para a tomada de decisões. É também fundamental a escuta ativa e empatia pelo outro, demonstrando disponibilidade para ouvir os sentimentos, perguntas e preocupações das pessoas (Phaneuf, 2005).

2.4. Contexto de estágio Hospitalar – Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

O estágio realizado na UIP, em contexto hospitalar, desenvolveu-se entre o final de novembro de 2022 e fevereiro de 2023 (251 horas).

Caracterização do contexto

A UIP localiza-se num hospital regional, funcionando permanentemente. A população alvo são crianças em idade escolar e adolescentes, tendo capacidade para 16 clientes. Dispõe de uma vasta equipa multidisciplinar, composta por: Enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Assistentes operacionais; Pedopsiquiatras; Pediatras; Psicólogos; Psicomotricista; Assistente social; entre outros.

Reportando-me ao espaço físico, este é composto por enfermarias, quartos individuais, gabinetes de observação, sala de convívio, ginásio, sala de multimédia,

sala de culinária/atividades, refeitório, sala de reuniões, sala de terapêutica e sala de contenção ambiental.

São desenvolvidas atividades psicoterapêuticas diariamente. À segunda-feira é desenvolvida a atividade de Expressão Dramática, a terça-feira é o dia da atividade da Dança e Movimento, na quarta-feira é desenvolvida a Terapia pela Arte, à quinta-feira é aplicada uma atividade de Culinária e também de Psicoeducação, na sexta-feira cumpre-se a Cinerapia, ao sábado é implementada a sessão de Autocuidado e no domingo recorre-se a uma sessão de Relaxamento. Todas as sextas-feiras, é ainda realizado o “balanço semanal”, onde os clientes são convidados a selecionar uma temática que queiram trabalhar na semana seguinte e em que partilham o que correu bem e menos bem ao longo da semana. Perspetivam também o que poderão desenvolver na semana seguinte em prol da sua melhoria clínica e do seu bem-estar.

As patologias mais comuns identificadas nos clientes internados, na segunda infância são as perturbações graves do comportamento e o transtorno do défice de atenção e hiperatividade. As identificadas predominantemente na adolescência são as perturbações do comportamento alimentar, os comportamentos autolesivos e suicidários, a depressão e problemas associados à estruturação da personalidade.

Cada criança/adolescente tem atribuídos dois enfermeiros responsáveis, sendo que, pelo menos um, é EEESMP. Ambos acompanham o cliente durante todo o internamento, desenvolvendo intervenções individuais junto do mesmo.

As visitas ocorrem em todos os dias da semana, sendo que os familiares de referência, podem estar presentes 1 hora na unidade, alternadamente (30 minutos a cada), devido à situação pandémica. É realizada uma reunião familiar semanalmente.

Na UIP é utilizado um instrumento de identificação de fatores de risco clínico (Anexo I), onde se avalia o risco suicidário, o risco de autoagressividade, o risco de violência, o risco de fuga, o risco de reações adversas à medicação e os riscos associados a patologia orgânica (este último é avaliado pela equipa médica).

Este instrumento é utilizado na admissão do cliente, de 7 em 7 dias ou quando o enfermeiro responsável considere necessário, tendo em conta a apreciação do cliente. De acordo com os dados obtidos, surge um risco muito alto, alto, médio ou baixo, que irá conduzir, de acordo com o score obtido, a uma vigilância permanente do cliente.

Atividades desenvolvidas

No contexto hospitalar, procurei participar nas atividades psicoterapêuticas e socioterapêuticas desenvolvidas e integrar-me nas dinâmicas da unidade. Inicialmente procurei também estabelecer uma relação terapêutica com os adolescentes internados, envolvendo-me em atividades lúdicas com os mesmos.

De forma a desenvolver o projeto de estágio, foi necessário ajustar o mesmo à realidade vivida. Com a orientadora clínica, foi definida a semana em que seria trabalhada com os adolescentes internados a temática dos comportamentos agressivos. Para tal, recorri a cada uma das intervenções socioterapêuticas e psicoterapêuticas desenvolvidas diariamente na UIP. Esta semana ficou, assim, intitulada como a “Semana da Agressividade” e foi estruturada no âmbito do projeto proposto acerca da temática da prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental.

A sessão de expressão dramática foi pensada após ter tido a oportunidade de recorrer a esta técnica na UC Psicodrama e Sociodrama, despertando assim o meu interesse e vontade de a reproduzir, pelo impacto positivo que teve em mim. A técnica tem o nome de “Seis chapéus do pensamento” e foi criada por Edward de Bono, surgindo como um guia para um pensamento mais objetivo e eficaz, permitindo explorar novas ideias.

A finalidade deste método é estimular as pessoas a utilizar vários tipos de raciocínio de forma sistematizada (De Bono, 2005). Segundo este autor, nesta técnica são utilizados seis chapéus de cores distintas, sendo que cada cor simboliza um tipo de raciocínio diferente. Os chapéus colocam-se na cabeça e tiram-se, não sendo fixos, nem permanentes. O autor apresenta-nos ainda as simbologias de cada chapéu: O branco está relacionado com factos, números e informações; o preto procura identificar as desvantagens e os aspetos negativos de determinada situação; o vermelho relaciona-se com as emoções e sentimentos; o verde procura novas ideias e sugestões; o amarelo diz respeito às vantagens e benefícios de determinada situação; e o azul representa o pensamento estruturado.

Reportando-me à sessão da dança e movimento, esta alberga diversos benefícios, surgindo como um mediador eficaz para se trabalharem diversos temas. De acordo com Martinec (2018), esta atividade consiste no uso terapêutico do movimento para desenvolver a integração emocional, cognitiva, física e social do indivíduo e inclui a análise de vários aspetos da expressão corporal e da experiência

corporal. Acrescenta que a dança e o movimento proporcionam um espaço para o surgimento da espontaneidade, ligada às emoções, com a comunicação e com o *insight*.

Segundo Ferraz (2009), esta técnica tem os seguintes objetivos: aprender a escutar o próprio corpo e utilizá-lo de forma espontânea e criativa; melhorar a autoestima, coordenação e gestão emocional; aumentar a autoconsciência; entre outros. De acordo com Lima & Guimarães (2014), promove também o bem-estar, melhora a motricidade e permite a exteriorização de emoções e a socialização com os pares.

Nesta sessão recorreu-se à técnica dos cinco ritmos, criada por Gabriell Roth, que apresenta as seguintes fases: *Flowing* (fase de aquecimento, consiste em observar o que nos rodeia, ser flexível); *Staccato* (progressivamente mais intenso, pretende-se uma libertação); *Chaos* (fase explosiva, este ritmo liberta todas as ideias e possibilita a experiência de ser livre e criativo, movimentos rápidos e fortes, libertação máxima de energia); *Lyrical* (fase progressivamente mais calma, arte de sair do caos, trata-se de “renascer”, ritmo leve) e *Stillness* (movimento lento, fase de relaxamento). Dançar os cinco ritmos revela formas criativas de expressar agressividade e vulnerabilidade, emoções e ansiedade (5Rhythms, s.d.).

Reportando-me à terceira intervenção desenvolvida, a terapia pela arte, esta consiste na expressão através de mediadores expressivos, com fins terapêuticos. A utilização de mediadores expressivos na implementação de intervenções de enfermagem, com pessoas de várias faixas etárias e em sofrimento mental, é bastante benéfica (Takata, 2002). Para tal, recorri ao barro como mediador expressivo, uma vez que este possui uma grande potencialidade psicoterapêutica. De acordo com Bucho (2011),

o seu manuseamento além de propiciar momentos lúdicos de grande prazer contribui, quando inserida numa relação psicoterapêutica, para facilitar a verbalização de sentimentos e emoções difíceis de verbalizar, facilitando o vínculo terapeuta/paciente ao mesmo tempo que contribui para o aumento da auto-estima, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, interpessoal e neuropsicomotor (p. 72).

Tendo em consideração a sessão de psicoeducação, foi implementada na “Semana da Agressividade”, uma vez que se caracteriza como uma intervenção psicoeducativa utilizada para ajudar no tratamento de perturbações psiquiátricas e

consiste na transmissão de conhecimento sobre o quadro clínico e na promoção do *insight* sobre o estado de saúde da pessoa (Maia, Araújo & Maia, 2018).

De acordo com Lemes & Neto (2017), a psicoeducação permite obter mudanças comportamentais, sociais e emocionais, com o objetivo de promover a saúde mental e a qualidade de vida.

Reportando-me à sessão de cineterapia, esta consiste num “método moderno de terapia ou educação fascinante que pode ser usado tanto para pacientes ou clientes individuais ou em grupo” (Smieszek, 2019, p. 30). Esta técnica de intervenção apresenta diversos benefícios, tais como: Melhoria da relação terapêutica com o utente; facilitador da linguagem e de fácil acessibilidade; fácil adesão por parte dos utentes por ser uma atividade familiar, que geralmente faz parte do seu quotidiano (Olivia, Vianna, & Neto, 2010). De acordo com Arantes & Lopes (2016), a cineterapia, utilizada com crianças e adolescentes, pode facilitar a expressão e a compreensão sobre as vivências dos mesmos por parte dos profissionais, favorecendo o trabalho clínico subsequente, uma vez que estas faixas etárias podem ter uma dificuldade acrescida em identificar/expressar sentimentos, cognições e/ou comportamentos e a identificação com determinado personagem pode levar a uma melhor compreensão perante aquilo que estão a sentir ou a experienciar.

O tema da agressividade foi introduzido na semana anterior às atividades desenvolvidas e no final da “Semana da Agressividade” foi realizado um balanço semanal. Posteriormente foram realizados os registos das atividades e concretizada a avaliação qualitativa das mesmas através de um instrumento de avaliação construído anteriormente.

Tive ainda a oportunidade de realizar intervenções individuais com os adolescentes internados e procurei trabalhar a prevenção dos comportamentos agressivos com uma das adolescentes, procurando que a mesma identificasse quando se sente com raiva, zangada ou frustrada, que reconhecesse o que causa esses sentimentos e emoções e que conseguisse definir estratégias que a ajudassem a lidar com a raiva. As intervenções em grupo e individuais serão explicitadas com mais pormenor no capítulo seguinte.

Importa ainda referir que, no internamento, foi evidente que a intencionalidade terapêutica está presente em praticamente todos os momentos de interação com a criança e adolescente, quer nos espaços de ação, quer nas atividades de vida diárias e nas atividades desenvolvidas diariamente pelos profissionais.

Na UIP é promovido um ambiente terapêutico, recorrendo-se a uma terapia individual, de grupo e familiar. São também implementadas intervenções a nível pedagógico e social. Cada cliente internado possui um plano terapêutico individualizado, que é definido pelo médico assistente e pelos enfermeiros de referência, sendo discutido em contexto de reunião multidisciplinar. No decorrer do internamento “as experiências interactivas moderadas e modeladas pelos Profissionais são promotoras de um desenvolvimento mais harmonioso e contribuem para a retoma do desenvolvimento” (Silva, 2020).

Surge assim um ambiente criado por uma equipa multidisciplinar, onde a relação terapêutica se desenvolve durante 24 horas e onde a equipa de enfermagem assume um papel fundamental, uma vez que consegue desenvolver esta relação em todos os momentos de cuidados (Nabais & Nunes, 2020).

3. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

O projeto de estágio desenvolveu-se predominantemente na UIP, onde tive a oportunidade de intervir junto dos adolescentes internados e com os quais trabalhei a temática da agressividade, procurando prevenir e gerir os comportamentos agressivos.

Os participantes do projeto desenvolvido são os adolescentes com problemas de saúde mental. O fenómeno de interesse é a prevenção e gestão do comportamento agressivo, surgindo como contexto o internamento. Como critérios de exclusão surgem: Pessoas com menos de 10 anos e com mais de 19 anos (definição de acordo com a OMS); adolescente com saúde mental; não se encontra internado; não aceita participar na atividade; possui limitações que impedem a compreensão da mensagem; e apresenta contra-indicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção, agitação). Os critérios de inclusão definidos são: adolescentes com problemas de saúde mental; adolescentes internados; ambos os sexos; grupo aberto; e aceitam participar nas atividades desenvolvidas e no projeto e reúnem condições para participar nas atividades de grupo.

3.1. Diagnósticos de Enfermagem

Segundo Townsend & Morgan (2021), o diagnóstico de enfermagem seguinte pode ser considerado para os clientes que demonstram expressões inadequadas de raiva ou agressão: “Enfrentamento ineficaz relacionado a modelos de conduta negativos e sistema familiar disfuncional, evidenciado por gritos, palavrões, agressão de outras pessoas e explosões temperamentais como expressões de raiva” (p. 284).

Pode também ser formulado o diagnóstico de “Comportamento Agressivo” (ICN, 2019), sendo que os dados principais para a definição do mesmo são a existência de agressividade verbal e física. Torna-se também importante referir que “o comportamento agressivo pode assumir várias formas, nos quais os critérios de diagnóstico têm como base a gravidade do comportamento verbal ou físico e as repercussões do mesmo, quer para o próprio, quer para terceiros” (Carvalho et al., 2020, p.147).

Segundo Herdman & Kamirsuru (2018), na classificação NANDA, a violência pode ser definida como o uso de força ou poder excessivo para causar lesão ou abuso. Surge como diagnóstico de enfermagem o “Risco de violência direcionada a outros”,

porém, não existe referência ao termo “agressividade” ou “comportamento agressivo”. Assim sendo, este diagnóstico não será considerado, tendo em conta a definição dos conceitos de violência e agressividade realizada anteriormente.

3.2. Intervenções de Enfermagem

Na semana intitulada “Semana da Agressividade”, procurei trabalhar a temática da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos com os adolescentes internados na UIP. Para tal, antes de dar início à semana e de forma a caracterizar a população que participou no projeto, foi realizada a colheita dos dados sociodemográficos dos participantes (idade, sexo, género, ano de escolaridade, motivo do internamento, internamentos anteriores, pessoa de referência, habitação e vigilância permanente), através de um instrumento previamente construído para o efeito, onde contempla também o risco de heteroagressividade no dia em que se iniciou a mesma (Apêndice II), recorrendo ao instrumento de identificação de fatores de risco clínico utilizado na UIP.

Reportando-me ao risco de autoagressividade, este avalia: a história de comportamentos de autoagressão mantidos e recorrentes; os comportamentos de autoagressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental; os comportamentos de autoagressão com risco de suicídio.

O risco de violência, a meu ver, tal como foi explicado anteriormente na distinção entre o conceito de violência e de agressividade, deveria ser designado risco de heteroagressividade. Este risco avalia se o cliente apresenta: expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com o observador; postura tensa/ameaçadora; agitação motora excessiva/movimentos agressivos, tais como, pontapés, murros a objetos; agressividade e/ou ameaças verbais; contestação e quebra frequente e mantida das regras do serviço; percepções delirantes de cariz paranoide; ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou pessoas; agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou pessoas.

Este instrumento, de acordo com os dados obtidos, sugere um risco que autoagressividade (muito alto, alto, médio ou baixo) e de heteroagressividade (muito alto, alto, médio ou baixo), que irá conduzir, consoante o score obtido, a uma vigilância permanente do cliente.

Foi criada uma cartolina sobre a temática, convidando os adolescentes internados a preencherem-na ao longo da semana, de forma que pudessem ficar com um resultado físico e personalizado daquilo que desenvolveram.

A “Semana da Agressividade” iniciou-se no dia 20 de janeiro de 2023 e terminou no dia 27 de janeiro de 2023. No primeiro dia, foi realizada a introdução ao tema a desenvolver e teve como objetivo introduzir a temática, explicar o que seria trabalhado no decorrer da semana e entender quais as expectativas dos adolescentes face ao tema escolhido.

Foi solicitado que cada adolescente retirasse uma carta DiXit (jogo com imagens) que para si representasse a agressividade e que partilhasse com o grupo o motivo da escolha da mesma. Foi também pedido que completassem as seguintes frases: “Para mim a agressividade é...” e “Sinto-me com raiva quando...”.

Foi estimulada a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada. Esta fase introdutória teve a duração de aproximadamente 15 minutos e estiveram presentes 9 adolescentes. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice III.

A primeira intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 23 de janeiro, integrada na sessão Expressão Dramática, com o tema “Estou Zangado – 6 óculos para ver diferente”. Para esta atividade, tinha pensado a utilização dos 6 chapéus do pensamento de De Bono. No entanto, por existirem casos de pediculose na UIP, foi necessário repensar a atividade, recorrendo a outro objeto. Os chapéus foram substituídos por óculos, mantendo as cores dos chapéus e a sua simbologia. A escolha dos óculos remete para um olhar diferente perante as situações, algo que os chapéus também representavam. Os adolescentes internados foram convidados a colocar os óculos, vendo o que os rodeia da cor dos mesmos. O objetivo da atividade seria colocar os adolescentes a pensar sobre um momento em que se sentiram zangados, frustrados ou com raiva, através da utilização desta técnica, identificando os aspetos positivos e negativos da situação vivenciada e procurando novas formas de resolução de problemas no futuro. Teve também como objetivo colocá-los a pensar sobre o problema de diferentes maneiras, explorar a sua potencialidade criativa e favorecer a comunicação.

Numa fase inicial, procurei incentivar os adolescentes a caminharem pela sala de forma descontraída e aleatória. Foram realizadas sociometrias (exemplo: os participantes dividiram-se por cores de cabelo, cor e estilo de vestuário, cor dos olhos,

áreas de interesse, sendo que dentro dos grupos criados, identificaram áreas de interesse entre os elementos do mesmo), de forma que os adolescentes se sentissem mais descontraídos e confiantes. Foi também solicitado que o grupo se dividisse pelas 5 emoções primárias (alegria, tristeza, nojo, medo e raiva), considerando a emoção que estavam a sentir no momento. Em seguida foram convidados a caminhar pela sala, pensando numa situação em que se sentiram zangados, frustrados ou com raiva. Foram também apresentados os materiais disponíveis, explicando em que consistia a atividade proposta. À vez, cada adolescente colocou-se em frente ao grupo e utilizou os diferentes óculos, partilhando, refletindo e analisando a situação escolhida por si.

No final foi realizado um balanço da sessão e os adolescentes foram incentivados a escrever uma ou mais palavras sobre o sentido e o significado que a sessão trouxe para os mesmos, tomando consciência de como se sentiram. Em seguida foram incentivados a colar os cartões nas respetivas cartolinas da “Semana da Agressividade”.

Nesta atividade participaram 12 adolescentes, sendo introduzida a temática àqueles que não tiveram presentes no primeiro dia. Foram desenvolvidas duas sessões, com duração de 40 minutos cada, sendo o grupo dividido ao meio, de forma que se sentissem mais ouvidos e com mais iniciativa para partilhar o que sentiam, num grupo mais pequeno e intimista. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice IV.

A segunda intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 24 de janeiro, integrada na sessão Dança e Movimento, com o tema “Dançar as emoções”. O objetivo da sessão seria dançar as emoções, promovendo a expressão das mesmas através do movimento e procurando também “dançar a agressividade”, de forma a permitir a libertação da tensão acumulada pela raiva.

Inicialmente foi realizada uma introdução, onde foi apresentada a atividade e onde foram estabelecidas algumas regras (uso do corpo para se comunicarem, sem recurso à palavra). Pela sala foram espalhados variados papéis com emoções e sentimentos escritos.

Na primeira fase (*Flowing*), em que surge um movimento lento e fluido, os participantes foram incentivados a caminhar de forma aleatória pela sala, num movimento e dança livre, aquecendo e ativando o corpo ao ritmo de cada um. Foram também incentivados a tomar consciência do próprio corpo e a observar o que os rodeava.

Na segunda fase (*Staccato*), em que o movimento é progressivamente mais intenso, foi explicado o que são as emoções (primárias e secundárias), enquanto os adolescentes se moviam pela sala. Foram incentivados a identificar que emoções tinham sentido nos últimos dias, expressando as mesmas através do corpo. Foi também explorado que emoções existem, dançando cada uma das emoções primárias, em pares.

Na terceira fase (*Caos*), em que surgem movimentos rápidos e fortes e onde há a libertação máxima de energia, os participantes foram incentivados a agarrar nos papéis com emoções e sentimentos escritos, amachucá-los e atirá-los uns aos outros, entendendo como as nossas emoções podem influenciar o outro e como as emoções do outro pode provocar alterações em si. Foi observado o tumulto de emoções existente e a confusão criada. Foram também incentivados a expressar a raiva através do movimento, demonstrando a sua zanga. Em seguida, procurou-se que entendessem como a emoção raiva é vivenciada e que efeitos produz no outro, para tal, a equipa utilizou lençóis, de forma a criar obstáculos e dificuldade na expressão das emoções. Depois do caos criado, os participantes foram incentivados a organizar as emoções que atiraram uns aos outros, observando como as mesmas se manifestam (colocados os papéis por cima de um lençol, agitando o mesmo).

Na quarta fase (*Lyrical*), em que o ritmo é progressivamente mais leve e calmo, procurou-se que os adolescentes dançassem em roda, aceitando as suas emoções e perspetivando a importância de experienciarmos variadas emoções e como lidar com as mesmas. Em seguida, foi-lhes solicitado que dançassem uma emoção que gostariam de sentir. Foi-lhes também pedido, de mãos dadas e em roda, que procurassem aceitar as suas emoções e o corpo começou gradualmente a parar.

Na quinta fase (*Stillness*), em que o movimento é lento, os participantes foram incentivados a deitarem-se nos pufes e foi iniciado o momento de relaxamento, no qual permaneceram de olhos fechados ouvindo a música calma e tranquila.

Por fim, foi pedido que os participantes se colocassem novamente em roda, sentados no chão, e que agora pudessem partilhar verbalmente a experiência de dançar as emoções, nomeadamente a raiva. Foram incentivados a expressar como se sentiram no decorrer da atividade e novamente a escreverem uma ou mais palavras sobre o sentido e o significado que a sessão lhes transmitiu. Em seguida colaram os cartões nas respetivas cartolinas da “Semana da Agressividade”.

De fundo tiveram sempre músicas, adaptadas a cada fase, que os ajudaram a sentir cada ritmo e a expressar as suas emoções. A atividade teve a duração de 40 minutos e participaram 8 adolescentes. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice V.

A terceira intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 25 de janeiro, integrada na sessão Terapia pela Arte, com o tema “Moldar a Agressividade”. Os objetivos da atividade foram os seguintes: facilitar a expressão de emoções e sentimentos difíceis de verbalizar, promovendo a comunicação e relação com o adolescente; promover a catarse e o descarregar e alívio de tensões; favorecer o autoconhecimento dos participantes, favorecendo a sua autoestima e autoconfiança; e facilitar movimentos regressivos, funcionando como contenção da agressividade (usar o barro para bater, esmurrar e descarregar a raiva).

Inicialmente foi explicada a atividade proposta e foi dado a conhecer os materiais disponíveis. Foram identificados os benefícios da utilização do barro, tais como: promove a imaginação e a criatividade; mediador não verbal, não racional e não interpretativo; proporciona uma experiência tridimensional, sensorial, tátil, visual e cinestésica; facilita o acesso à metáfora e à simbolização; favorece o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social; promove a integração de grupo, a socialização e a aquisição de competências; facilita o relaxamento, a catarse e o descarregar e alívio de tensões acumuladas; permite o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal; estimula a concentração, favorece a autoestima e autoconfiança, promovendo uma maior compreensão de si mesmo e do mundo; facilita movimentos regressivos – funciona como contenção da agressividade, entre outros (Bucho, 2011).

Foi pedido aos adolescentes que moldassem o barro, procurando sentir a sua textura e consistência, batendo e amassando o mesmo. Em seguida foi proposto que construíssem primeiramente algo livre, sendo também incentivados a passar a sua construção ao colega do lado, que realizou alterações na mesma. As construções foram rodando por todos os elementos do grupo, ajudando os adolescentes a lidar com a frustração de ver a sua obra modificada pelo outro.

Posteriormente, foi solicitado que construíssem algo negativo para eles, que lhes causasse raiva e tensão, sendo promovida a destruição desse objeto, mostrando o que sentem pelo mesmo.

Foi também pedido que construíssem algo positivo, tal como um amuleto que fosse significativo e que pudessem guardar como uma memória positiva, sendo incentivados a partilhar o que cada um construiu, explicando o motivo da sua escolha.

No final da sessão, os participantes foram incentivados a expressar como se sentiram no decorrer da mesma. Escreveram uma ou mais palavras sobre o sentido e o significado que a sessão lhes transmitiu, colando o que escreveram nas cartolinas correspondentes.

O grupo foi novamente dividido em dois, sendo desenvolvidas duas sessões, com duração de aproximadamente 40 minutos cada uma. No total participaram 11 adolescentes. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice VI.

A quarta intervenção desenvolveu-se no dia 26 de janeiro, integrada na sessão de Psicoeducação, com o tema “Tipos de Comportamento”. O objetivo da sessão seria abordar os tipos de comportamento existentes (agressivo, passivo e assertivo), providenciando conhecimentos acerca da temática em estudo e capacitando os adolescentes para um tipo de comportamento mais assertivo, consoante as suas necessidades.

Inicialmente foi realizada a introdução da atividade a desenvolver, procurando descrever em que consiste a Psicoeducação. Foi elaborado um *PowerPoint* com os temas chave a serem abordados e de forma a cativar os participantes. Foi promovida a interação constante com os adolescentes, pedindo que interviessem sempre que desejassem. Foram apresentados os tipos de comportamento existentes (agressivo, passivo e assertivo) e quais as suas características. Foi também explicado em que consiste a assertividade, identificadas estratégias para um comportamento mais assertivo e identificados quais os benefícios de um comportamento assertivo. Visualizou-se um pequeno vídeo explicativo sobre a temática abordada. Foi estimulada a partilha de opiniões e sentimentos acerca do tema apresentado e solicitado que cada adolescente escrevesse no cartão fornecido o seu tipo de comportamento, como gostava que fosse e como poderia mudá-lo.

Por fim, foram incentivados a expressar como se sentiram no decorrer da sessão desenvolvida. Escreveram uma ou mais palavras sobre o significado que a sessão teve para os mesmos, colando o que escreveram nas suas cartolinas. A atividade teve a duração de aproximadamente 40 minutos e participaram 10 dos adolescentes internados na UIP. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice VII.

A quinta intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 27 de janeiro, integrada na sessão Cineterapia, com o visionamento do filme “Divertida-mente” de Docter (2015). Os objetivos da atividade foram os seguintes: Identificar quais as emoções que emergem do filme, aumentando assim a consciência sobre as mesmas; pensar sobre qual a emoção mais presente no momento; e refletir sobre a importância da raiva.

No início da sessão, foi explicado em que consistia a atividade proposta. Em seguida foi visualizado o filme na sua íntegra. Na análise e reflexão do filme, foi proposto que identificassem quais as emoções que emergiam do filme, aumentando assim a consciência sobre as mesmas. Foi também solicitado que identificassem qual a emoção que tinham mais presente. Foi proposto que refletissem sobre como a emoção raiva se manifesta e como a controlar e gerir, identificando em que momentos do filme essa emoção se manifestou. Os participantes foram também incentivados a pensar sobre o processo de mudança dos personagens do filme, as suas reações aos conflitos e que estratégias utilizaram para os resolver.

Por fim, foi estimulada a partilha de opiniões e sentimentos acerca do tema abordado e solicitado que escrevessem na sua cartolina uma ou mais palavras sobre a sessão. A atividade teve a duração de 2 horas e participaram 12 adolescentes. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice VIII.

No dia 27 de janeiro, foi também realizado um balanço semanal, utilizando novamente o mediador inicial (recurso a cartas DiXit). Os objetivos da sessão foram realizar o balanço da semana que decorreu, partilhar emoções e sentimentos sobre a “Semana da Agressividade” e que os participantes identificassem estratégias para lidar com a agressividade.

Cada adolescente escolheu uma carta sobre como se sentiu no decorrer da semana, como se sentia no momento e como perspectivava a semana seguinte. Após a escolha das cartas significativas para cada um, partilharam o motivo da escolha das mesmas. De forma a concluírem a sua cartolina da “Semana da Agressividade”, foi proposto que escrevessem num cartão fornecido para o efeito, estratégias para lidar com a raiva. No fim, foi estimulada a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada e realizada uma reflexão sobre o decorrer da semana. A sessão teve a duração de 30 minutos e participaram 11 adolescentes. O planeamento da sessão encontra-se no Apêndice IX.

As cartolinas da “Semana da Agressividade” realizadas por cada participante, ao longo da semana, encontram-se no Apêndice X.

No decorrer do estágio, tive também a oportunidade de desenvolver intervenções individuais com os adolescentes internados. Foi possível utilizar a sala de contenção, um espaço com paredes acolchoadas, colchões e dispositivos para que possam expressar a sua agressividade dirigida a esses objetos (exemplo: saco de boxe). Local onde os adolescentes são incentivados a expressar-se através do corpo e da palavra.

Foi também possível desenvolver intervenções individuais com uma das adolescentes internadas. A L. é uma adolescente com 16 anos de idade, internada por perturbação do comportamento alimentar e história de comportamentos autolesivos. A relação terapêutica com a mesma iniciou-se na primeira semana de janeiro, através da realização de atividades lúdicas com a mesma (exemplo: puzzles e desenho). No momento, apresentava uma grande zanga e raiva perante a necessidade de internamento, referindo *“isto é uma seca! Não tinha de vir para aqui! Odeio as atividades!”* (sic). Fui procurando estabelecer uma relação de confiança com a adolescente, através da interação que tive a oportunidade de estabelecer com a mesma ao longo do estágio. Fiquei a conhecer alguns dos seus gostos pessoais, tais como o vôlei, escrita, desenho e puzzles.

No seu discurso surgia recorrentemente a sua zanga perante o facto de estar internada, perante o aumento de peso e perante situações que a mesma não conseguia identificar (*“Sei lá! Zango-me com facilidade, às vezes tudo me irrita, não consigo controlar!”* sic), pelo que decidi trabalhar com a L. medidas para prevenir e gerir o comportamento agressivo, de forma que a mesma identificasse os momentos em que sente raiva, o motivo pelo qual sente essa raiva e que estratégias pode utilizar para geri-la.

Neste sentido, foi criado o “Caderno da minha raiva”, uma vez que a escrita ajuda a L. a expressar-se melhor (mediador preferido da adolescente). O objetivo deste caderno foi criar um espaço para a L. refletir sobre esta temática, servindo como um método para expressar a sua raiva.

Na primeira parte do caderno, foi incentivada a escrever as suas músicas favoritas, as suas comidas favoritas, os seus desenhos e filmes preferidos, o que gosta de fazer no seu dia-a-dia, os seus lugares favoritos, o desenho da sua família, a identificar que emoções conhece e a desenhar como se sentia atualmente.

Posteriormente, foi incentivada a pensar como é a sua raiva (exemplo: se é grande ou pequena, qual a forma da raiva, qual a cor, qual o cheiro e como se veste) e a fazer um desenho da mesma. Foi-lhe também pedido que reconhecesse as mudanças que ocorrem no seu corpo quando sente raiva, escrevendo que fica predominantemente com os punhos cerrados.

Em seguida, foi sugerido que pensasse no que causa a sua raiva em vários contextos (exemplo: em casa, na escola, com os amigos, entre outros) e que identificasse o seu comportamento quando sente raiva e quais as consequências que advêm do mesmo. Foi pedido que escrevesse também os seus pensamentos de raiva em balões de pensamento e foi incentivada a utilizar estratégias para lidar com a raiva sentida. A respiração foi uma estratégia identificada pela adolescente, sendo também solicitado que escrevesse no caderno que outras estratégias poderia utilizar. Fornecido também um espaço em branco no caderno para que a L. possa escrever quando se sentir zangada, frustrada ou com raiva, um local onde pode transmitir e escrever tudo aquilo que pensa de forma genuína. A L. aceitou a proposta e procurou preencher gradualmente o caderno fornecido, mostrando-se empenhada.

Foi realizado um Estudo de caso sobre a adolescente, onde é apresentado o caso da L. com mais detalhe (Apêndice XI). Um estudo de caso pode ser definido como uma investigação aberta, que apresenta diversas técnicas de recolha de informação e fontes (Álvarez & Maroto, 2012). Pode também ser entendido como uma abordagem metodológica de investigação bastante útil para quando procuramos descrever, explorar e compreender acontecimentos e contextos (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Consiste num estudo profundo de um indivíduo, família, grupo, organização, comunidade ou mesmo de uma nação, sendo que possui um importante contributo para a compreensão global de um determinado fenómeno de interesse (Coutinho & Chaves, 2002).

A elaboração deste estudo de caso ajudou-me a organizar o meu pensamento, a gerar questionamentos, orientando a minha tomada de decisão. Forneceu-me ainda ferramentas para analisar, refletir, aprofundar conhecimentos, retirar conclusões e planear ações futuras acerca da temática em estudo. Reconheço, deste modo, a importância que este tipo de trabalhos académicos têm para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Os jornais de aprendizagem elaborados neste contexto de estágio também me ajudaram a pensar a minha prática e contribuíram em larga escala para o meu

crescimento enquanto futura EEESMP, uma vez que esta prática reflexiva se constitui “como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004, p.59). Os jornais de aprendizagem que desenvolvi foram elaborados de acordo com o *Ciclo Reflexivo de Gibbs*, pois este surge como um facilitador do processo de reflexão, permitindo descrever a situação escolhida, os sentimentos despoletados, avaliar o que foi bom e mau na experiência, analisar a situação, retirando sentidos do que aconteceu, permite chegar a conclusões e planear ações futuras.

Tive a oportunidade de refletir e analisar como é que uma técnica de Relaxamento pode ajudar a prevenir e a gerir o comportamento agressivo dos adolescentes internados e como é que me senti enquanto enfermeira dinamizadora da “Semana da Agressividade” (Apêndice XII). Com a elaboração dos mesmos tive a oportunidade de me repensar, ao realizar uma reflexão sistematizada e completa da experiência vivida, constituindo-se assim como um importante instrumento de aprendizagem.

3.3. Resultados obtidos

A medição de resultados é fundamental para validar a efetividade, a eficiência e a qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados a uma população específica (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste sentido, de forma a analisar os resultados obtidos através da implementação das intervenções de enfermagem previamente planeadas, foi construído um instrumento de avaliação qualitativa para cada uma das sessões realizadas (Apêndices III, IV, V, VI, VII, VIII e IX).

Nesta fase, procurei descrever se os objetivos terapêuticos foram alcançados, analisando criticamente o contributo da intervenção proposta para possíveis ganhos em saúde do adolescente. No final de cada sessão, foram aferidos os sentimentos e o *feedback* resultante das mesmas, através da partilha dos participantes.

Primeiramente, importa referir que foi definido como resultado esperado o “Autocontrolo da Agressividade” de acordo com a taxionomia NOC para a classificação dos resultados de enfermagem. Este resultado específico indica se as intervenções que foram realizadas deram resposta ao que era pretendido e pode ser definido como a autocontenção de comportamentos agressivos, combativos ou destrutivos em relação aos outros (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010).

Segundo as autoras, este resultado pode ser determinado por diversos indicadores (Anexo II).

Para a execução do projeto de estágio previamente planeado, foram selecionados os seguintes indicadores NOC: Identificação de raiva; identificação de frustração; identificação de situações que precipitam hostilidade; identificação ao sentir-se agressivo; identificação de alternativas à agressão; expressão de necessidades de forma não destrutiva; demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva; controlo impulsos; uso de técnicas para controlo da raiva e uso de técnicas para controlo da frustração. Estes indicadores foram avaliados no início e no fim da semana, sendo apresentados nos Anexos III e IV, respetivamente. No geral, é observável uma evolução, aumentando o resultado dos indicadores avaliados.

Tendo em conta a sessão de **introdução à “Semana da Agressividade”**, as expectativas face à temática proposta foram ambivalentes, isto é, alguns adolescentes referiram que o tema era interessante e importante, outros encolheram os ombros e afirmaram “*não ser*” (*sic*), optando por não partilhar a sua opinião.

No que diz respeito à escolha da carta representativa da agressividade, todos os participantes escolheram cartas distintas, e justificaram as mesmas referindo: “*escolhi esta carta porque o rapaz está a destruir a árvore, está a ser agressivo com a natureza*”; “*escolhi esta carta porque o gato está a ser obrigado a fazer uma coisa que não quer, o rato quer que ele salte pelo arco e está a ser agressivo. Para mim obrigar alguém a fazer uma coisa que não quer é ser agressivo...*”; “*escolhi esta carta porque a agressividade pode também ser dirigida a nós próprios, é uma planta a ser cortada... a magoar-se a si própria*”; “*para mim isto é agressividade, porque estão a lutar um com o outro, estão a ser agressivos e não veem a tesoura, que pode ajudar a resolver a situação, cortando-se a corda...*”; “*escolhi esta carta porque o gigante está a destruir e a comer as casas da cidade e isso demonstra agressividade...*”; “*escolhi esta carta porque para mim a agressividade pode ser representada pelos diabos, que estão a tentar prejudicar o anjo...*”; “*escolhi esta carta porque o monstro verde está a demonstrar agressividade com o menino... A rapariga tenta salvá-lo, não sei se vai conseguir...*”; “*para mim esta carta demonstra a agressividade dirigida aos animais... é um homem a querer caçar os animais*”.

Quando foi pedido que completassem a frase “Para mim a agressividade é...” emergiram as seguintes respostas: “*Quando alguém é agressivo fisicamente ou verbalmente*”; “*Quando gritam com alguém, Bullying*”; “*Quando somos ríspidos*;

quando as nossas mãos tremem de raiva; algo para expressar”; “Uma forma de nos expressarmos, mesmo não sendo da melhor forma”; “Quando me levantam a voz sem motivo; quando são brutos comigo; quando alguém descarrega as suas frustrações de forma desapropriada (fisicamente ou verbalmente); “Uma maneira de descarregar a raiva em algo/alguém, mesmo que esse algo/alguém não tenham nada a ver com essa raiva”; “Uma maneira indelicada de fazer alguma coisa”; “Uma forma de nós expressarmos um sentimento de raiva para com os outros e com nós próprios, por vezes não da melhor maneira”; “a violência contra nós próprios ou o outro”.

Quando foi pedido que completassem a frase “Sinto-me com raiva quando...” as respostas foram as seguintes: *“Obrigam-me a fazer algo. Me levantam a voz sem motivo”; “A minha mãe ralha comigo”; “Não me ouvem e menosprezam o que sinto”; “Oíço barulhos; não consigo controlar tudo; as coisas não estão da minha maneira”; “Não me compreendem”; “Estou frustrada porque as coisas nem sempre correm como eu quero”; “Não me compreendem, não me ouvem, não me respeitam ou agem de maneira incorreta comigo”; “Não consigo fazer algo que queria muito”; “Algo não corre como planeado”.*

Considerando a intervenção socioterapêutica **Expressão Dramática**, todos os adolescentes conseguiram identificar uma situação que lhes causou ou causa raiva, zanga e frustração: *“eu fiquei muito zangada quando fui internada!”; “Senti-me com raiva quando vim para aqui, e por ter de ficar tanto tempo...”; “Quando me meteram aqui antes do Natal!!!”; “Quando eu soube que tinha de ficar internada mais tempo”; “Ficava com raiva quando discutia com a minha mãe sobre a comida”; “Eu fiquei com raiva quando uma pessoa me mostrou que era diferente do que eu pensava”; “Fiquei zangada por a minha DT ter dito aos meus colegas porque estava internada...”; “Fiquei zangada quando soube que tinha de ficar internada...”; “Fiquei furiosa quando me fartei de estudar para um teste e o meu colega que não se esforçou nadinha conseguiu melhor nota que eu!”; “Quando fui injetada duas vezes no outro hospital, fiquei traumatizada”; “Quando me zanguiei com a A.”; “Um dia um rapaz (...) mandou-me embora (...) zanguiei-me e levou dois murros nas costas!”. É possível constatar que a situação mais escolhida pelos participantes foi a necessidade de internamento, algo que lhes causa raiva e frustração.*

A maioria dos adolescentes conseguiu identificar as vantagens e as desvantagens das situações descritas.

As emoções e sentimentos que emergiram das situações relatadas foram a raiva, tristeza, felicidade, angústia, medo, incompreensão, zanga, inveja, fúria e ódio.

O grupo apresentou maior dificuldade em perspetivar novas ideias para lidar com a situação descrita, necessitando da ajuda da equipa para as elaborar.

Nesta sessão, as palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade” foram as seguintes: *"Senti raiva por me lembrar deste momento"; "Fixe"; "Nada compreendida"; "Foi uma sessão terapêutica"; "Foi uma sessão diferente do usual e gostei"; "Aprendi como lidar com certas situações caso elas voltem a acontecer"; "Foi bom expressar os meus sentimentos e conseguir desabafar. Senti-me livre"; "Uma sessão de reflexão e necessária para nos lembrarmos das vantagens dos maus momentos"; "Esta sessão foi necessária para refletirmos sobre situações passadas"; "Senti-me feliz"; "Eu gostei de estar na atividade porque disse o que sinto para me ajudarem".*

Reportando-me à intervenção socioterapêutica **Dança e Movimento**, a maioria dos participantes conseguiu aderir às dinâmicas propostas. As emoções e sentimentos que emergiram no momento da reflexão foram as seguintes: Culpa, cansaço, diversão, calma, felicidade, liberdade, tranquilidade, distração e desconforto.

As palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”, referentes a esta sessão foram: *“Cansaço”; “Calma”; “A sessão foi libertadora e divertida”; “Foi libertador e diferente do que esperava, gostei”; “Senti-me animada e divertida”; “Gostava de ter disfrutado mais”; “Distraída”; “Senti-me bem!”.*

Na intervenção socioterapêutica **Terapia pela Arte**, a maioria dos adolescentes aderiram às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, em que foi solicitado que construíssem um objeto livre, os participantes moldaram as seguintes peças: Coração, círculos, nariz, boneca, rosa, pirâmide, flor e cobra. A reação dos participantes quando viram as suas peças serem modificadas pelo outro foram distintas, uns ficaram frustrados, pois o resultado não seria aquele que teriam perspetivado no início. Outros reagiram de forma entusiástica ao constatarem que o trabalho de equipa deu origem a um objeto melhorado, melhor do que aquele que teriam imaginado. Outros ficaram zangados e frustrados, uma vez que teriam de destruir o objeto criado em grupo.

Quando foi solicitado que construíssem algo que lhes causa zanga, raiva ou frustração, as peças moldadas foram as seguintes: pizza, três caras (triste, chorar e normal), balança, reflexo do seu corpo no espelho, jaula, sociedade, boneco a tapar

os ouvidos, mosca, livro e o próprio corpo. Quando foi transmitido que poderiam destruir a peça negativa, o barro saltou, foi esmurrado, batido, atirado e amassado de várias formas. A agressividade contida expressou-se de forma livre, tronando-se num momento libertador.

Na fase em que foi pedido que construíssem algo positivo, constroem: Sol, cara feliz, coração com a palavra família, lua, balão de pensamento (símbolo das memórias positivas), estrelas, mala, cão e imagem de si com o animal de estimação. Foi dado um sentido a esses objetos, que surgem como recurso quando se sentem frustrados, zangados e/ou com raiva.

Os sentimentos e emoções que emergiram foram: Raiva, felicidade, libertação, bem-estar, zanga, tranquilidade, calma, animação, conforto, alívio e frustração.

As palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade” de cada adolescentes foram: *“Divertido, libertador”*; *“Calma”*; *“Calma e aliviada”*; *“Libertador”*; *“Senti-me animada e divertida”*; *“Foi uma atividade diferente e muito divertida”*; *“Foi uma atividade terapêutica e satisfatória”*; *“Esta atividade ajudou-me a libertar a minha frustração”*; *“Adorei mexer no barro”*; *“Libertador”*.

Tendo em conta a intervenção psicoeducativa intitulada de **Psicoeducação**, alguns elementos do grupo procuraram participar e dar a sua opinião sobre o tema. Outros decidiram adotar uma atitude de escuta, participando apenas quando lhes era pedido.

Quando lhes foi solicitado que completassem a frase “o meu tipo de comportamento é...”, três adolescentes responderam assertivo, seis responderam passivo, dois responderam agressivo e dois afirmam que é assertivo, passivo e agressivo. Todos responderam que gostavam que o seu comportamento fosse mais assertivo.

Identificaram estratégias para mudar o seu comportamento, tais como: Tentar dizer não; ter uma postura mais confiante; dar a opinião; treinando com as situações que aparecem; ter mais autoestima; partilhar os sentimentos; controlar a agressividade para não gritar; controlar melhor emoções; impor limites e não tentar agradar a todos.

As emoções e sentimentos que emergiram foram as seguintes: Tristeza, felicidade, zanga, tranquilidade, calma, bem-estar, interesse e ansiedade.

As palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”, referentes a esta sessão foram: *“Foi uma atividade precisa”*;

“Interessante”; “Desatenta”; “Foi interessante, gostei”; “Eu aprendi coisas sobre mim mesma e coisas que me podem ser úteis”; “Foi uma atividade muito importante que me ajudou muito”; “Pensativa e educativa”; “Para mim esta atividade ajudou-me a saber comportar-me melhor”; “Necessitada”.

Considerando a intervenção socioterapêutica **Cineterapia**, todos os participantes visualizaram o filme com interesse, porém, poucos foram aqueles que quiseram participar na sua reflexão, análise e discussão de forma espontânea.

Conseguem identificar os momentos em que a raiva se expressa no filme, as suas consequências, benefícios e quais as estratégias utilizadas pela personagem principal para resolver os conflitos existentes, entendendo a importância de cada uma das emoções presentes.

Quando questionados acerca de quais as emoções, que aparecem no filme, assumem o seu controlo, seis adolescentes responderam medo, quatro responderam tristeza, quatro responderam alegria e dois responderam raiva.

As palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”, referentes a esta sessão foram as seguintes: *“Gostei do filme”; “Fixe”; “Triste, pensativa”; “Foi uma sessão calma”; “Todas as emoções são importantes”; “Adorei o filme e acho que me representa e ao que eu sinto”; “Relembrar que todas as emoções são importantes à sua maneira”; “Este filme ajudou-nos a refletir sobre as nossas emoções”; “Alegria”; “Positivo”; “Pensativa”.*

Por fim, na atividade em que se desenvolveu o balanço semanal, cada adolescente conseguiu escolher uma carta de como se sentiu no decorrer da semana, como se sentia no momento e como perspectivava a semana seguinte. Conseguiram também identificar estratégias para lidar com a raiva no futuro, tais como: Ler; ouvir música; desenhar/pintar; ver uma série/filme; falar com alguém de confiança; tentar resolver a situação; bater numa almofada; respirar fundo; meditar; andar a pé; objetos anti-stress; mexer no cubo mágico; saber porque estou assim; dar uma volta; fechar os olhos; falar com alguém; focar noutro momento; rasgar papel; correr.

Reportando-me às intervenções individuais realizadas com a L., foi-lhe entregue um boneco anti-stress no final da intervenção, uma vez que foi uma das estratégias que a L. identificou para a ajudar a lidar com a raiva. Tendo em conta os resultados obtidos, a adolescente conseguiu identificar em que momentos sente zanga e a quem a dirige (*“Como não quero estar aqui acabo por me chatear com os meus pais... eu sei que não merecem, mas tudo o que dizem me irrita” sic*). Pensou

sobre a sessão de psicoeducação realizada, referindo “*eu penso que o meu tipo de comportamento é mais agressivo... não pensei bem no que escrevi... é agressivo porque me exalto com muita facilidade!*” (sic). Conseguiu identificar algumas estratégias para continuar a gerir a sua zanga, tais como a escrita e resolver os cubos mágicos. Foi incentivada a continuar a completar o seu caderno e fornecido reforço positivo pelo empenho demonstrado. Incentivada também a continuar este trabalho com as enfermeiras de referência e com a equipa multidisciplinar.

De forma a realizar a avaliação da eficácia das intervenções realizadas na prevenção e gestão do comportamento agressivo, recorri aos indicadores NOC autocontrolo da agressividade, através do que observei nos participantes e tendo em consideração o *feedback* fornecido pelos mesmos no decorrer da semana e no balanço semanal.

O pretendido era que na segunda avaliação surgisse um aumento do *score* obtido em relação à avaliação inicial e que o *feedback* obtido por parte dos adolescentes envolvidos fosse positivo.

Torna-se importante salientar que não é possível provar a eficiência e eficácia das intervenções realizadas, uma vez que, apesar de os adolescentes se encontrarem num ambiente controlado, existem outros fatores que podem contribuir para a melhoria e o bem-estar dos mesmos, como por exemplo: intervenções realizadas pela equipa de enfermagem, médicos, psicólogos, psicomotricista, medicação, visitas, acontecimentos marcantes e significativos na vida do adolescente.

É possível verificar a importância e a relevância das intervenções realizadas através do que os adolescentes comunicaram ao longo das intervenções, permitindo-me assim realizar uma avaliação qualitativa e credível daquilo que desenvolvi ao longo das sessões planeadas.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização do presente Relatório de Estágio foi fundamental ter em consideração as questões éticas na elaboração dos trabalhos académicos. A enfermagem é uma profissão autorregulada, que tem bem definidos os princípios éticos e deontológicos que o enfermeiro tem o dever de cumprir no exercício da sua profissão. Na elaboração de um trabalho académico e no que diz respeito ao acompanhamento de crianças, adolescentes e respetivas famílias, em contexto de estágio, o dever de cumprir estes princípios, definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, mantém-se e é fundamental na prestação de cuidados. Neste sentido, foi necessário recorrer ao CDE (OE, 2005), considerando o princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (artigo 78º, nº1); os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de “respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” e de “excelência do exercício” (artigo 78º, alínea b e c); os deveres de informação, no qual é essencial “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (artigo 84º, alínea b); os deveres de respeito pela intimidade (artigo 86º) e os deveres de salvaguardar os direitos das crianças (artigo 81º).

De acordo com Nunes (2013), “garantir anonimato e confidencialidade é basilar na relação entre quem investiga e quem consente em ser sujeito do estudo” (p.9). Assim sendo, torna-se crucial manter em sigilo as informações às quais tive acesso, divulgando apenas os dados obtidos após o consentimento informado dos participantes e anonimizando as pessoas envolvidas. A decisão terapêutica não é da exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde, sendo partilhada com o cliente, que exprime a sua vontade, decidindo se quer ou não aceitar a estratégia terapêutica que lhe foi proposta (Silva, 2020). Quando se estuda ou intervém junto de uma população vulnerável, mesmo de forma temporária, é fundamental termos em consideração que esta deve “ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis.” (Nunes, 2013, p.9).

Tornou-se assim fundamental, utilizar os instrumentos disponíveis nos contextos, articular e envolver as famílias nos cuidados, recorrer a uma prática baseada na melhor evidência disponível e tomar consciência e procurar gerir os fenómenos transferenciais e contratransferências existentes, seguindo os documentos reguladores da profissão.

5. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EEESMP

De forma a demonstrar que competências foram desenvolvidas ao longo dos estágios, foi construída a tabela seguinte, que contempla as atividades realizadas para o desenvolvimento dessas mesmas competências. Para tal, recorri ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e ao Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (OE, 2018).

Tabela 1. Competências desenvolvidas

		Atividades Desenvolvidas
Competências comuns	A - <i>Responsabilidade profissional, ética e legal.</i>	Participação na construção da tomada de decisão em equipa; Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia da profissão; Reflexão sobre os processos de tomada de decisão; Assegurar o respeito pelos direitos dos clientes; Jornais de Aprendizagem.
	B - <i>Melhoria contínua da qualidade.</i>	Pesquisa bibliográfica, com base na melhor evidência disponível; Respeito e compromisso pelo processo de aprendizagem; Divulgação das experiências, através do presente relatório; Utilização da evidência científica na elaboração dos trabalhos académicos; Utilização de indicadores e de instrumentos para a avaliação das práticas clínicas; Análise dos resultados obtidos (apresentados nos capítulos anteriores e em apêndice); Planeamento de programas de melhoria contínua (exemplo: aplicar os conhecimentos adquiridos no meu contexto laboral), de modo a melhorar a minha prática clínica, prestando cuidados de enfermagem de qualidade; Envolvimento da família no plano de cuidados.
	C - <i>Gestão dos cuidados.</i>	Colaboração nas decisões da equipa de saúde, no papel de estudante; Participação nas reuniões multidisciplinares, procurando reconhecer os distintos e interdependentes papéis dos membros das equipas. Procurei fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, estando disponível e demonstrando empenho nas funções que exerci.
	D - <i>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</i>	Promoção da consciência de mim enquanto pessoa, estudante e enfermeira, através de um trabalho contínuo de desenvolvimento ao longo do curso de mestrado, sendo que os trabalhos académicos e a intervenção junto dos clientes, em contexto de

		estágio, contribuíram em larga escala para o meu autoconhecimento e crescimento pessoal; Reconhecimento dos meus recursos (exemplo: professor, orientadora clínica, colegas, pessoas significativas, eu enquanto pessoa e profissional) e limites (exemplo: medos e anseios) pessoais e profissionais.
Competências específicas	<i>1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</i>	Primeira orientação tutorial; Diários reflexivos (reflexões diárias orais e escritas); “Dar conta de si” (Identificar-me no aqui-e-agora, reconhecendo as minhas emoções, sentimentos e outros fatores que possam interferir na relação que estabeleço com o outro); Realização de dois Estudos de Caso (um em contexto de ambulatório e um em contexto hospitalar); Realização de quatro Jornais de Aprendizagem (dois em contexto de ambulatório e dois em contexto hospitalar); Prestação de cuidados individuais e de grupo; Passagens de ocorrências; Reuniões multidisciplinares; Auto monitorização (como me sinto, como se expressa o meu corpo); Intervisão (partilha entre os colegas de curso); Gestão de fenómenos transferenciais e contratransferenciais; Discussões com as orientadoras clínicas e o professor orientador; Registos de interação; Avaliação formativa e sumativa.
	<i>2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</i>	Segunda orientação tutorial; Elaboração dos Jornais de Aprendizagem; Elaboração dos Estudos de Caso; Participação e acompanhamento no grupo terapêutico dos pais e crianças; Intervenção individual, onde tive a oportunidade de executar uma avaliação das capacidades internas da cliente e os seus recursos externos para recuperar a saúde mental; Intervenção de grupo (grupo de crianças em idade pré-escolar, grupo de sociodrama, grupo terapêutico “Semana da Agressividade”); Planeamento e implementação da “Semana da Agressividade”, procurando trabalhar com os adolescentes internados a prevenção e gestão do comportamento agressivo; Avaliação dos resultados obtidos; Registos de enfermagem; Passagem de ocorrências; Pesquisa bibliográfica, com base na melhor evidência disponível; Observação do desenvolvimento das atividades de grupo, procurando aprender com os peritos envolvidos; Participação nas reuniões de supervisão.

Competências específicas	<p><i>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.</i></p>	<p>Terceira orientação tutorial; Elaboração dos Estudos de Caso, onde foram estabelecidos os planos de cuidados dos clientes em estudo; Elaboração dos Jornais de Aprendizagem; Desenvolvimento de atividades psico e socioterapêuticas; Diários reflexivos (reflexões diárias orais e escritas); Registos de interação; Participação nas reuniões multidisciplinares; Discussão com a orientadora clínica; Discussão com o professor orientador; Intervenção individual (elaboração e implementação de um plano de cuidados, de modo a aumentar a capacidade da cliente para prevenir e gerir o comportamento agressivo); Intervenção em grupo; Utilização de instrumentos de colheita de dados qualitativos; Utilização de instrumentos de avaliação dos resultados esperados (exemplo: Instrumento de avaliação inicial e final de acordo com os indicadores NOC Autocontrolo da Agressividade); Pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, com base na melhor evidência disponível; Comprometimento com o trabalho desenvolvido nas equipas dos dois contextos; Gestão do regime medicamentoso dos doentes internados, sob supervisão da orientadora clínica.</p>
	<p><i>4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</i></p>	<p>Quarta orientação tutorial; Pesquisa bibliográfica, com base na melhor evidência disponível; Participação como ego auxiliar no grupo de Sociodrama; Enfermeira dinamizadora das atividades desenvolvidas na “Semana da Agressividade”, sob supervisão; Implementação de intervenções psicoeducativas, psicoterapêutica e socioterapêuticas, individuais e em grupo, sobre a temática em estudo; Utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas como terapeuta e coterapeuta, sob supervisão (“Caderno da minha agressividade”, técnica de Expressão Dramática, Dança e Movimento, Terapia pela Arte, Cineterapia, Culinária, Autocuidado, Relaxamento), de modo a promover o <i>insight</i> dos clientes envolvidos, a facilitar respostas adaptativas, a promover mudanças positivas nos seus estilos de vida e permitindo que libertassem tensões emocionais e que vivenciassem experiências gratificantes.</p>

6. CONCLUSÃO

Na elaboração do presente Relatório de Estágio, procurei dar resposta aos objetivos previamente delineados, apresentando a pesquisa realizada sobre a temática, procurando também definir os conceitos estudados, abordando o trabalho desenvolvido no decorrer dos estágios realizados na Consulta de Pedopsiquiatria e na UIP e tendo a oportunidade de refletir o meu percurso no desenvolvimento de competências de EEESMP.

A saúde mental na infância e adolescência merece a nossa melhor atenção, pois a aposta na promoção da saúde mental permite obter ganhos em saúde. Surgem fatores de risco que predizem o surgimento de alterações na saúde mental, tais como as transições situacionais, de desenvolvimento ou de saúde-doença (Nabais & Nunes, 2020; Meleis, 2010). Todas estas mudanças repentinas e prolongadas no tempo, podem fazer com que o adolescente não se consiga adaptar às novas circunstâncias, traduzindo-se, por vezes, em comportamentos agressivos, onde a raiva é expressa de maneira inapropriada.

O foco da intervenção deve centrar-se na prevenção dos comportamentos agressivos ao invés da sua gestão (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015). No entanto, para que tal aconteça, é necessário reconhecer quais os fatores que podem despoletar esse mesmo comportamento, de modo a conseguir controlá-lo e evitá-lo. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os clientes e que com eles comunicam, assumindo um papel fundamental na gestão do comportamento agressivo, devendo estar atentos às exigências inerentes à situação de transição.

Ao observar e participar nas dinâmicas de grupo na Consulta de Pedopsiquiatria, entendi a importância que o brincar terapêutico tem num grupo constituído por crianças, onde os profissionais que gerem o grupo, também se envolvem no brincar, surgindo assim uma sobreposição de duas áreas do brincar, a do cliente e a do profissional (Winnicott, 1975). Vivi também os desafios inerentes ao grupo de sociodrama desenvolvido, que me permitiu lidar com a minha própria frustração, uma vez que muitos dos objetivos previamente traçados não eram realizados, tendo de me adaptar ao que o grupo trazia no momento. Naquele espaço único, assistiu-se a momentos de agressividade latente e expressa, nos quais a equipa teve de intervir, onde houve espaço para a reelaboração de alguns

acontecimentos, onde foi incentivada a resolução dos conflitos, estimulada a expressão de sentimentos e de emoções e onde se procurou criar uma aliança relacional entre o grupo.

Intervir junto dos adolescentes internados na UIP, trabalhando com eles a temática em estudo, permitiu-me pôr em prática intervenções socioterapêuticas e psicoterapêuticas, com recurso a diferentes técnicas para a prevenção do comportamento agressivo. Tendo em conta os resultados obtidos, estes foram aferidos através das partilhas realizadas pelos participantes e através dos indicadores NOC pré-definidos. Os *feedbacks* fornecidos foram globalmente positivos e foi observável um aumento dos indicadores avaliados no final das intervenções. Porém, torna-se importante reforçar novamente que não é possível provar a eficiência e eficácia das intervenções realizadas, uma vez que, apesar de os adolescentes se encontrarem num ambiente controlado, existem outros fatores que podem contribuir para a melhoria e o bem-estar dos mesmos.

Constato que surgiram algumas dificuldades e limitações neste percurso, tais como: Tempo de estágio reduzido para tudo o que ambicionava realizar, isto é, não tive a oportunidade de realizar uma sessão de formação em serviço como tinha planeado e gostaria de ter tido a possibilidade de realizar mais intervenções individuais sobre a temática em estudo; conciliar o trabalho com o estágio, pela sobrecarga horária; e a intersubjetividade do grupo e os desafios inerentes à faixa etária na qual intervi. Para ultrapassar estas dificuldades foi essencial reconhecer os recursos disponíveis, sendo identificados os seguintes: professor orientador e orientadoras clínicas; equipas que integrei; colegas de curso e de trabalho. Reforço ainda a importância dos momentos de lazer, que apesar de curtos foram essenciais, a importância da presença das pessoas significativas e do apoio fornecido pelas mesmas. Toda a ajuda que recebi ao longo desta caminhada pelo autoconhecimento, aprendizagem e aquisição de novas competências transformou-se num suporte promotor da minha própria saúde mental, pelo que, reconheço a importância do suporte emocional nos momentos em que nos sentimos mais frágeis e vulneráveis.

Tendo em conta tudo aquilo que foi abordado ao longo do relatório, constato que esta temática surge como uma área de interesse investigativo para a profissão e disciplina de enfermagem, que me ajudou a adquirir e a desenvolver competências de EEESMP. A passagem de iniciado a perito é um processo dinâmico, desenvolvido através da experiência que se vai adquirindo e só é conseguido através da mudança

na forma como tomamos consciência de uma determinada situação e pela passagem de observador a alguém que se envolve na execução (Benner, 2001). Neste sentido, a pessoa que se transforma em perito deve ser capaz de aliar e mobilizar o seu conhecimento teórico à sua prática clínica diária, de forma eficiente e eficaz, algo que pretendo transpor gradualmente para o meu contexto laboral, levando comigo todas as aprendizagens desenvolvidas ao longo desta desafiante e gratificante caminhada, não me esquecendo de que sou uma iniciante de especialista no caminho para perita, trilha este que é moroso, exige prática e bastante empenho.

Procuro continuar a pensar-me, a desenvolver-me e a adquirir novos conhecimentos, sendo importante reforçar que este desenvolvimento não passa apenas por uma competência técnica, nele são consideradas todas as áreas para uma prática avançada, que vão desde a prestação de cuidados, à pesquisa da melhor evidência disponível, à educação, à liderança profissional e à investigação em enfermagem, e em que no centro estão as pessoas de quem cuidamos, não fosse mesmo esse o grande propósito da enfermagem, o cuidar.

Reconheço que estou e estarei sempre em constante desenvolvimento, quer pessoal, quer profissional. As aprendizagens que colhi ao longo do caminho, contribuíram significativamente para o meu agir profissional, teoricamente e eticamente suportado. O meu principal objetivo daqui em diante é continuar a desenvolver e a adquirir competências que me ajudem a prestar cuidados de enfermagem cada vez melhores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abderhalden, C. (2008). *The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards* [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Maastricht]. Repositório da Universidade de Maastricht. DOI: 10.26481/dis.20080306ca
- Abreu, J. L. P. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Abreu, W. C. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Álvarez, A. C. & Maroto, J. L. S. F. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28 (1), 1-12. DOI:10.30827/Digibug.20644
- Arantes, C. F., & Lopes, R. F. F. (2016). Cinematerapia: Uma proposta psicoeducativa baseada na Terapia do Esquema. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 24(1), 45-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p45-53>
- Batista, A., Quintas, C., Baltar, P. Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coords.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 193 – 216) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berg, E. A. (2012). *Administração de conflitos: Abordagens práticas para o dia a dia*. Curitiba: Juruá Editora.
- Björkdahl, A. (2010). *Violence prevention and management in acute psychiatric care: Aspects of nursing practice. Department of clinical neuroscience*. Karolinska Institute: Stockholm (Sweden).
- Bonner, G. & Wellman, N. (2010). Postincident Review of Aggression and Violence in Mental Health Settings. *Journal of Psychosocial Nursing*, 48 (7), 1-6. DOI: 10.3928/02793695-20100504-05

- Bucho, J. L. S. M. C. (2011). *As terapias expressivas e o barro: Veículo de auto-conhecimento, criatividade e expressão* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/2260>
- Bulechek, J. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cartaxo, T., Pedroso, S. & Cerejeira, J. (2014). Psiquiatria da infância e adolescência. In Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (Coord.). *Psiquiatria fundamental* (pp. 473 – 485). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Carvalho, A. S. (2016). Violência e agressividade. In Modena, M. R. (Coord.), *Conceitos e formas de violência* (pp. 135 - 140). Caxias do Sul: Educus. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf
- Carvalho, A. C., Parra, R., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento agressivo. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 147 -148). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Concelho de Enfermagem (2009). Parecer nº 226/2009 de 03/12/2009. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>
- Coutinho, C. P. & Chaves, J. H. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*. 15 (1), 221-243. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/492>
- Daniel, S. (2021). Avaliar, prevenir, intervir. In Santos, M. C., *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes – Identificar, avaliar e intervir* (3ª ed.) (pp. 13 – 14). Lisboa: Edições Sílabo.
- De Bono, E. (2005). *Os seis chapéus do pensamento*. Lisboa: Pergaminho.

- Dias, J. C. B. (2020). Enfermagem de saúde mental na infância e adolescência. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 283 - 285). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Direção-Geral de Saúde (2007). Circular normativa nº 08/2007 de 25/05/2007. Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (2013). Norma nº 010/2013 de 31/05/2013. Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde (2ª ed.). Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas: Coleção expressão em terapia* (Vol.1). Lisboa: Tuttirév Editorial.
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS)*. 6 (2), 102-107. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- 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. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (4), 266–274. DOI:10.1016/j.apnu.2009.09.002
- Fonseca, P. (2017). Adolescência. In Oliveira, G. & Saraiva, J (Coords.), *Lições de Pediatria*, Vol. I. (pp. 245-258). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Gagliotto, G. M., Berté, R., Vale, G. V. (2012). Agressividade da criança no espaço escolar: Uma abordagem psicanalítica. *Revista Reflexão e Ação*. 20 (1), 144-160. Disponível em: online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/download/2218/2048.
- Goldschmidt, T., Marques, C. & Xavier, M. (2018). Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/10/RRH_Psiquiatria-da-Infancia-e-da-Adolescencia_2018.pdf
- Herdman & Kamirsuru (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice: ICNP. Version 2019*. Genebra: International Council of Nurses.
- Lemes, C. B. & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em psicologia*. 25(1), 17-28. DOI:10.9788/TP2017.1-02
- Lima, M. V. & Guimarães, S. M. (2014). Possibilidades terapêuticas do dançar. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 6(11), 98-127. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v6i14.68530>
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L., Nóvoa, A., Barros, P., Silva, S., Roque, A. & Amândio, S. (2006). *Prevenir ou Remediar - Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*. Lisboa: Colibri.
- Maia, R. S., Araújo, T. C. S. & Maia, E. M. C. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(2), 53-63. DOI:10.5935/2318-0404.20180020
- Major, S. & Seabra-Santos, M. (2013). Uso de inventários comportamentais para avaliação socioemocional em idade pré-escolar. *Avaliação Psicológica*, 12(1), 101-107. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712013000100013&script=sci_abstract

- Martinec, R. (2018) Dance Movement Therapy in the Wider Concept of Trauma Rehabilitation. *Journal of Trauma and Rehabilitation*, 1 (1), 1-5. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327418865_Dance_Movement_Therapy_in_the_Wider_Concept_of_Trauma_Rehabilitation
- Martins, C., Ribeiro, A. & Sousa, J. M. T. (2008). Promovendo a espontaneidade: Uma experiência de intervenção comunitária. *Revista Toxicodependências*, 14 (2), 37-44. Disponível em: https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/16/art04_vol14_N2.pdf
- Matos, A. C. (2002). *Adolescência: O triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Medeiros, T. (2015). O conceito de adolescência revisitado. In Medeiros, T. (Coord.), *Adolescência: Desafios e riscos* (2ª ed.) (pp. 27 - 46). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific Theories in nursing research and practice*. (3ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2017). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K, H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), pp. 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Monteiro, P. & Confraria, L. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 339-358). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem* (4ª ed.). São Paulo: Elsevier.

- Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o jovem com problemas de saúde mental. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 264 – 272) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. Royal College of Nursing London: London.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Oliva, V. H. S., Vianna, A. & Neto, F. L. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (3), 138-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000300008>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial da Saúde (2014). Relatório mundial sobre a prevenção da violência. OMS. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_por.pdf?sequence
- Organização Mundial da Saúde (2019). Children and adolescents in the WHO European Region. OMS. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/children-and-adolescents-in-the-who-european-region>
- Ortolan, M. L. M., Lima, A. L., Maireno D. P. & Sei, M. B. (2018). Grupos de dinâmica infantil e os efeitos terapêuticos do brincar. *Revista Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. 19(2), pp. 23-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200003

- Paviani, J. (2016). Conceitos e formas de violência. In Modena, M. R. (Coord.), *Conceitos e formas de violência* (pp. 8 - 20). Caxias do Sul: Educs. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº 151 de 07-08-2018), 21427 – 21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A. & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 13(1), 17–25. DOI: 10.5811/westjem.2011.9.6864
- Rosa, R., Boing, A. F., Schraiber, L. B. & Coelho, E. B.S. (2010). Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface*, 4 (32), 81-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100007>
- Royal College of Nursing (2005). *Violence. The Short-term Management of Disturbed/Violent Behaviour in in-patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. NICE: London.
- Saewyc, E. M. (2014). Promoção da saúde do adolescente e da família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Coords.), *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*, Vol. I. (9ª ed.) (pp. 784 -823). Loures: Lusociência.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 11, 59-62. Disponível em: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:1554>

- Santos, M. C. (2021). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes – Identificar, avaliar e intervir* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Seabra, P. (2010). Entrevista familiar: Um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental. *Revista Nursing*. 20-26. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/15202>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silva, F. S. M. M. (2013). *Os enfermeiros e a agressividade no serviço de urgência: Um pulsar latente* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16205>
- Silva, M. (2020). Questões éticas em saúde mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 38 - 41). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silva, P. (2020). Procedimento sectorial: Filosofia da especialidade de Pedopsiquiatria.
- Smieszek, M. (2019). Cinematherapy as a part of the education and therapy of people with intellectual disabilities, mental disorders and as a tool for personal development. *International Research Journal for Quality in Education*, 6(1), 30-34. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331832032_Cinematherapy_as_a_Part_of_the_Education_and_Therapy_of_People_with_Intellectual_Disabilities_Mental_Disorders_and_as_a_Tool_for_Personal_Development
- Spadini, L. S. & Souza, M. C. B. M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 10(1), pp. 132-138. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100018>

- Stone, T., McMillan, M., Hazelton, M., & Clayton, E. (2011). Wounding words: swearing and verbal aggression in an inpatient setting. *Perspectives in Psychiatric care*, 47(1), 194-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00295.x>
- Takata, Y. (2002). Supporting by a nurse teacher in a school infirmary using collage therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (56), 371-379. DOI: 10.1046/j.1440-1819.2002.01025.x.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. & Morgan, K. I. (2021). *Enfermagem psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada em evidências* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Valentim, O., Laranjeira, C. & Querido, A. (2020). *Evidências em saúde mental: Da concepção à ação*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. DOI: <https://doi.org/10.25766/zn76-2w06>
- Vicente, S. J. A. (2016). *Procedimento dos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes no Serviço de Urgência de Psiquiatria* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/18932>
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

ANEXOS

**Anexo I – Instrumento de identificação de fatores de risco clínico utilizada na
UIP**

Identificação de Fatores de Risco Clínico

Risco Suicidário		///	///	///	///
1. Tentativa de Suicídio	Disruptiva (impulsiva com método grave)				
	Recorrente				
2. Manutenção de Ideação Suicida					
3. Elevada letalidade do ato (método agressivo e/ou planeado; intenção de morte expressa ou inferida)					
4. Perturbação do humor, ou elevada impulsividade, psicoses.					
5. Disfunção familiar grave e/ou historia familiar de t. Suicídio ou suicídio					
6. Perdas afetivas importantes por morte ou término de relação de suporte afetivo fundamental					
7. Problemas de socialização graves/isolamento social					
8. Sentimentos de desespero, falta de esperança e baixa de autoestima marcada					
9. História de abuso do menor; consumo de substâncias					
10. Sexo masculino					
Risco (MA/A/M/B)					

Autoagressividade	///	///	///	///
1. História de comportamentos de auto agressão mantidos e recorrentes				
2. Comportamentos de autoagressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental				
3. Comportamentos de autoagressão com risco de suicídio				
Risco (MA/A/M/B)				

Violência	///	///	///	///
1. Expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com observador				
2. Postura tensa/ameaçadora (punhos, dentes cerrados)				
3. Agitação motora excessiva/movimentos agressivos (pontapés, murros a objetos)				
4. Agressividade e/ou ameaças verbais: (sarcasmo, ridicularização, referencias menos abonatórias às diferenças, comentários de menosprezo, desconfiança, desafio)				
5. Contestação e quebra frequente e mantida das regras do Serviço				
6. Percepções delirantes de cariz paranoide				
7. Ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou a pessoas				
8. Agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou a pessoas				
Risco (MA/A/M/B)				

Risco de Fuga	///	///	///	///
1. Pouca consistência na adesão da criança e/ou família ao projeto terapêutico				
2. História prévia de "fugas"				
3. História prévia de comportamentos aditivos.				
Risco (MA/A/M/B)				

Risco de Reações Adversas à Medicação	///	///	///	///
1. História prévia				
2. Baixa adesão ao regime terapêutico				
Risco (MA/A/M/B)				

Riscos Associados Patologia Orgânica	///	///	///	///
Tipo de Risco				
Risco (MA/A/M/B)				

Legenda:

- Risco de suicídio

Muito Alto – 1.2 + 2 + 3

Alto – 1 associado a outro critério

Médio – somente um critério

Baixo – nenhum critério

- Risco de autoagressividade

Muito Alto – 3 critérios

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

Baixo – nenhum critério

- Risco heteroagressividade

Muito Alto – 3 + 5 + 8 (basta ter o 8)

Alto – 7 + 6 e/ou +1

Médio – somente um critério expeto o 8

Baixo – nenhum critério

-Risco Fuga

Muito Alto – 3 critérios

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

Baixo – nenhum critério

-Risco de Reações adversas

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

-Risco associados a patologia orgânica

Definido de acordo com Pediatria

Anexo II– Indicador NOC Autocontrolo da Agressividade

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Classe: Autocontrole (O)

Escala(s): Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado (m)

Receptor do Cuidado:

Fonte de Dados:

Definição: Autocontenção de comportamentos agressivos, combativos ou destrutivos com relação aos outros						
GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO:		Manter em _____		Aumentar para _____		
Autocontrole de Agressividade		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Gradação Geral		1	2	3	4	5
INDICADORES:						
140110	Identificação da raiva	1	2	3	4	5 NA
140111	Identificação de frustração	1	2	3	4	5 NA
140112	Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5 NA
140113	Identificação de responsabilidade de manter o controle	1	2	3	4	5 NA
140114	Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5 NA
140115	Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5 NA
140116	Identificação de alternativas a repentes verbais	1	2	3	4	5 NA
140124	Uso de habilidades eficientes de resolução de conflitos	1	2	3	4	5 NA
140125	Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5 NA
140117	Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5 NA
140101	Contém-se de repentes verbais	1	2	3	4	5 NA
140126	Evita violação do espaço pessoal dos outros	1	2	3	4	5 NA
140103	Contém-se de bater nos outros	1	2	3	4	5 NA
140104	Contém-se de causar danos aos outros	1	2	3	4	5 NA
140105	Contém-se de prejudicar os animais	1	2	3	4	5 NA
140106	Contém-se de destruir propriedades	1	2	3	4	5 NA
140109	Controla impulsos	1	2	3	4	5 NA
140121	Uso da atividade física para reduzir acúmulo da energia	1	2	3	4	5 NA
140122	Uso de técnicas para controle da raiva	1	2	3	4	5 NA
140123	Uso de técnicas para controle da frustração	1	2	3	4	5 NA
140118	Sustentação de contrato para evitar comportamentos agressivos	1	2	3	4	5 NA

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem* (4ª ed.). São Paulo: Elsevier.

**Anexo III– Instrumento de avaliação inicial de acordo com os indicadores NOC
Autocontrolo da Agressividade**

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 1

Sigla: A. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 2

Sigla: S. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 3

Sigla: L. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 4

Sigla: A. L. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 5

Sigla: E. Data: 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 6

Sigla: SA. Data: 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 7

Sigla: M. Data: 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 8

Sigla: SU. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 9

Sigla: I. Data: 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 10

Sigla: ER. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 11

Sigla: MA. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 12

Sigla: C. Data: 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 13

Sigla: D. Data: 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO INICIAL – Participante 14

Sigla: AL. **Data:** 20/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

**Anexo IV– Instrumento de avaliação final de acordo com os indicadores NOC
Autocontrolo da Agressividade**

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 1

Sigla: A. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 2

Sigla: S. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 3

Sigla: L. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 4

Sigla: A. L. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 5

Sigla: E. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 6

Sigla: SA. **Data:** 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 7

Sigla: M. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 8

Sigla: SU. **Data:** 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 9

Sigla: I. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 10

Sigla: ER. **Data:** 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 11

Sigla: MA. **Data:** 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 12

Sigla: C. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 13

Sigla: D. Data: 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO FINAL – Participante 14

Sigla: AL. **Data:** 27/01/2023 (Colocar um círculo em volta do valor pretendido)

	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação ao sentir-se agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Demonstração de sentimentos negativos de forma não destrutiva	1	2	3	4	5
Controla impulsos	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da raiva	1	2	3	4	5
Uso de técnicas para controlo da frustração	1	2	3	4	5

APÊNDICES

Apêndice I– Jornais de Aprendizagem realizados em Contexto Comunitário

Jornal de Aprendizagem – “Primeira Semana de Estágio”

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta a realização de um diário/jornal de aprendizagem relativo à primeira semana de estágio, de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs, uma vez que este promove uma reflexão sistematizada e completa da experiência vivida.

O pensamento reflexivo é desenvolvido através da partilha das aprendizagens e sob o pensar acerca das vivências em contexto de estágio, sabendo descrever o que ocorreu, verbalizar os pensamentos e sentimentos que brotam das situações vivenciadas, desenvolver a capacidade de avaliação e análise das mesmas, retirando conclusões e planeando ações futuras. Assim sendo, nesta fase é fulcral uma ação sustentada na análise, partilha e reflexão sobre as práticas diárias.

O primeiro dia de estágio teve início no dia 27 de setembro de 2022, numa Consulta de Pedopsiquiatria. Muitas são as questões e ambições para esta fase de crescimento e de desenvolvimento. Ambiciono experienciar diversas situações que me ajudem a desenvolver enquanto pessoa, estudante e enfermeira. Não foi possível realizar estágio de observação no contexto de ambulatório, pelo que a informação que dispunha acerca deste local era escassa.

Este primeiro contacto ajudou-me a responder a algumas das minhas dúvidas e inquietudes sobre um local que será um grande desafio para mim, por não ter experiência nesta área específica e complexa. A consulta funciona de segunda a sexta-feira, predominantemente no período da manhã, sendo que às segundas-feiras o horário é compreendido entre as 8h30 e as 19h. Foi iniciado um grupo terapêutico com os pais e respetivas crianças em idade pré-escolar, grupos distintos que funcionam em simultâneo. Têm a duração de uma hora e trinta minutos e irão decorrer às segundas-feiras até dia 12 de dezembro de 2022, perfazendo um total de 10 sessões. Nestes grupos será trabalhada a comunicação familiar, serão identificados os recursos e dificuldades familiares. As famílias têm também um seguimento individual em consulta médica e de enfermagem.

Na próxima semana será ainda iniciado um grupo de psicodrama, com crianças em idade escolar. Serão também realizadas 10 sessões todas as segundas-feiras no período da tarde, até dia 19 de dezembro.

Nesta fase inicial, foi comunicado à enfermeira orientadora os principais objetivos do estágio, que irá contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Tal como foi abordado no projeto do semestre anterior, irei procurar conhecer e integrar as atividades que são desenvolvidas na unidade. Em relação ao projeto, que terá enfoque no contexto de internamento, este foi abordado e apresentado.

No primeiro dia de estágio, tive a oportunidade de assistir a uma reunião clínica. Estas reuniões são bastante úteis para conhecer a história das crianças/adolescentes e respetivas famílias e quais as dificuldades que estão a enfrentar. Realizam-se todas as quartas-feiras com a equipa multidisciplinar, existindo ainda uma reunião entre equipas uma vez por mês, que espero ter a oportunidade de assistir.

O tão aguardado dia do início dos grupos terapêuticos chegou. Dia 3 de outubro de 2022 foi o meu primeiro contacto com um grupo de crianças em idade pré-escolar. Tive a oportunidade de conhecer três crianças, o L., o R. e o P.. Os grupos formados são fechados, pois os elementos que o constituem entram e saem na mesma altura, num período fixo previamente estabelecido (10 sessões).

O L. é uma criança do sexo masculino e tem 3 anos de idade. Este apresenta dificuldade na separação, hipersensibilidade a estímulos e atraso no desenvolvimento da linguagem. Consegue estabelecer relação com o outro, pelo que existe a suspeita que o comportamento que apresenta seja por imitação do irmão (diagnóstico médico de perturbação do espectro do autismo), com quem interage frequentemente e com quem passou longos períodos no decorrer da pandemia. Na primeira sessão apresentou-se muito lábil, postura tensa, atitude desconfiada, recusando perentoriamente a participação no grupo, mesmo após diversas tentativas de dissuasão. Revelou uma grande dificuldade na separação em relação à mãe. Não foi possível a sua participação no grupo, porém no final da mesma encontrava-se mais calmo e comunicativo com a médica assistente, estabelecendo um acordo com a mesma, de que participaria na próxima sessão.

O R. é uma criança do sexo masculino, com 5 anos de idade. Foi integrado no grupo por dificuldades na linguagem e por alterações no sono. Atualmente passa grande parte dos seus dias na casa dos avós, estando ausente da sua casa das 6h

às 21h. Durante o período noturno acorda frequentemente pelas 3h, não conseguindo retomar descanso. No início da sessão, demonstrou ser uma criança comunicativa no momento da apresentação, procurando estabelecer relação com os pares e com os profissionais envolvidos, embora demonstrasse alguns sinais de nervosismo, tal como roer as unhas. Revelou dificuldade na concentração, mudando rapidamente de assunto, esquecendo-se do tema inicial e perdendo o foco no tema atual (sem fuga de ideias). Neste sentido, foi treinada a capacidade de esperar pela sua vez para falar e a atenção/concentração no tema de conversa atual, procurando que não se dispersasse por outros assuntos. Apresentou também algumas queixas somáticas (chamadas de atenção?), referindo cefaleias, dor abdominal, rinorreia, entre outros, algo que não se evidencia e que foi facilmente ultrapassado ao serem abordadas outras temáticas. Demonstrou preocupação pelo colega que recusou participar na sessão, envolvendo-se numa atividade que consistia em chamar pelo nome da criança de modo que integrasse o grupo. No ginásio foi desenvolvida uma brincadeira, tendo por base os temas abordados ao longo da sessão, as crianças apresentam gosto por diversos animais e foi proposto que fosse construído um abrigo para um animal à sua escolha. O animal escolhido pelo grupo foi um cão e a criança desempenhou o seu papel no mundo da fantasia, brincou imitando o animal, procurando abrigo, companhia, carinho, comida e realizando habilidades características deste tipo de animal. Momentaneamente foram apagadas as luzes da sala, para que os “animais” pudessem descansar. Foi reforçada a importância do descanso para o crescimento e desenvolvimento e o R. acabou por tolerar o escuro, algo que não acontecia anteriormente. Ao longo da sessão o R. estabeleceu uma relação eficaz com o colega e com os profissionais, estando com o fâcies expressivo, postura descontraída, discurso progressivamente mais fluente e coerente, embora por vezes desorganizado. Mostrou-se disponível para a relação, demonstrando curiosidade e vontade de realizar mais jogos e atividades na semana seguinte.

O P. é uma criança do sexo masculino, com 4 anos de idade. Foi selecionado para integração no grupo terapêutico por dificuldades na linguagem e comportamento agressivo dirigido aos colegas do pré-escolar. No início da sessão, demonstrou-se interativo e comunicativo com os pares e com os profissionais. Demonstrou empatia pelo colega que se encontrava a chorar, realizando diversas tentativas para que ele integrasse o grupo. Foram abordados os medos do ambiente desconhecido e como

isso nos pode deixar nervosos e apreensivos. O P. refere que também fica com medo dos lugares que não lhe são familiares e nomeia algumas formas de o ultrapassar, tais como respirar fundo lentamente e “oferecer marshmallows” *sic*. Procurou ainda conversar com a outra criança, tentando convencê-la a entrar. Mesmo com o choro do par conseguiu manter-se concentrado nos temas abordados. Perde esporadicamente o foco, porém consegue recordar-se dos temas que ficaram pendentes e retomar os mesmos. Participou com agrado nas atividades desenvolvidas. Foram impostos limites nos jogos das espadas. No ginásio foi desenvolvida uma brincadeira, tendo por base os temas abordados ao longo da sessão. Uma vez que as crianças apresentam gosto por diversos animais e que este foi o tema central do seu discurso, foi proposta uma atividade na qual fosse construído um abrigo para um animal à sua escolha. O animal escolhido pelo grupo foi um cão e a criança desempenhou o seu papel no mundo da fantasia, brincou imitando o animal, procurando também abrigo, companhia, carinho, comida e realizando habilidades características deste tipo de animal. Ao longo da sessão, o P. estabeleceu uma relação eficaz com o colega e com os profissionais, estando com o fâcies expressivo, contacto sintónico, postura descontraída, atitude colaborante, discurso fluente, coerente e organizado. Mostrou-se disponível para a relação, demonstrando curiosidade e vontade de realizar outras atividades na semana seguinte.

Após este primeiro contacto, foi realizada uma reunião multidisciplinar (enfermeiras, professora, médica e terapeuta da fala) acerca do que decorreu nos grupos. Posteriormente, no grupo seguinte, tive a oportunidade de participar no grupo dos pais, com a presença da Sra. A e do Sr. L.. O grupo é constituído por 3 elementos, no entanto uma das mães não conseguiu comparecer na primeira sessão.

A Sra. A. é mãe de uma criança do sexo feminino, com 4 anos de idade. Foi encaminhada ao grupo terapêutico, uma vez que a criança apresenta dificuldade na linguagem, dificuldades na alimentação e não apresenta controlo de esfíncteres. Ao longo da sessão a Sra. A. apresentou-se com humor neutro, fâcies fechado, com mimica pobre. Discurso pobre, mas espontâneo, coerente e organizado. Postura tensa por períodos. Atitude cooperativa. Contacto sintónico. Revela reduzida crítica ou insight para a situação, referindo-se à filha como uma criança “inquieta, pouco atenta, que não cumpre ordens e que exige sempre atenção” *sic*. Refere que quem assume o papel de cuidadora é frequentemente a irmã de 14 anos. Foi abordada a importância

da escola na vida da criança como algo organizador, abordada também a necessidade de impor limites e explicá-los de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. Reforçada também a importância de atribuir sentido ao que a criança faz e como brinca. Foi trazido pelos pais também a questão do uso de tecnologias e explicada a importância dos limites de tempo e reforçada a necessidade de apresentar um referencial de tempo à criança, uma vez que ainda não tem noção do mesmo. A Sra. A. apresenta-se por vezes defensiva à abordagem, no entanto refere interesse em continuar a participar nas sessões desenvolvidas. Levou o questionário SDQ para preencher e para entregar na unidade pré-escolar que a criança frequenta.

O Sr. L. é pai de uma criança do sexo masculino, com 3 anos de idade, que foi referenciado para o grupo terapêutico por dificuldades na fala. A criança recebeu fracos estímulos externos durante a pandemia da Covid-19, passando longos períodos com o pai em casa. Mudou recentemente de escola e segundo o pai a adaptação está a correr bem, referindo “não quero falar da outra cresce, ele desenvolveu-se mais nesta em duas semanas do que na outra, não tem nada a ver” *sic*. No decorrer da sessão, o Sr. L. apresentou-se com humor eufórico, fâcies pouco expressivo. Discurso em resposta, mas coerente e organizado. Postura retraída. Atitude cooperativa. Contacto sintónico. Revela pouca crítica ou insight para a situação, referindo-se ao filho como uma criança “muito desenvolvida, faz tudo sozinho, veste-se e despe-se sozinho, vai buscar comida, só é preguiçoso na fala, de resto tudo bem” *sic*. Apresenta alguma dificuldade em compreender exemplos metafóricos. Ao longo da sessão, foi abordada a importância da escola na vida da criança como algo organizador, abordada também a necessidade de impor limites e explicá-los de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. Reforçada também a importância de atribuir sentido ao que a criança faz e como brinca. Abordada também a questão do uso de tecnologias, sendo que o Sr. L. refere que sempre foi contra o uso do telemóvel, “nunca lhe dei o meu telemóvel, eu avisei a mãe, ela é que lho dá e depois ele faz birras, mas eu não tenho nada a ver com isso, ignoro a situação. A culpa é dela, ela que resolva” *sic*. Não foi explorada esta questão, no entanto é algo que deve ser explorado e trabalhado nas próximas sessões, entendendo qual o papel deste pai quando surgem divergências ou birras por parte da criança. Foi explicada a importância dos limites de tempo, reforçando a necessidade de fornecer à criança um referencial de tempo, uma vez que ainda não tem noção do mesmo. Manifesta

interesse em continuar a participar nas sessões desenvolvidas. Levou o questionário SDQ para preencher e para entregar na unidade pré-escolar que a criança frequenta, comprometendo-se a trazer preenchido na sessão seguinte.

Após esta sessão, foi novamente realizada uma reunião multidisciplinar sobre o que decorreu nos grupos, havendo uma partilha de *feedbacks* e perspetivas sobre os mesmos.

Reportando-me ao que senti e pensei ao longo deste primeiro contacto com uma realidade totalmente desconhecida para mim, considero que ao longo da interação com as crianças me senti tranquila e ao mesmo tempo um pouco perdida. Considero que o meu papel foi mais passivo do que ativo, uma vez que este foi o primeiro contacto com este tipo de grupos e também porque tive receio de me sobrepor aos profissionais que estariam a desenvolver a sessão, apesar de me colocarem descontraída e demonstrarem disponibilidade para responder a qualquer questão.

Enquanto eu tive a oportunidade de participar neste grupo com as crianças, a minha colega de estágio teve a possibilidade de participar no grupo dos pais das mesmas. Sendo que no grupo seguinte invertemos os papeis. Foi interessante e enriquecedor para a nossa aprendizagem partilharmos *feedbacks* acerca do que experienciámos e como nos sentimos neste primeiro impacto com uma realidade desconhecida, pelo que considero que partilhar este estágio com alguém que já estabeleci uma relação previamente é bastante útil para me sentir mais segura e partilhar pensamentos e os sentimentos que vão surgindo.

A reunião multidisciplinar surgiu como algo organizador, promovendo a atribuição de significado acerca do que foi experienciado e a reflexão acerca do que aconteceu nos grupos terapêuticos. Permitiu que visse com outra visão aquilo que vivi naquele dia, contribuindo para um olhar mais atento sob o contexto familiar dos participantes do grupo.

Tendo em conta os aspetos positivos desta primeira experiência, penso que de um modo geral me entreguei e disponibilizei para a aprendizagem, apesar do receio de falhar estar sempre presente. Pelo que como aspeto menos positivo surge esta minha insegurança, vontade de fazer o que está correto e logo bem à primeira. Como enfermeira penso que os profissionais esperam que tenha competência para dar

resposta às situações, porém tenho de ter em mente que o objetivo do estágio é precisamente desenvolver e adquirir essas competências.

Considerando que sentidos posso encontrar do que aconteceu, constato novamente a importância da relação terapêutica em enfermagem, uma vez que no contexto da saúde mental e psiquiátrica, os cuidados de enfermagem não se podem reger apenas por intervenções práticas, são cruciais as intervenções que se baseiam na construção de uma relação terapêutica, empática e de confiança com as pessoas, onde a escuta e o interesse genuíno pelo outro se tornam essenciais. Não podem existir cuidados, nem tratamento sem que haja a presença de um laço significativo entre as pessoas, e por isso é essencial que haja a criação de uma relação de qualidade entre enfermeiro cuidador e o utente (Chalifour, 2008). Considero que ainda não houve espaço nem tempo para a criação de uma relação terapêutica com os utentes, porém ambiciono consegui-lo no futuro, com a interação nas sessões de grupo.

Inicialmente estava preocupada em não conseguir estabelecer uma interação eficaz com as crianças do grupo, questionando-me que jogos ou atividades poderia desenvolver com as mesmas. No entanto, nesta primeira sessão entendi que são as crianças que acabam por nos guiar, e através dos temas que vão surgindo se constroem as brincadeiras, essenciais para o seu desenvolvimento. Penso que esta capacidade de entrarem no mundo da fantasia e de se relacionarem com os outros deverá ser o foco da nossa atenção.

No grupo dos pais estive como observadora, procurando assimilar tudo o que era transmitido, tanto pela enfermeira, como pelos pais.

Neste contexto de ambulatório deparo-me com a necessidade de uma intervenção familiar sistémica e a existência de grupos terapêuticos, emergindo a necessidade de reconhecer e entender qual o papel do enfermeiro especialista nesta temática específica, de modo que consiga desenvolver essas competências e para que possa intervir e prestar cuidados de enfermagem de qualidade. A elaboração deste primeiro jornal de aprendizagem surge como forma de aprofundar conhecimentos acerca desta temática e surge como um alicerce para identificar futuras áreas de estudo.

Neste sentido, importa entender primeiramente em que consiste uma intervenção familiar sistémica. É fundamental compreendermos a realidade que a família enfrenta, saber ouvir, aceitar e compreender a sua complexidade e a sua singularidade (Sequeira, 2016). É importante também termos em conta que “a avaliação e intervenção familiar não tem o objetivo de resolver o problema. Pretendem ir ao encontro de um sistema, com necessidades potencialmente sensíveis aos nossos cuidados, e que, com o nosso envolvimento pode fazer emergir um estado de menor sofrimento e maior ajuste emocional” (Seabra, 2010, p. 20). Assim sendo, a enfermagem de família deve centrar-se nas relações e não apenas nos elementos isolados, tendo um entendimento sistémico das famílias. (Wright & Leahey, 2013).

De acordo com Seabra (2010), a entrevista familiar tem como objetivos proporcionar canais de comunicação, avaliar as necessidades e recursos, compreender a estrutura e a dinâmica familiar, ajudar na potenciação das competências, perceber os níveis de angústia, uma vez que, por vezes a angústia deve-se a uma crise familiar, ajudar a que compreendam as implicações da crise que ocorreu e as opções de tratamento, pensar a família como uma unidade fundamental e evidenciar os pontos fortes e úteis de cada um, tendo em vista o todo, estimular a compreensão da resiliência apresentada, integrar a família no planeamento dos cuidados, negociar um compromisso, entre outros. Segundo o mesmo autor, a entrevista deve ser realizada num local calmo e acolhedor, a confidencialidade deve estar assegurada, devem ser definidas as regras do encontro, o enfermeiro deve começar pelas pessoas menos tensas/emotivas, deve assegurar a circularidade e a neutralidade, responder às perguntas da família e assegurar-se que compreenderam, deve observar relações e promover comunicação, observar também a comunicação não verbal, colaborar na resolução de problemas e prestar os esclarecimentos necessários para a tomada de decisões. É também fundamental a escuta ativa e empatia pelo outro, demonstrando disponibilidade para ouvir os sentimentos, perguntas e preocupações das pessoas (Phaneuf, 2005).

Para compreender as situações vivenciadas, ao longo deste primeiro contacto, importa também entender em que consiste um grupo terapêutico. De acordo com Townsend (2011), em contexto psiquiátrico, o trabalho desenvolvido com os clientes e respetivas famílias assume frequentemente a forma de grupos, sendo que com esta oportunidade de trabalho de grupo, o enfermeiro tem a possibilidade de conseguir

abranger na sua intervenção um maior número de pessoas em simultâneo. Deste modo, as pessoas envolvidas ajudam-se entre si, partilhando as suas ideias, comportamentos, sentimentos, preocupações e opiniões. O grupo dá a oportunidade de aprenderem uns com os outros, sendo que esse mesmo grupo tem muitas vezes o poder que as pessoas sozinhas não têm.

Sampson & Marthas (1990), citados por Townsend (2011), entendem que existem oito funções dos grupos, tais como: Socialização; apoio; realização de tarefas; camaradagem; informativo; normativo; *Empowerment e Governance*.

Um grupo terapêutico procura “evitar preocupações futuras ensinando aos participantes modos eficazes de lidar com o stress emocional que tem origem em crises situacionais ao desenvolvimento” (Townsend, 2011, p. 168). Segundo a mesma autora, os grupos terapêuticos são centrados nas relações de grupo estabelecidas, nas interações entre os membros do mesmo e também na apreciação de um problema a discutir.

No grupo terapêutico dos pais, as cadeiras encontravam-se distribuídas em círculo, algo que impede que haja uma barreira entre os membros do grupo (Townsend, 2011). Esta autora fala-nos também da importância do tamanho do grupo, uma vez que quanto maior o grupo, menor será o tempo disponível para cada pessoa envolvida, assim sendo, o número de pessoas num grupo influencia a interação entre os membros do mesmo. Os grupos formados na consulta de pedopsiquiatria são pequenos, sendo constituídos apenas por 3 elementos por grupo. Porém, esta autora também defende que existe um maior potencial para uma resolução eficaz dos problemas do grupo quanto maior for a amplitude de conhecimento e experiências de vida dos envolvidos.

Yalom (1985), refere ainda onze fatores curativos que as pessoas podem obter através de interações interpessoais dentro do grupo em que estão inseridos. Os fatores identificados são os seguintes: A instilação de esperança; universalidade; a transmissão de informação; altruísmo; a recapitulação corretiva do grupo primário familiar; o desenvolvimento de técnicas de socialização; comportamento imitativo; aprendizagem interpessoal; coesão do grupo; catarse e fatores existenciais.

O grupo, encontra-se atualmente, de acordo com Townsend (2011) na fase inicial ou de orientação. Foram estabelecidos os objetivos do grupo e os membros

envolvidos foram apresentados entre si. Foram estabelecidas um conjunto de regras, tais como a importância da confidencialidade, quando, onde e em que condições vão decorrer as sessões. Nesta fase, os membros do grupo ainda não se sentem confiantes, pois é o início do estabelecimento da relação e existe o receio de não serem aceites pelo grupo.

Refletindo acerca do que fiz e o que poderia ter feito, penso que deveria ter tido um papel mais ativo nos grupos, porém compreendo que não seria o momento para tal, pois seria a minha primeira interação com este tipo de grupos. Considero que necessito de me munir primeiramente de conhecimento e experiência de modo a conseguir desempenhar esse papel. A elaboração deste exercício reflexivo contribuiu para tomar consciência do que experienciei neste primeiro contacto com o contexto de ambulatório, numa consulta de pedopsiquiatria.

De forma a planear ações futuras, penso no que irei fazer daqui em diante e nos contributos que as aprendizagens obtidas nesta primeira semana terão no meu desenvolvimento profissional futuro. Deste modo, irei procurar compreender qual a intervenção do EEESMP na prevenção do comportamento agressivo na criança e adolescente em contexto de ambulatório, de forma a dar resposta ao que me propus realizar no projeto elaborado à priori. Irei também procurar participar nas diversas atividades psicoterapêuticas e socio terapêuticas desenvolvidas e integrar-me nas dinâmicas da unidade. Ambiciono continuar a evoluir aprendendo com os meus erros e reconhecendo as minhas limitações.

Atualmente identifico que necessito de estudar e aprofundar conhecimentos acerca de diversas temáticas, tais como: Desenvolvimento psicoafectivo; intervenção familiar sistémica; intervenção de grupo; angústia de separação; mecanismos de defesa (exemplo: projeção e identificação); processo de autonomia da criança; vinculação; parentalidade; stress parental; fenómenos de transferência e contratransferência; entre outros. Temáticas estas que irão contribuir para o meu desenvolvimento enquanto pessoa, enfermeira e futura EEESMP.

A construção deste tipo de exercício reflexivo contribui em larga escala para organizar o meu pensamento, ajudando-me a tomar consciência de mim na interação com o outro, contribuindo para o desenvolvimento de uma das competências essenciais do EEESMP: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si

enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 21427).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol 1). Loures: Lusodidacta.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº 151 de 07-08-2018), 21427 – 21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Seabra, P. (2010). Entrevista familiar: Um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental. *Revista Nursing*. 20-26. Acedido a 06/10/2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/15202>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

Jornal de Aprendizagem – “Os opostos não atraem”

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório propus-me realizar um jornal de aprendizagem sobre uma situação significativa para mim e que despoletou uma necessidade de reflexão e análise. O mesmo será realizado de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs, uma vez que o mesmo promove uma reflexão sistematizada e completa da experiência vivida.

Ao longo do primeiro mês de estágio, experienciei diversas situações que me ajudaram a desenvolver enquanto pessoa, enfermeira, estudante e futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Através do contacto com as crianças, adolescentes e respetivas famílias, tenho vindo a adquirir conhecimentos e a apreender diariamente com cada um, sendo que todos acrescentaram algo de novo e de positivo ao meu desenvolvimento, contribuindo para a tomada de consciência de mim e daquilo que me rodeia. Nesse sentido, com este exercício reflexivo, procuro melhorar a minha análise crítica e promover o meu autoconhecimento. Para tal, recorri a fontes teóricas que considerei pertinentes, de forma a contribuir para a compreensão destes casos específicos, clarificando os mesmos.

No presente jornal de aprendizagem, procuro descrever dois casos que motivaram a sua construção. Situações que causaram em mim uma ambivalência e um profundo questionamento de como e qual a melhor maneira de intervir. Assim sendo, pretendo descrever o que aconteceu, estruturar e organizar o meu pensamento, expor e refletir acerca dos sentimentos e pensamentos que surgiram no decorrer das situações vivenciadas, avaliar e analisar as mesmas, estabelecer ligações teórico-práticas, ponderar o que poderia ter corrido melhor e pensar acerca do que correu bem, alcançar conclusões e planear ações futuras, que contribuam para o meu crescimento enquanto pessoa e para melhorar a minha prática enquanto enfermeira.

As situações sobre as quais decidi refletir, dizem respeito a dois elementos do grupo de Psicodrama. Este grupo é constituído por seis crianças, com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos de idade. Desenrola-se numa consulta de Pedopsiquiatria e foi criado no dia 10/10/2022. Terá a duração de 10 sessões, sendo

o seu término no dia 19/12/2022. Uma das crianças que despertou a minha atenção, logo na primeira sessão, foi o GA.

O GA é uma criança do sexo e género masculino, tem 9 anos de idade e é de raça caucasiana. Encontra-se atualmente no 4º ano de escolaridade (repetente). Reside com a mãe, o pai e duas irmãs mais novas. Como antecedentes pessoais relevantes apresenta um rim único (esquerdo), sendo acompanhado em consulta de nefrologia.

Considerando a sua história atual, o GA iniciou acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria este ano, por referência da psiquiatra que segue a irmã em consulta do sono. De acordo com a mãe, a criança é descrita como um “rapaz calmo, mas por vezes tem episódios de raiva descontrolada, nos últimos tempos verbaliza que quer morrer” (*sic*). A educadora do ATL que frequenta, refere que ele verbalizou que se tentou enforçar com um lençol da cama. A mãe do GA encontrou no telemóvel pesquisas sobre a temática da morte (“formas de morrer, formas de se suicidar”), sendo que a criança verbaliza ter essa intenção e que já tentou realizar cortes num dedo e enforçar-se com um cachecol (sem consciência do risco). Refere também que se sente inútil, que não tem amigos, que sente raiva e que não gosta da professora, apresentando uma diminuição do rendimento escolar. São também relatados episódios de compulsão alimentar (excesso de peso), sono fragmentado (insónia intermédia), hipersensibilidade ao barulho e agressividade dirigida à mãe. Relatado ainda que faleceu o seu cão em 2021, que seria muito significativo para o GA. No mesmo ano, faleceram dois tios e o avô materno por Covid-19. Como antecedentes familiares, surge a mãe com diagnóstico de depressão.

A criança encontra-se atualmente medicada com Risperidona (0,25 mg ao almoço + 0,5 mg ao jantar), Paliperidona (3 mg ao pequeno-almoço) e Valproato de sódio (500 mg ao jantar). Tem como diagnóstico médico provisório Perturbação da ansiedade SOE/Perturbação disruptiva da regulação do humor.

No passado dia 24/10/2022 foi realizada a 3ª sessão de Psicodrama. Esta teve como temática o Halloween, uma vez que os elementos do grupo tinham manifestado interesse por este tema em sessões anteriores. O ginásio foi decorado com objetos representativos do Dia das Bruxas, tais como balões, enfeites de abóboras, mensagens e desenhos alusivos, pinturas faciais, vernizes e apitos assustadores.

No início da sessão, o GA exclamou “não gosto nada disto!” (*sic*) e começou a correr pela sala. Manifestou inquietação psicomotora marcada, não conseguindo aderir a nada do que era proposto pela equipa. Numa fase inicial, foi proposta a realização de pinturas faciais, que recusou. Foi também proposta a pintura das unhas com verniz alusivo à temática, respondendo “isso é para meninas, os homens não pintam as unhas” (*sic*). Refere também que detesta cortar as unhas e que nunca o irá fazer, não sabendo explicar o motivo, mesmo quando explorado. Corre pela sala destabilizando os restantes elementos do grupo, fazendo com que os mesmos se desconcentrassem das atividades propostas. Atira com duas caixas de lápis e canetas ao chão, tendo dificuldade em cumprir as normas e regras estabelecidas. Empurra os pares, pega nos seus sapatos e tenta atirá-los, adequando apenas o seu comportamento quando a equipa opta por ser mais assertiva para com ele.

Enquanto os restantes pares procuraram dar resposta ao que era solicitado, o GA destrói os apitos presentes da sala, amachucando os mesmos. Risca também os desenhos e frases temáticas presentes nos quadros do ginásio, demonstrando raiva e satisfação enquanto o faz.

Consegue sentar-se no chão, em roda, com o grupo, apenas por 5 minutos. Nesse momento, consegue participar no jogo da “verdade ou travessura”. Quando questionado se já teria feito alguma travessura, responde que não, referindo que apenas mordeu a escola inteira (“mordi a minha escola, todos os que estão na minha turma” *sic*). Quando questionado acerca do motivo de o ter feito, refere que o estavam a chatear e que tem a pior professora do mundo (“detesto a escola.” *sic*). Não apresenta qualquer tipo de crítica para o sucedido. Em seguida, roda a caneta e diz uma travessura a um elemento da equipa (“vais ter de saltar 30 vezes do banco” *sic*), porém, é capaz de negociar e reduzir a sua consequência para saltar apenas 10 vezes, mostrando-se permeável à mudança. Posteriormente, os pares brincaram com o GA escondendo-o debaixo de um colchão presente na sala. A criança iniciou humor lábil, com um choro gritado, difícil de interromper. Refere não gostar da brincadeira, levanta-se e manifesta novamente agitação.

Não é capaz de participar na atividade que consistia em imitar o outro, isto é, um elemento do grupo fazia gestos à sua escolha e os restantes teriam de imitar esses mesmos gestos. Apaga recorrentemente as luzes, mesmo quando foi solicitado que

parasse de o fazer. Quando foi colocada música com a temática do Halloween, o grupo fez um comboio dançando a música, ao qual o GA não aderiu.

No decorrer da sessão, o GA apresentou humor irritável. Discurso negativista, centrado em temáticas de destruição. Atitude de oposição. Contacto distónico. Não consegue estabelecer uma relação eficaz com os pares ou com a equipa, porém apresenta um contacto preferencial com dois elementos do grupo, tal como em sessões anteriores. Apresentou inquietação psicomotora marcada e descreve prazer em estragar objetos.

No fim da sessão, foi proposto um momento de relaxamento e o grupo sentou-se novamente em roda. Quando lhe foi solicitado que dissesse uma palavra acerca da presente sessão, refere “Uma grande bosta” (*sic*). Quando solicitado novamente que dissesse apenas uma palavra afirma “só gostei da comida! Não gosto de mais nada!” (*sic*).

Num polo extremamente oposto, encontramos a adolescente MC, que também despertou o meu interesse e atenção, sendo este o outro caso sobre o qual pretendo refletir por tão díspar que é do primeiro.

A MC é uma adolescente do sexo e género feminino, tem 11 anos de idade e frequenta o 6º ano de escolaridade. Reside com a mãe, o pai e cinco irmãos mais velhos. Como antecedentes pessoais relevantes apresenta enxaquecas frequentes, sendo seguida em consulta de neurologia.

Iniciou seguimento em consulta de pedopsiquiatria por episódios de náuseas, maior isolamento social e resistência a frequentar locais com muitas pessoas. É referido um quadro pautado por instabilidade do humor, irritabilidade, ideias de morte desde os 7 anos, insónia inicial e alterações aparentes da imagem corporal (exemplo: refere não gostar do corpo, recusa despir-se na praia ou na piscina). História de comportamentos autolesivos. Numa das idas ao serviço de urgência, apurou-se ideação paranoide e possíveis alucinações acústico-verbais.

Como antecedentes familiares relevantes, surge um dos irmãos com o diagnóstico de depressão e o tio materno diagnosticado com dislexia.

A MC encontra-se atualmente medicada com Risperidona (1 mg ao jantar) e Amitriptilina (dose e frequência?). Tem como diagnóstico médico provisório Patologia de ajustamento com distúrbio misto, das emoções e da conduta.

Na 3ª sessão de Psicodrama, a MC encontrava-se inicialmente com uma postura observadora e defensiva. Discurso hipofónico, provocado, mas coerente e organizado. Entrou de forma tímida no ginásio e, enquanto os pares corriam e brincavam pela sala, sentou-se num banco, isolando-se dos mesmos.

A primeira atividade proposta consistia em realizar pinturas faciais e em pintar as unhas. A MC aceitou que um dos membros da equipa lhe pintasse as unhas com cores alusivas ao Halloween. Escolheu a cor lilás e preta, referindo satisfação com o sucedido, apesar de manter o fâcies triste. Recusou a realização de pinturas faciais, mantendo a máscara cirúrgica colocada no decorrer de toda a sessão.

De seguida, chamou um elemento da equipa, retirando da sua mala um enfeite do Dia das Bruxas e referiu num tom hipofónico “trouxe isto para a festa” (*sic*). Aparentemente traria mais objetos na sua mochila, que decidiu não mostrar.

A pedido da equipa, senta-se no chão com o grupo. Todos formaram uma roda e rodaram a caneta no centro para que se jogasse ao jogo da “verdade ou travessura”. A MC esteve pouco participativa, não intervindo na realização do mesmo. Apresentava uma postura retraída, com os braços cruzados e fâcies fechado.

Posteriormente, procura participar na atividade que consistia em imitar o outro. Porém, depressa se afasta do centro e procura isolar-se do restante grupo, sentando-se no banco. Observa os pares, manifestando-se entediada e alheada do que estava a decorrer. Quando foi colocada música com a temática do Halloween, o grupo fez um comboio dançando a música, ao qual MC aderiu momentaneamente.

No decorrer da sessão, A MC apresentou humor deprimido, fâcies triste, discurso provocado, hipofónico, todavia coerente e organizado. Postura tensa, retraída e observadora. Atitude colaborante, apesar de pouco participativa nas atividades desenvolvidas. Contacto esquivo. Apresenta uma fraca interação com os pares, procurando interagir predominantemente com a equipa.

No fim da sessão, foi proposto um momento de relaxamento e o grupo sentou-se novamente em roda. Quando lhe foi solicitado que dissesse uma palavra acerca da sessão, refere “confusão” (*sic*).

Tendo em consideração o que pensei e senti, ao longo da interação com estes dois elementos do grupo, constato que existe uma polaridade entre os dois casos, isto é, por um lado surge uma criança com uma inquietação marcada, que tem dificuldade em cumprir as normas estabelecidas e que tem imensa dificuldade em lidar com a frustração, apresentando uma irritabilidade fácil. Noutro polo temos uma adolescente com lentificação psicomotora, que se isola do restante grupo e que tem pouca ou nenhuma motivação para participar nas atividades desenvolvidas. O meu sentimento é de frustração, impotência e de tristeza por não conseguir chegar ao GA e à MC. Sinto-me com dificuldade em lidar com este tipo de situações, mas ao mesmo tempo motivada para aprender como encarar e enfrentar as mesmas.

Perante mim tenho dois jovens que “gritam” por ajuda, que apesar de parecerem casos totalmente opostos têm bastante em comum. Constato que ambos apresentam uma enorme dificuldade em estabelecerem relações eficazes com os pares e que não conseguem enfrentar ou lidar com o seu sofrimento e angústia. A raiva é uma emoção que surge de forma evidente, mas que é expressa de maneiras distintas pelo GA e pela MC. O primeiro expressa a sua agressividade perante os outros, destruindo objetos, mordendo os colegas e procurando quebrar regras. A segunda expressa a sua agressividade contra ela própria, fechando-se em si mesma, isolando-se e autoinfligindo dor.

A agitação no grupo de psicodrama foi tão marcada, que acabou por ser bastante difícil desenvolver uma intervenção com os restantes jovens do grupo. A sessão foi planeada com tanta ambição e cuidado, que considero ter colocado as expectativas demasiado elevadas, pois pouco correu como esperado. Quando a MC escolheu a palavra “confusão” para descrever a sessão, pensei “como te compreendo”, realmente até eu estava confusa, tal fora a velocidade ocorrida entre a mudança de atividades, o tempo despendido a trazer os jovens para o grupo e o gasto de energia usado para conseguir estabelecer um rumo e para dar um sentido à sessão planeada.

Ouvir as palavras “grande bosta” como descrição da atividade por parte do GA, foi entendida por mim como uma decepção, uma vez que foi despendido tempo e empenho para que tudo corresse pelo melhor. Vislumbrar os objetivos previamente estabelecidos fracassados foi, de certo modo, desolador para mim. Como é que eu sou enfermeira e não consigo fazer com que estes jovens se foquem no que está a ser transmitido? Como é que posso fazer com que se concentrem? Como chegar até eles? Como é que atribuo um sentido ao que está a ser feito? Muitos têm sido os questionamentos desde o início do grupo de psicodrama. Afinal como posso fazer isto resultar?

No decorrer dos casos descritos, surgiram alguns aspetos positivos, que confesso que foram difíceis de identificar, tal era o meu foco no que tinha corrido menos bem. Constatei que o GA acaba por ficar mais tranquilo quando é estabelecida uma relação dual com um profissional e que foi permeável à negociação, demonstrando momentaneamente alguma flexibilidade e empatia pelo outro. Vi também na MC um interesse em participar na sessão desenvolvida, ao ser a única a levar um objeto alusivo ao tema e ao questionar, na sessão anterior, o que poderia levar para tornar a atividade mais rica. Vislumbro assim algo de positivo que pode ser agarrado futuramente, de forma a trabalhar com estes dois elementos do grupo. Outro aspeto positivo que identifico, é o de ter a oportunidade de partilhar este estágio com uma colega do curso e que está também presente nas sessões desenvolvidas. Considero que ter uma colega com quem partilhar as nossas emoções, sentimentos, inquietudes, medos e pontos de vista é bastante útil e enriquecedor para o meu desenvolvimento, deixando-me mais tranquila e confiante.

Emergiram também aspetos que considero negativos, tais como não ter sabido colocar limites no GA, permitindo que destabilizasse os pares. Não ter conseguido trazer a MC para o grupo em momentos chave. Não ter conseguido arranjar estratégias para que ambos pudessem participar de forma eficaz e positiva. Porém, agora que escrevo, paro para pensar. Eu estou triste por estes jovens estarem em sofrimento ou estou zangada por não conseguir que eles participem e façam o que eu pretendo? O foco não posso ser eu, mas sim o GA, a MC e os restantes elementos do grupo. Observo agora em mim o que tem sido abordado ao longo deste curso de mestrado e finalmente comprovo a importância dos fenómenos transferenciais e contra transferenciais.

Assim sendo, tendo em consideração a análise destas situações específicas, constato que posso retirar diversos sentidos do que se passou. Um deles é precisamente a contratransferência que estabeleci com o GA. Enquanto reflito sobre a interação com o mesmo, vejo em mim uma enorme contra atitude, demonstrando incompreensão perante a criança. Entendo agora porque afirma detestar a escola, talvez todos o coloquem de parte e não compreendam o seu sofrimento. Mas o que pode fazer com que um menino de 9 anos tenha este tipo de comportamento? Os meus primeiros pensamentos sobre o GA foram, a meu entender, bastante negativos. Tenho perante mim uma criança que apresenta um desenvolvimento regressivo, que morde, que chora compulsivamente sem entendermos o motivo, que tem prazer em estragar, que apresenta uma atitude de oposição, que não adere a nada, que não gosta do que é proposto, que demonstra satisfação em magoar o outro, que risca os desenhos do quadro, que destrói objetos, que atira lápis para o chão e que destabiliza constantemente o grupo. Tudo considerações extremamente depreciativas, pensamentos que me invadiram e que me destabilizam, que causam também em mim zanga.

De acordo com Corpas & Loyola (2005), a transferência do alvo dos nossos cuidados, produz em nós reações, às quais podemos chamar contratransferência. O profissional deve encarar a simpatia, afeto, a zanga ou hostilidade de um cliente como um fenómeno transferencial e não as entender como dirigidas a si próprio, uma vez que a transferência foi estabelecida com a figura que o cliente criou do cuidador. Se tal não acontecer, caímos no erro de sair do papel de cuidador, conspurcando a relação estabelecida. Assim sendo, “o lugar do cuidador não é nem o da neutralidade estéril e iatrogénica nem o do assistencialismo paternalista, mas sim o da disponibilidade e ética a fim de favorecer o respeito pelo sujeito, sua valorização, seus direitos e desejos” (Corpas & Loyola, 2005, p. 382).

Neste sentido, constato que não posso deixar que a minha zanga pelo comportamento do GA transpareça, pois se tal acontecer, posso não ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica com o mesmo. Tenho de entender a sua inquietude e dificuldade em cumprir normas como parte do seu problema, motivo pelo qual se encontra no grupo. Tenho de o olhar como uma criança que precisa de mim e da restante equipa para se desenvolver e para colmatar a sua raiva e sofrimento. Só

assim irei conseguir prestar cuidados de enfermagem de qualidade, não me deixando contaminar pelas primeiras impressões que criei.

Por outro lado, reflito também acerca do caso da MC. O que poderá levar uma adolescente a provocar dor no seu próprio corpo? O que leva uma adolescente a isolar-se dos pares? O que provoca numa adolescente tanta revolta e tristeza? São mais as dúvidas atuais do que as respostas.

De forma a compreender os casos descritos, importa identificar e compreender em que estadio de desenvolvimento se situam o GA e a MC, uma vez que “a criança é um ser em desenvolvimento, abrangendo diferentes domínios, tais como o psicomotor, o cognitivo, o emocional e o social” (Festas, Quelhas & Braga, 2020, p. 165). De acordo com os mesmos autores, a avaliação desse percurso ao longo da infância é deveras importante, pois permite detetar de forma precoce perturbações e as suas implicações na vida da criança. Surgem assim diversas teorias que explicam o desenvolvimento infantil. De acordo com Festas, Quelhas & Braga (2020), segundo a Teoria Psicossocial de Erikson as crianças entre os 6 e os 12 anos encontram-se na fase da diligência versus inferioridade, ou seja, tanto o GA como a MC deveriam estar prontos para produzir e quererem realizar atividades e tarefas que possam completar. Nesta fase, também deveriam aprender a cooperar e a competir com os outros, aprendendo as regras existentes. O GA ainda apresenta bastante dificuldade em cumprir as normas e regras estipuladas e não consegue cooperar com os pares em contexto grupal.

Segundo a Teoria Psicosexual de Freud, tanto a MC como o GA devem encontrar-se na fase de latência, em que a energia psíquica e física deverá ser canalizada para o desenvolvimento de conhecimentos e também para as brincadeiras vigorosas (Festas, Quelhas & Braga, 2020).

De acordo com a Teoria Cognitiva de Piaget, nesta fase de desenvolvimento, as crianças em idade escolar, estão na fase das operações concretas, em que o pensamento vai ficando progressivamente mais coerente e lógico. Aqui a criança já é capaz de classificar, ordenar e organizar os factos de forma a conseguir solucionar problemas (Festas, Quelhas & Braga, 2020). A MC encontra-se nesta fase, no entanto, considero que o GA ainda se encontra na fase anterior, o pré-operacional,

uma vez que a sua característica principal é o egocentrismo, apresentando imensa dificuldade em colocar-se no lugar do outro.

De acordo com os mesmos autores e considerando a Teoria do Julgamento Moral, a fase será a Convencional, onde surge uma preocupação com a conformidade e lealdade. Nesta fase, os comportamentos considerados corretos dizem respeito a comportamentos relacionados com o cumprimento das regras e das obrigações, a obediência e o respeito. Este tipo de comportamentos são observados na MC, porém considero que o GA ainda se encontra na fase Pré-convencional, onde ainda se está a desenvolver a integração das noções de bem e de mal, do certo e do errado, existindo uma associação destas a consequências das suas ações. O GA afirma que nunca fez uma travessura, porém, quando explorado, consegue identificar um momento em que não agiu corretamente, tal como quando mordeu alguns elementos da sua turma. Todavia, ainda desrespeita as suas obrigações e as regras estabelecidas, não reconhecendo a gravidade das suas ações.

Constato também que quer o GA, quer a MC manifestam um comportamento agressivo, porém de maneiras distintas. De acordo com Townsend & Morgan (2018), nos casos de comportamento agressivo emerge a emoção da raiva/zanga. Quando essa emoção não é expressa de um modo ajustado, pode provocar um conjunto de sintomas como cefaleias e colites. No caso do GA a agressividade é dirigida aos outros ou a objetos. No entanto, também pode ser autodirigida, como é exemplo a MC, e quando assim é, pode levar a depressão e a uma baixa autoestima.

De acordo com a história clínica da MC, a mesma tem apresentado comportamentos autolesivos, infligindo cortes a nível dos antebraços. Este tipo de comportamentos de autoagressão têm como intencionalidade prejudicar o próprio corpo e são um sinal/sintoma de grande sofrimento, devendo ser valorizados, beneficiando de uma intervenção terapêutica especializada (Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020). Estes autores acrescentam ainda que “os adolescentes expressam o seu mundo interno através de comportamentos pouco ajustados, pelo que é necessário que o enfermeiro, família, cuidadores estejam alerta para os conseguir traduzir” (p. 212).

Na segunda infância,

A insuficiência dos papéis da fantasia manifesta-se predominantemente em alterações do comportamento com perturbações graves do comportamento, onde a agressividade é expressa de forma desadaptada à situação, podendo surgir agitação psicomotora ou inquietação, sendo frequente nesta idade a PHDA (Nabais & Nunes, 2020, p. 268 – 269).

Estas formas distintas de agressividade surgem como uma forma negativa de expressão da emoção de raiva. De acordo com Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva (2020), o comportamento agressivo deve ser encarado como um modo de comunicar. Assim sendo, o enfermeiro deve estar preparado para compreender e intervir perante este tipo de comunicação desajustada. Deve ter em conta que “as alterações do humor podem estar presentes com depressão, euforia ou irritabilidade em associação com perturbação do comportamento agido e agressivo ou lentificado e inibido” (Nabais & Nunes, 2020, p. 269). Deve também tentar identificar e entender os fatores desencadeantes desse tipo de comportamento e desenvolver estratégias para que consiga intervir em situações de crise (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018). Segundo os mesmos autores, é também importante que o enfermeiro aceite que os eventos agressivos podem voltar a ocorrer, devendo promover novos espaços de partilha e em que haja a possibilidade da expressão das emoções para o cliente.

Outra questão que me incomodou foi ter conhecimento da terapêutica prescrita ao GA, medicação em dosagens similares à administrada em alguns doentes internados no meu contexto laboral. De acordo com Santos & Cutcliffe (2018), citados por Nabais & Nunes (2020),

o recurso excessivo à medicação psicotrópica por ausência de cuidados especializados, o seu mau uso ou abuso para comportamentos inquietos, agitados, agressivos, autolesivos (...) requer uma decisão clínica multidisciplinar e uma ponderação efetiva entre a prestação de cuidados especializados e as preocupações no uso de medicação *off-label* e a sua eficácia. (p. 271).

Retirando conclusões das situações vivenciadas, observo que o GA surge como uma criança que necessita de limites, mas acima de tudo de compreensão e empatia. Penso que precisa de suporte e de um espaço onde possa expressar toda a sua agressividade. A meu ver, é-me difícil criar esses limites e regras ao GA, não conseguindo, ainda, estabelecer uma relação terapêutica com o mesmo, porém, a presente reflexão permitiu-me pensar sobre o vivido e chegar a conclusões que ainda não tinha ponderado. Penso também que é importante averiguar quando é que este

tipo de comportamento se iniciou, uma vez que o GA teve perdas de pessoas significativas recentemente, pelo que poderá estar também presente um processo de luto. É também ter em conta que esta criança verbalizava ideação suicida no domicílio, algo que não tem sido explorado. Neste sentido, considero que o trabalho com o GA será moroso, mas possível, talvez enveredando por uma relação dual, em vez da grupal. Confesso que fico um pouco perdida no que diz respeito ao rumo que será dado a este caso, pelo que futuramente espero encontrar um caminho, de modo a conseguir ajudá-lo efetivamente.

Debruçando-me no caso da MC, confesso que tinha um pré-conceito acerca dos indivíduos que apresentam comportamentos autolesivos, que não têm uma intencionalidade suicida, mas sim de ferir o próprio corpo. Não compreendia e não olhava para este tipo de situações como um sofrimento extremo pelo qual estas pessoas estão a passar. Ficava de certo modo perplexa e em choque com este tipo de casos. No meu contexto laboral, quando tinha um utente com história deste tipo de comportamentos, tentava evitar abordar o assunto, quase tal como se de um tabu se tratasse e só agora me apercebo disso. Talvez pelo meu desconhecimento sobre o assunto e pelo receio de agravar a situação ou de não conseguir prestar a ajuda necessária naquele momento. No entanto, atualmente, tenho a consciência de que este tipo de posição nada ajuda a pessoa alvo dos nossos cuidados, uma vez que acaba por fazer com que não peçam ajuda para as suas dificuldades, fechando-se cada vez mais no seu sofrimento. O papel do enfermeiro deve passar por promover a confirmação desses sentimentos negativos, deve ajudar na expressão das emoções, deve incentivar a inclusão dos familiares significativos e deve também procurar desenvolver estratégias para situações em que a crise se instale, adotando uma comunicação empática e compreensiva (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018). Ainda não procurei abordar este assunto junto da MC, pois considero que necessita de uma intervenção mais individualizada, não a expondo num grupo do qual ela se isola e com o qual ainda não estabeleceu uma relação.

De um modo geral, constato que é deveras importante que o enfermeiro esteja disponível para desenvolver um trabalho pessoal, emocional e afetivo, de forma que consiga implementar uma intervenção terapêutica em saúde mental, estando disposto a utilizar-se como um instrumento terapêutico na relação com a criança/adolescente e respetiva família (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018). Assim sendo, através

da elaboração do presente jornal de aprendizagem, concluo que o enfermeiro assume um papel fundamental na utilização de si como um instrumento terapêutico, uma vez que são os enfermeiros que passam mais tempo com os clientes na unidade e que com eles comunicam e estabelecem uma relação terapêutica e de confiança. Quando manifestamos interesse e disponibilidade perante as crianças/adolescentes de quem cuidamos, conquistamos a sua confiança e obtemos a sua colaboração no processo terapêutico.

Ao longo deste jornal de aprendizagem, foquei-me apenas naquilo que observei e na relação que estabeleci com as crianças/adolescentes, não me debruçando sobre a sua família. Ainda não tive a oportunidade de interagir com os pais das mesmas, porém, reconheço que a família assume um papel essencial na prestação de cuidados, uma vez que é a família que passa mais tempo com as crianças/adolescentes e que as conhece de forma genuína, surgindo como uma grande fonte de suporte. Neste sentido, enquanto decorre o grupo de psicodrama, está em funcionamento um grupo terapêutico com os pais das respetivas crianças/adolescentes. No final dos grupos são partilhados, entre a equipa, as considerações retiradas de ambos os grupos, fazendo a ponte entre o que é manifestado pelos grupos envolvidos. Assim sendo, a equipa de enfermagem volta a assumir um papel de grande importância, servindo também como um suporte para essas famílias que, tal como as crianças/adolescentes, se encontram numa situação de vulnerabilidade. O enfermeiro deverá explorar os seus medos, anseios, dificuldades e necessidades, assumindo o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Futuramente procuro continuar a adquirir conhecimentos sobre como lidar com este tipo de situações, procurando pesquisar e a aprofundar os meus saberes na área da Pedopsiquiatria, um mundo novo para mim. Considero que ainda tenho um longo caminho a percorrer e muito para estudar, de forma a contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Neste sentido, pretendo evoluir, continuando a reconhecer as minhas falhas e limitações e aprendendo com os meus erros. Tomar consciência daquilo que sou e de como vivencio as situações está a contribuir em larga escala para o meu crescimento, pois finalmente tenho espaço para refletir e

pensar-me, espaço para refletir sobre que enfermeira sou e como poderei ser uma enfermeira melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 194 – 216) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Corpas, F. & Loyola, C. M. D. (2005). Transferência e contratransferência na enfermagem psiquiátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*. 9(4), 378-382.
- Festas, C., Quelhas, I. & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 160 – 191) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o jovem com problemas de saúde mental. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 264 – 272) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Nabais, A., Nunes, L., Cutcliffe, J. & Santos, J. (2018). Psychiatric/mental health nursing care of children and adolescents. In Santos, J. & Cutcliffe, J. (Eds.). *European psychiatric/ mental health nursing in 21st century* (pp. 507 – 520). Coimbra: Springer.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Townsend, M. & Morgan, K. (2018). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based* (9th ed.). Philadelphia: F. A. Davids Company

Apêndice II – Colheita dos dados sociodemográficos dos participantes

Participante 1

Sigla	A.
Idade	13 anos.
Sexo	Feminino.
Género	Feminino.
Ano de escolaridade	7º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar (Anorexia nervosa do tipo restritivo).
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Mãe e pai.
Habitação (onde e com quem?)	Reside com a mãe (habitação própria). Pais separados.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por patologia orgânica.

Participante 2

Sigla	S.
Idade	15 anos.
Sexo	Feminino.
Género	Feminino.
Ano de escolaridade	8º ano (reprovou no 7º ano).
Motivo do internamento	Ideação suicida, comportamentos autolesivos, insónia e suspeita de perturbação do humor com eventuais sintomas hipomaníacos.
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Mãe e pai (sinalizada à CPCJ).
Habitação (onde e com quem?)	Reside com o pai (casa alugada).
Score do risco de heteroagressividade	Médio.

Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de suicídio e autoagressividade (Score “Muito Alto”)
--	---

Participante 3

Iniciais	L.
Idade	15 anos.
Sexo	Feminino.
Género	Feminino.
Ano de escolaridade	10º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar (Anorexia nervosa) e história de comportamentos autolesivos.
Internamentos anteriores	Sim, esteve internada 12 dias em outubro de 2021, numa Unidade de Adolescentes por perda de peso mantida. Esteve também internada na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria durante 71 dias, de outubro a dezembro de 2021. Diagnóstico médico de Anorexia nervosa restritiva associada a bradicardia e perda ponderal acentuada.
Pessoa de referência	Pai e mãe.
Habitação (onde e com quem?)	Reside de forma alternada com o pai e com a mãe e irmã de 20 anos (guarda partilhada). A mãe da L. tem atualmente um companheiro e na casa do pai, a L. reside com este, com os avós paternos e com a companheira do pai.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.

Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de autoagressividade, suicídio e risco de fuga (Score “Médio”).
--	--

Participante 4

Sigla	A.L.
Idade	13 anos
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	8º ano.
Motivo do internamento	Ideação suicida e ingestão medicamentosa voluntária recorrente (Esclarecimento do quadro clínico).
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Pai e mãe.
Habitação (onde e com quem?)	Pai, mãe e irmã gêmea (Habitação própria).
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	---

Participante 5

Sigla	E.
Idade	16 anos.
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	10º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar, com quadro de restrição alimentar e perda ponderal.
Internamentos anteriores	Sim, esteve internada na Cirurgia Hepatobiliar em 2021 (duodenopancreatômia).

Pessoa de referência	Pai e mãe.
Habitação (onde e com quem?)	Reside com os pais (Habitação própria).
Score do risco de heteroagressividade	Baixo
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	---

Participante 6

Sigla	SA.
Idade	14 anos
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	9º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Mãe
Habitação (onde e com quem?)	Mãe (habitação própria).
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de suicídio.

Participante 7

Sigla	M.
Idade	14 anos
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	9º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar (restrição alimentar).
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Pai e mãe.

Habitação (onde e com quem?)	Reside com a mãe e o irmão. Pais separados.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de patologia orgânica.

Participante 8

Sigla	SU.
Idade	16 anos.
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	10º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar.
Internamentos anteriores	Sim, foi transferida da Unidade de Adolescentes.
Pessoa de referência	Mãe e pai.
Habitação (onde e com quem?)	Mãe e pai (Habitação própria).
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de patologia orgânica.

Participante 9

Sigla	I.
Idade	12 anos
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	7º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar e comportamentos autolesivos.

Internamentos anteriores	Sim, foi transferida da Unidade de Adolescentes.
Pessoa de referência	Mãe e pai.
Habitação (onde e com quem?)	Mãe.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de patologia orgânica.

Participante 10

Sigla	ER.
Idade	13 anos.
Sexo	Feminino.
Gênero	Masculino.
Ano de escolaridade	8º ano.
Motivo do internamento	Comportamento autoagressivo e heteroagressividade dirigida aos pais e à irmã. Perturbação do Espectro do Autismo. Exaustão familiar.
Internamentos anteriores	Sim, esteve internada duas vezes na Unidade de Pedopsiquiatria em abril e agosto de 2021 (quadro semelhante ao atual).
Pessoa de referência	Pai e mãe.
Habitação (onde e com quem?)	Residia com os pais e a irmã de 4 anos (Habitação própria). Aguarda institucionalização.
Score do risco de heteroagressividade	Médio. Risco alto de autoagressividade.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	---

Participante 11

Sigla	MA.
Idade	11 anos.
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	6º ano.
Motivo do internamento	Episódios de autoagressividade e de heteroagressividade dirigida à mãe, pai e irmão. Compulsão alimentar. História de crises disruptivas.
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Mãe e pai.
Habitação (onde e com quem?)	Reside com os pais e com o irmão de 14 anos.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	---

Participante 12

Sigla	C.
Idade	15 anos.
Sexo	Masculino.
Gênero	Masculino.
Ano de escolaridade	9º ano.
Motivo do internamento	Alterações do comportamento com heteroagressividade grave dirigida à mãe.
Internamentos anteriores	Sim, esteve internado numa Unidade de Pedopsiquiatria em 2020, tendo alta com o diagnóstico médico de Perturbação do Espectro do Autismo e Perturbação Afetiva Bipolar.

Pessoa de referência	Mãe e pai.
Habitação (onde e com quem?)	Residia com os pais e a irmã (Habitação própria). Aguarda institucionalização.
Score do risco de heteroagressividade	Médio.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	---

Participante 13

Sigla	D.
Idade	14 anos.
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	9º ano.
Motivo do internamento	Perturbação do comportamento alimentar. História de comportamentos autolesivos.
Internamentos anteriores	Sim, foi transferida da Unidade de Adolescentes.
Pessoa de referência	Pai e mãe.
Habitação (onde e com quem?)	Reside com os pais e o irmão de 11 anos.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, risco de patologia orgânica e de autoagressividade.

Participante 14

Sigla	AL.
Idade	12 anos.
Sexo	Feminino.
Gênero	Feminino.
Ano de escolaridade	6º ano.
Motivo do internamento	Ideação suicida, ingestão medicamentosa voluntária e comportamentos autolesivos.
Internamentos anteriores	---
Pessoa de referência	Mãe.
Habitação (onde e com quem?)	Reside com a mãe.
Score do risco de heteroagressividade	Baixo.
Vigilância Permanente (se sim, qual o motivo?)	Sim, por risco de suicídio e autoagressão.


Apêndice III – Sessão de Introdução à “Semana da Agressividade”

Tema: “Semana da Agressividade”	
Data	20-01-2023
Horário	12h – 12h20
Duração	20 minutos
Local	Ginásio da UIP
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de exclusão	- Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contraindicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção; está em situação de crise; agitação; entre outros).
Recursos/materiais	Cartas DiXit, papel e caneta, cartolina “Semana da Agressividade”, cartões, cola.
Objetivos	- Introduzir a temática da Agressividade; - Entender quais as expectativas dos adolescentes face à temática escolhida.
Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora.


Etapas	Proposta	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os participantes; - Explicar qual a temática a desenvolver na semana seguinte, explicando em que consiste a “Semana da Agressividade” (cada adolescente terá uma cartolina sobre a temática, na qual, ao longo da semana, irá colar frases sobre o mote das sessões desenvolvidas); 	3 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Entender quais as expectativas dos adolescentes face à temática proposta; - Solicitar que escolham uma carta DiXit que represente a agressividade (cada adolescente internado retira uma carta que para si represente a agressividade); - Cada adolescente partilha as cartas escolhidas e o motivo da escolha das mesmas; - Solicitar que completem a seguinte frase: “Para mim a agressividade é...”, escrevendo no papel; - Solicitar que completem a seguinte frase: “Sinto-me com raiva quando...”, escrevendo no papel; - Incentivar os adolescentes a colarem as frases escritas na sua cartolina da “Semana da Agressividade”; - Estimular a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada. 	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar sobre possíveis dúvidas acerca da temática abordada; - Concluir com base no que emergiu. 	2 minutos

Avaliação qualitativa (preenchida pelo dinamizador):


Participante 1

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Refere que para si o tema da agressividade é importante, mas não sabe bem em que consiste.	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um rapaz com um machado na mão em direção a uma árvore, árvore esta que tem vários planetas e animais assentes nela. Refere “escolhi esta carta porque o rapaz está a destruir a árvore, está a ser agressivo com a natureza” (sic). Acrescenta que não sabia bem o que escolher e que sente que não foi a carta mais significativa ou correta para ela.	
Para mim a agressividade é...	“Quando alguém é agressivo fisicamente ou verbalmente” (sic).	
Sinto-me com raiva quando...	“Obrigam-me a fazer algo. Me levantam a voz sem motivo” (sic).	
Outras considerações	Participou de forma espontânea e ajustada na atividade. Humor apreensivo, fácies ansioso/tranquilo, postura disponível. Próxima da E.	


Participante 2

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 2 – Sigla: S.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Encolhe os ombros.	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de uma mulher com brincos em forma de um homem e de uma criança, porém refere que não quer expressar o motivo da escolha da mesma.	
Para mim a agressividade é...	“Quando gritam com alguém, Bullying” (<i>sic</i>).	
Sinto-me com raiva quando...	“A minha mãe ralha comigo” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Humor apreensivo, fâcies ansioso, postura tensa, retraída, hipervigil. No entanto, consegue integrar a dinâmica.	


Participante 3

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Refere que pode ser interessante e encolhe os ombros	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um gato triste, um rato com fúria e um arco de fogo, referindo “escolhi esta carta porque o gato está a ser obrigado a fazer uma coisa que não quer, o rato quer que ele salte pelo arco e está a ser agressivo. Para mim obrigar alguém a fazer uma coisa que não quer é ser agressivo...” (sic).	
Para mim a agressividade é...	“Quando somos ríspidos; quando as nossas mãos tremem de raiva; algo para expressar” (sic).	
Sinto-me com raiva quando...	“Não me ouvem e menosprezam o que sinto” (sic).	
Outras considerações	Participou de forma espontânea e ajustada na atividade. Humor apreensivo, fúria ansioso/tranquilo, postura disponível.	


Participante 4

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 4 – Sigla: A. L.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Refere que para si o tema da agressividade é importante, mas que pode ser mais significativo para umas pessoas do que para outras.	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com uma planta e uma faca que corta essa mesma planta, referindo “escolhi esta carta porque a agressividade pode também ser dirigida a nós próprios, é uma planta a ser cortada... a magoar-se a si própria” (<i>sic</i>).	
Para mim a agressividade é...	“Uma forma de nos expressarmos, mesmo não sendo da melhor forma” (<i>sic</i>).	
Sinto-me com raiva quando...	“Oíço barulhos; não consigo controlar tudo; as coisas não estão da minha maneira” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Participou de forma espontânea e ajustada na atividade. Humor apreensivo, fácies ansioso/tranquilo, postura tensa, mas disponível. Olhar evitante.	


Participante 5

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Responde “não sei” (<i>sic</i>)	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um rapaz e uma rapariga a puxarem uma corda, com uma tesoura no chão, referindo “para mim isto é agressividade, porque estão a lutar um com o outro, estão a ser agressivos e não veem a tesoura, que pode ajudar a resolver a situação, cortando-se a corda...” (<i>sic</i>).	
Para mim a agressividade é...	“Quando me levantam a voz sem motivo; quando são brutos comigo; quando alguém descarrega as suas frustrações de forma desapropriada (fisicamente ou verbalmente)” (<i>sic</i>).	
Sinto-me com raiva quando...	“Não me compreendem” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Participou de forma espontânea e ajustada na atividade. Humor apreensivo, fâcias ansioso, postura tensa, mas disponível. Observadora. Próxima da A.	


Participante 6

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 6 – Sigla: SA.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Não responde.	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um gigante a destruir uma cidade, referindo “escolhi esta carta porque o gigante está a destruir e a comer as casas da cidade e isso demonstra agressividade...” (sic).	
Para mim a agressividade é...	“Uma maneira de descarregar a raiva em algo/alguém, mesmo que esse algo/alguém não tenham nada a ver com essa raiva” (sic).	
Sinto-me com raiva quando...	“Estou frustrada porque as coisas nem sempre correm como eu quero” (sic).	
Outras considerações	Participou de forma de ajustada na atividade, após incentivo. Humor apreensivo, fâcies ansioso, postura tensa e retraída. Observadora. Discurso hipofónico, monossilábico e em resposta.	


Participante 7

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Refere que para si o tema da agressividade é importante, mas não elabora o motivo da sua importância.	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um anjo e dois diabos a perturbar o anjo, referindo “escolhi esta carta porque para mim a agressividade pode ser representada pelos diabos, que estão a tentar prejudicar o anjo...” (sic). Acrescenta que não encontrou uma carta melhor.	
Para mim a agressividade é...	“Uma maneira indelicada de fazer alguma coisa” (sic).	
Sinto-me com raiva quando...	“Não me compreendem, não me ouvem, não me respeitam ou agem de maneira incorreta comigo” (sic).	
Outras considerações	Participou de forma espontânea e ajustada na atividade. Humor apreensivo, fâcias ansioso/triste, postura tensa, mas disponível.	

Participante 8

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 8 – Sigla: SU.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Refere que “vai ser bom” (<i>sic</i>).	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um monstro a tentar comer uma criança, enquanto uma fada a tenta puxar. Refere “escolhi esta carta porque o monstro verde está a demonstrar agressividade com o menino... A rapariga tenta salvá-lo, não sei se vai conseguir...” (<i>sic</i>).	
Para mim a agressividade é...	“Uma forma de nós expressarmos um sentimento de raiva para com os outros e com nós próprios, por vezes não da melhor maneira” (<i>sic</i>).	
Sinto-me com raiva quando...	“Não consigo fazer algo que queria muito” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Humor apreensivo, fúrias ansioso, postura tensa, mas disponível. Próxima da I.	

Participante 9

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	Refere “É interessante...” (sic).	
Carta DiXit representativa da agressividade 	Escolhe uma carta com a imagem de um caçador e três animais, referindo “Para mim esta carta demonstra a agressividade dirigida aos animais... é um homem a querer caçar os animais” (sic).	
Para mim a agressividade é...	“a violência contra nós próprios ou o outro” (sic).	
Sinto-me com raiva quando...	“Algo não corre como planeado” (sic).	
Outras considerações	Humor apreensivo, fâcias ansioso/tranquilo, postura disponível. Próxima da SU.	

Participante 10

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 10 – Sigla: ER.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	---	
Carta DiXit representativa da agressividade	---	
Para mim a agressividade é...	---	
Sinto-me com raiva quando...	---	
Outras considerações	Não participou por se encontrar em aulas.	

Participante 11

Introdução - “Semana da Agressividade”		Data: 20-01-2023
Participante 11 – Sigla: MA.		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	---	
Carta DiXit representativa da agressividade	---	
Para mim a agressividade é...	---	
Sinto-me com raiva quando...	---	
Outras considerações	Não participou por quadro de inquietação psicomotora.	

Participante 12

<i>Introdução - “Semana da Agressividade”</i>		<i>Data: 20-01-2023</i>
<i>Participante 12 – Sigla: C.</i>		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	---	
Carta DiXit representativa da agressividade	---	
Para mim a agressividade é...	---	
Sinto-me com raiva quando...	---	
Outras considerações	Não participou por quadro de inquietação psicomotora.	

Participante 13

<i>Introdução - “Semana da Agressividade”</i>		<i>Data: 20-01-2023</i>
<i>Participante 13 – Sigla: D.</i>		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	---	
Carta DiXit representativa da agressividade	---	
Para mim a agressividade é...	---	
Sinto-me com raiva quando...	---	
Outras considerações	Não participou por quadro de hipotensão.	

Participante 14

<i>Introdução - “Semana da Agressividade”</i>		<i>Data: 20-01-2023</i>
<i>Participante 14 – Sigla: AL.</i>		
Expectativas face à temática proposta (“Semana da Agressividade”)	---	
Carta DiXit representativa da agressividade	---	
Para mim a agressividade é...	---	
Sinto-me com raiva quando...	---	
Outras considerações	Recusou participar.	

Apêndice IV – Sessão 1: Expressão Dramática

A sessão de expressão dramática foi pensada através da utilização de uma técnica apresentada na UC Psicodrama e Sociodrama que me despertou interesse. A técnica tem o nome de “Seis chapéus do pensamento” e foi criada por Edward de Bono, surgindo como um guia para um pensamento mais objetivo e eficaz, permitindo explorar novas ideias. A finalidade deste método é estimular as pessoas a utilizar vários tipos de raciocínio de forma sistematizada.

De acordo com De Bono (2005), nesta técnica são utilizados seis chapéus de cores distintas, sendo que cada cor simboliza um tipo de raciocínio diferente. Os chapéus colocam-se na cabeça e tiram-se, não sendo fixos, nem permanentes. Uma pessoa pode utilizar vários chapéus de acordo com as circunstâncias. Assim sendo, o objetivo da atividade seria colocar o adolescente a pensar sobre um momento em que se sentiu zangado, frustrado ou com raiva, através da utilização desta técnica, identificando os aspetos positivos e negativos da situação vivenciada e procurando novas formas de resolução de problemas no futuro.

De Bono (2005), apresenta-nos então os seguintes chapéus com simbologias diferentes:

- Chapéu branco – Relacionado com factos, números e informações. Procura ser objetivo, concreto e neutro, não dá opiniões;
- Chapéu preto – Relacionado com a realidade, verificação e avaliação. Procura a verdade através do raciocínio crítico. Identifica as desvantagens e os aspetos negativos de determinada situação;
- Chapéu vermelho – Relacionado com as emoções e sentimentos. Permite dar opiniões pessoais e subjetivas, sem ter de se justificar;
- Chapéu verde – Relacionado com novas ideias e sugestões. Procura inovação e criatividade;
- Chapéu amarelo – Relacionado com as vantagens e benefícios de determinada situação. Procura verdade e lógica numa perspetiva otimista;
- Chapéu azul – Relacionado equilíbrio, orientação e autocontrolo. Representa o pensamento estruturado, propondo novas estratégias.

Pires (1995), refere que a utilização desta técnica não se restringe apenas ao contexto organizacional, “este método tanto pode ser usado com adultos como com

crianças, reconhecendo-se as suas potencialidades no próprio contexto familiar” (p.60).

Planeamento da sessão:

Tema: “ESTOU ZANGADO – 6 ÓCULOS PARA VER DIFERENTE”	
Técnica psicoterapêutica em grupo	Expressão dramática
Data	23-01-2023
Horário	Grupo dividido: 1º Sessão – 11h às 11h40 2º Sessão – 13h40 às 14h20
Duração	40 minutos
Local	Ginásio da UIP
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de inclusão	- Aceita integrar a atividade e está disponível para a realizar; - Adolescentes internados;
Critérios de exclusão	- Não aceita participar na atividade; - Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contra-indicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção, agitação).
Recursos/materiais	6 óculos (vermelho, branco, azul, verde, preto e amarelo), cartolinas com a cor e o simbolismo de cada par de óculos, cartolina da “semana da agressividade”, cartão referente à atividade desenvolvida.
Objetivos	- Identificar um momento de zanga, frustração ou raiva vivenciado; - Pensar o problema de diferentes formas; - Explorar a potencialidade positiva e criativa; - Favorecer a comunicação.

Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora.
--------------------	---

Para esta atividade, tinha pensado a utilização dos 6 chapéus do pensamento. No entanto, por existirem casos de pediculose na UIP, foi necessário repensar a atividade, recorrendo a outro objeto. Os chapéus foram substituídos por óculos, mantendo as cores dos chapéus e a sua simbologia. A escolha dos óculos remete para um olhar diferente perante as situações, algo que os chapéus também representavam. Os adolescentes serão convidados a colocar os óculos, vendo o que os rodeia da cor dos mesmos, isto é, um jovem que coloque os óculos vermelhos, observa tudo a vermelho e é incentivado a identificar as suas emoções e sentimentos perante a situação vivenciada e relatada ao grupo.

Etapas	Proposta	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os participantes; - Questionar como se sentem os participantes envolvidos; - Incentivar os adolescentes a caminharem pela sala de forma descontraída e aleatória; - Realizar sociometrias (exemplo: incentivar os participantes a dividirem-se por cores de cabelo, cor e estilo de vestuário, cor dos olhos, áreas de interesse, sendo que dentro dos grupos criados, identificam áreas de interesse entre os elementos do mesmo); - Solicitar que o grupo se divida pelas 5 emoções primárias, considerando a emoção que estão a sentir no momento. <ul style="list-style-type: none"> - Convidar os adolescentes a caminharem pela sala, pensando numa situação em que se sentiram zangados, frustrados ou com raiva. 	10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar e dar a conhecer os materiais disponíveis; 	20 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a atividade proposta (dar um exemplo da utilização da cor de cada par de óculos e qual o seu significado); - Pedir que identifiquem uma situação de zanga, frustração ou raiva e que partilhem com o grupo; - Solicitar que escolham uns óculos de acordo com o que cada adolescente pretende transmitir; - Estimular a partilha e a expressão de sentimentos e de emoções; - Promover o reconhecimento dos sentimentos e emoções do outro; - Partilha com o grupo. 	
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar como se sentem no final da atividade; - Discussão acerca do que emergiu no decorrer da atividade; - Escolha de uma palavra que descreva a atividade desenvolvida, procurando escrever a mesma no cartão fornecido; - Incentivar que colem o cartão na cartolina da “Semana da Agressividade”. - Concluir a sessão. 	10 minutos

Registo da sessão (Instrumento de avaliação qualitativa)

Participante 1

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.	
Humor	Humor apreensivo
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura disponível, mas tensa.
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, tristeza, angústia.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("eu fiquei muito zangada quando fui internada!" <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("aqui posso recuperar..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("estou longe da minha família e amigos" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("raiva, tristeza, angústia" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação, porém ouve e aceita as ideias do grupo.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Senti raiva por me lembrar deste momento" (<i>sic</i>).
Outras considerações	Quando foi solicitado que se escolhesse uma emoção primária que tem sentido ultimamente, escolhe a alegria. No entanto, apresenta fácies ansioso, tensão muscular, adotando uma postura que não vai ao encontro do que verbaliza através da palavra.

Participante 2

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 2 – Sigla: S.	
Humor	Humor apreensivo
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa, porém progressivamente mais disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, raiva, tristeza.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Alterna com períodos de distratibilidade e hipervigilância. Revela sentir-se incomodada e ansiosa por ter de partilha a situação em grupo, no entanto consegue aderir com o incentivo da equipa. Identifica uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Senti-me com raiva quando vim para aqui, e por ter de ficar tanto tempo..." <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("vou melhorar..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("estar aqui muito tempo" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("medo, raiva e tristeza" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Fixe" (<i>sic</i>).
Outras considerações	Coloca e retira rapidamente os óculos, falando de forma acelerada e apressada, demonstrando desconforto em estar perante o grupo.

Participante 3

Sessão nº1		Data: 23-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, incompreensão.	
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea, mostrando progressivamente maior desinteresse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Quando me meteram aqui antes do Natal!!" <i>sic</i>), não consegue identificar as vantagens ("Não há vantagem nenhuma em estar aqui." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("estou longe de casa, não faço nada aqui" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos (" só sinto raiva por ter de estar aqui" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação.	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Nada compreendida" (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Sem crítica para a situação de saúde ou para a necessidade de internamento.	

Participante 4

Sessão nº1		Data: 23-01-2023
Participante 4 – Sigla A. L.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Tristeza, raiva.	
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Quando eu soube que tinha de ficar internada mais tempo" <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("Pode ajudar-me a recuperar, para quando sair estar bem..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("estou longe da minha casa e das minhas coisas" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("tristeza e raiva" <i>sic</i>) e indica novas ideias para lidar com a situação ("saber esperar pelo dia da saída" <i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Foi uma sessão terapêutica" (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Quando foi solicitado que se escolhesse uma emoção primária que tem sentido ultimamente, escolhe o medo, uma vez que se tem sentido ansiosa.	

Participante 5

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.	
Humor	Humor eutímico.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa, porém progressivamente mais disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, zangada.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Ficava com raiva quando discutia com a minha mãe sobre a comida" <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("agora percebo porque discutíamos, ela queria o meu bem e eu não percebia..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("ficar zangada e frustrada com a minha mãe, afastamo-nos" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos (" raiva, ficava mesmo zangada" <i>sic</i>) e consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação ("Agora já consigo identificar porque discutíamos tanto... vou tentar ouvi-la mais..." <i>sic</i>). Ouve e aceita as ideias do grupo.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Foi uma sessão diferente do usual e gostei" (<i>sic</i>).
Outras considerações	Revela crítica para a situação de saúde e para a necessidade de internamento.

Participante 6

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 6 – Sigla: SA.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies fechado, postura tensa e retraída.
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, tristeza, zanga, ódio
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("eu fiquei com raiva quando uma pessoa me mostrou que era diferente do que eu pensava" <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("Fiquei a conhecer quem realmente era essa pessoa... Ela conseguiu pedir-me desculpa" <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("estar chateada e com raiva" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos (" raiva, tristeza, ódio" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação, porém ouve e aceita as ideias do grupo.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Aprendi como lidar com certas situações caso elas voltem a acontecer" (<i>sic</i>).
Outras considerações	Escolhe a alegria como a emoção que tem sentido, no entanto, apresenta fácies pouco expressivo, fechado, tensão muscular, adotando uma postura que não vai ao encontro do que expressa através da palavra.

Participante 7

Sessão nº1		Data: 23-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura disponível, mas tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, tristeza, zanga.	
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Fiquei zangada quando a minha DT ter dito aos meus colegas porque estava internada..." <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("Assim não tenho de me justificar quando regressar... Já todos sabem" <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("a minha privacidade foi exposta... devia ter sido eu a contar se eu quisesse..." <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("raiva e tristeza" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação, porém ouve e aceita as ideias do grupo.	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Foi bom expressar os meus sentimentos e conseguir desabafar. Senti-me livre" (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Quando foi solicitado que se escolhesse uma emoção primária que tem sentido ultimamente, escolhe o medo.	

Participante 8

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 8 – Sigla: SU.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, raiva, tristeza.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Fiquei zangada soube que tinha de ficar internada..." <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("Sei que aqui tem pessoas que me vão ajudar a lidar com o meu problema..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("estou longe da minha família, sinto saudades de casa" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("medo, raiva e tristeza" <i>sic</i>) e consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação ("Aqui estou a arranjar estratégias para lidar com os meus problemas." <i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Uma sessão de reflexão e necessária para nos lembrarmos das vantagens dos maus momentos. " (<i>sic</i>).
Outras considerações	Quando foi solicitado que se escolhesse uma emoção primária que tem sentido ultimamente, escolhe a alegria. Algo que não é demonstrado através da sua comunicação não verbal.

Participante 9

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Fúria, raiva, inveja, medo.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Fiquei furiosa quando me fartei de estudar para um teste e o meu colega que não se esforçou nadinha consegui melhor nota que eu!" <i>sic</i>), não consegue identificar as vantagens ("Não sei bem... tenho de me esforçar mais" <i>sic</i>) e verbaliza as desvantagens da situação ("fiquei mesmo chateada por não ter conseguido..." <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("principalmente raiva" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação, porém consegue aceitar as sugestões do pares e da equipa.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Esta sessão foi necessária para refletirmos sobre situações passadas." (<i>sic</i>).
Outras considerações	Quando foi solicitado que se escolhesse uma emoção primária que tem sentido ultimamente, escolhe o medo, uma vez que se tem sentido ansiosa.

Participante 10

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 10 – Sigla: ER.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa e retraída.
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, zangada, felicidade
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" de forma espontânea e com interesse. Porém, apresenta dificuldade em ouvir o que a equipa tem para transmitir, sendo necessário mediar constantemente com a M. (potenciação mútua). Após insistência da equipa consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Quando fui injetada duas vezes no outro hospital, fiquei traumatizada" <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("a medicação ajudou a que ficasse mais calma" <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("Ser traumatizante, à força" <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("muita raiva" <i>sic</i>) e não consegue indicar novas ideias para lidar com a situação ("não se... podia ter fugido, mas sei que não é a solução" <i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Senti-me feliz" (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 11

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 11 – Sigla: MA.	
Humor	Humor apreensivo
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa e retraída.
Sentimentos/emoções que emergiram	Ódio, raiva.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" com insistência da equipa. Tem dificuldade em ouvir o que a equipa tem para transmitir, sendo necessário mediar constantemente com a E. (potenciação mútua). Apresenta também dificuldade em ajustar o comportamento. Após insistência da equipa consegue identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva ("Quando me zanguei com a A." <i>sic</i>), consegue identificar as vantagens ("já consegui resolver as coisas..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("chatear-me com os outros..." <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("ódio e raiva" <i>sic</i>) e não consegue indicar novas ideias para lidar com a situação, porém ouve sugestões dos pares e da equipa, aceitando-as.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Eu gostei de estar da atividade porque disse o que sinto para me ajudarem" (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 12

Sessão nº1	Data: 23-01-2023
Participante 12 – Sigla: C.	
Humor	Humor apreensivo/irritável.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso, postura tensa, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, zanga e felicidade.
Participação na atividade	Participou na atividade expressão dramática "Semana da Agressividade" com interesse, após insistência. Necessidade de manter uma relação dual durante toda a atividade, por expressar a agressividade através de comentários desapropriados ("quando é assim, manda-os para o C*****" <i>sic</i>). Intrusivo na partilha dos pares, não dando espaço para se expressarem. Consegue identificar uma situação em que se sentiu zangado ou com raiva ("Um dia um rapaz entrou no jogo de matraquilhos e mandou-me embora, não consegui jogar. Zanguei-me e levou dois murros nas costas!" <i>sic</i>), não consegue identificar as vantagens ("Sei lá..." <i>sic</i>) e desvantagens da situação ("Fiquei de castigo..." <i>sic</i>), expressa emoções e sentimentos ("Muito ódio e raiva" <i>sic</i>) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação, porém ouve e aceita as ideias do grupo.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da "Semana da Agressividade"	"Senti-me feliz" (<i>sic</i>).
Outras considerações	Inquieto por períodos, mas a usufruir das dinâmicas propostas.

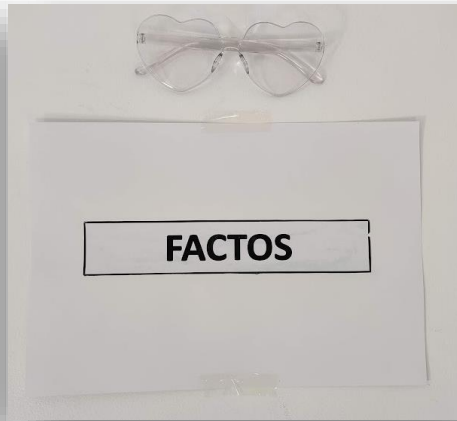
Participante 13

Sessão nº1		Data: 23-01-2023
Participante 13 – Sigla: D.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Recusou participar na sessão, não cedendo à argumentação da equipa.	

Participante 14

Sessão nº1		Data: 23-01-2023
Participante 14 – Sigla: AL.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Recusou participar na sessão, não cedendo à argumentação da equipa.	

Imagens da atividade desenvolvida:



Apêndice V – Sessão 2: Dança e Movimento

A dança e o movimento proporcionam um espaço para o surgimento da espontaneidade, ligada às emoções, com a comunicação e com o *insight* (Martinec, 2018). Segundo o mesmo autor, esta atividade consiste no uso terapêutico do movimento para desenvolver a integração emocional, cognitiva, física e social do indivíduo e inclui a análise de vários aspetos da expressão corporal e da experiência corporal.

Segundo Ferraz (2009), esta técnica tem diversos objetivos, tais como: aprender a escutar o próprio corpo e utilizá-lo de forma espontânea e criativa; melhorar a autoestima, coordenação e gestão emocional; aumentar a autoconsciência, explorar e integrar simbolismo pessoal; entre outros. Resultando, assim, diversos benefícios da sua aplicação, tais como: promove o bem-estar; promove a autoestima; permite a exteriorização de emoções; permite a socialização com os pares; promove o autoconceito; melhora a motricidade; entre outros (Lima & Guimarães, 2014).

O objetivo da presente sessão seria dançar as emoções, procurando também “dançar a agressividade”, de forma a permitir a libertação da tensão acumulada pela raiva através do movimento. O objetivo da atividade é também que o adolescente dance cada emoção primária e que tome consciência das mesmas através da dança, ou seja, através do estímulo à expressão não verbal, pretende-se a criação de um canal facilitador para o autoconhecimento e a autorregulação, tanto ao nível da comunicação interpessoal, como ao nível da comunicação intrapessoal (Ferraz, 2009).

A proposta seria recorrer à técnica dos cinco ritmos, criada por Gabriell Roth. De acordo com a organização 5Rhythms, esta técnica apresenta cinco fases distintas: *Flowing* (fase de aquecimento, consiste em observar o que nos rodeia, ser flexível); *Staccato* (progressivamente mais intenso, pretende-se uma libertação); *Chaos* (fase explosiva, este ritmo liberta todas as ideias e possibilita a experiência de ser livre e criativo, movimentos rápidos e fortes, libertação máxima de energia); *Lyrical* (fase progressivamente mais calma, arte de sair do caos, trata-se de “renascer”, ritmo leve) e *Stillness* (movimento lento, fase de relaxamento). Estas fases surgem como uma forma de nos tornarmos conscientes através da dança. Dançar os cinco ritmos revela formas criativas de expressar agressividade e vulnerabilidade, emoções e ansiedades (5Rhythms, s.d.).

Planeamento da sessão:

Tema: “DANÇAR AS EMOÇÕES”	
Técnica psicoterapêutica em grupo	Dança e movimento
Data	24-01-2023
Horário	11h-11h40
Duração	40 minutos
Local	Ginásio da UIP
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de inclusão	- Aceita integrar a atividade e está disponível para a realizar; - Adolescentes internados;
Critérios de exclusão	- Não aceita participar na atividade; - Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contraindicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção, plano por etapas, agitação).
Recursos/materiais	Coluna de som, papéis escritos com emoções e sentimentos, música, cartolina da “semana da agressividade”, cartão referente à atividade desenvolvida.
Objetivos	- Promover a expressão de emoções através do movimento; - Dançar cada emoção, tomando consciência das mesmas; - Promover as relações intra e interpessoais dos participantes.
Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora.

FASES	MÉTODO	CONDUÇÃO	SOM	DURAÇÃO
Introdução	Sentados em roda no chão	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da atividade – uso do corpo para se comunicarem, sem recurso à palavra; - Introdução ao tema e explicação a quem está pela primeira vez na Dança e Movimento; - Encontram-se espalhados pela sala vários papéis com emoções e sentimentos escritos. 	Sem som	5 minutos
1º Fase - Flowing	Movimento lento e fluído, caminhando de forma aleatória pela sala	<ul style="list-style-type: none"> - Movimento e dança livre, aquecendo e ativando o corpo ao ritmo de cada um; - Tomada de consciência de si próprio; - Observar o que nos rodeia. 	Somewhere Over The Rainbow – Israel Kamakawiwo'ole (5:08)	5 minutos
2º Fase - Staccato	Movimento progressivamente mais intenso, pretende-se uma libertação	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o que são as emoções (primárias e secundárias); - Identificar que emoções têm sentido ultimamente, expressando as mesmas através do corpo; - Identificar quais as emoções que emergem no aqui e agora; - Explorar que emoções existem, dançando cada uma das emoções primárias 	Dancing in the Moonlight – Jubel, Neimy (2:44) As It Was – Harry Styles (2:47)	5 minutos

		(Raiva, tristeza, nojo, medo e alegria), em pares.		
3º Fase - Chaos	Movimentos rápidos e fortes, libertação máxima de energia	<ul style="list-style-type: none"> - Agarrar nos papéis com emoções e sentimentos escritos, amachucá-los e atirá-los uns aos outros, entendendo como as nossas emoções podem influenciar o outro e como as emoções do outro pode provocar alterações em mim; - Observar o tumulto de emoções existente e a confusão criada; - Expressar a raiva através do movimento, demonstrando a zanga que existe dentro de si; - Entender como a emoção raiva é vivenciada e que efeitos produz no outro. - A equipa utiliza lençóis de forma a criar obstáculos e dificuldade na expressão das emoções; - Começar a organizar as emoções que atiraram uns aos outros no interior de um lençol, observando com as mesmas se manifestam, rodando à volta do lençol de forma observar várias perspetivas. 	<p>Don't Stop Me Now – Queen (3:29)</p> <p>Crazy – Gnarl's Barkley (2:57)</p>	6 minutos

4º Fase - Lyrical	Fase progressivamente mais calma, arte de sair do caos, ritmo leve	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar dançar em roda; - Aceitar as nossas emoções; - Perspetivar a importância de experienciar variadas emoções e como lidar com as mesmas; - Dançar uma emoção que quero sentir; - Roda de embalo, onde aceitamos as nossas emoções e onde o corpo começa gradualmente a parar; - Colocar os pufes na sala, para que os participantes possam deitar-se nos mesmos. 	<p>Is's Ok – Imagine Dragons (3:22)</p> <p>Emoções – Raquel Tavares (3:48)</p>	7 minutos
5º Fase - Stillness	Movimento lento, fase de relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> - Deitamos nos pufes; - Momento de relaxamento. 	<p>Glimpse of Us - Joji (3:53)</p> <p>Meditação – Rui Massena (3:56)</p>	7 minutos
Finalização	Partilha verbal da experiência	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar como se sentiram no decorrer da atividade; - Escolha de uma palavra que descreva a atividade desenvolvida, procurando escrever a mesma no cartão fornecido; 	The Scientist – Coldplay (5:09)	5 minutos

		- Incentivar que colem o cartão na cartolina da “Semana da Agressividade”.		
--	--	--	--	--

Guião da atividade:

1ª Fase: Vamos movimentar-nos pela sala, de forma livre. Podem caminhar de forma desordenada, sentir a música. Aqui o movimento e a dança são livres. Sintam como é agradável caminhar pela sala. Vamos aquecendo e ativando o corpo ao ritmo de cada um, de forma lenta e fluida. Sentimos a nossa face (olhos, nariz, boca). Rodamos o nosso pescoço de um lado para o outro. Tiramos o peso dos nossos ombros, subindo e baixando os mesmos, podemos também rodá-los, para a frente e para trás. Sentimos a mão e o braço direito, fazendo o movimento que desejarmos com ele. Sentimos também a mão e braço esquerdo, movimentando-o ao nosso ritmo. Podemos mover o nosso tronco, de um lado para o outro. Sentimos a nossa perna e pé direito, podemos subir e baixar a perna, de um lado para o outro. Sentimos também a nossa perna e pé esquerdo, podemos fazer o movimento que desejarmos. Estamos a tomar a consciência de nós próprios, do nosso corpo, dos nossos movimentos. Observamos agora o que nos rodeia, uma sala acolhedora, repleta de desenhos e frases nas paredes, olhamos uns para os outros, para tudo o que nos envolve neste ambiente.

2ª Fase: Convido-os a pensar sobre as emoções. Convivemos com as nossas emoções o tempo todo. Elas fazem parte de quem somos e do nosso dia a dia. As emoções são um conjunto de respostas que surgem quando o nosso cérebro sofre um estímulo ambiental, alterando o nosso estado emocional e que dão origem a respostas que se veem no nosso corpo. Podemos falar de emoções primárias e secundárias. As primárias são aquelas que são mais visíveis pelas pessoas e são cinco, a tristeza, a alegria, o nojo, o medo e a raiva. Todos nós já sentimos estas emoções, todos nós já as vivemos. As emoções secundárias não são tão fáceis de notar, temos o exemplo do nervosismo, a culpa ou a vergonha. As situações que vivemos no nosso dia-a-dia despertam em nós várias emoções e podemos sentir diferentes emoções ao longo do dia. A proposta para hoje é dançarmos as emoções. Vamos pensar que emoções temos sentido ultimamente. Tentem expressá-las através do corpo. Agora procurem identificar quais as emoções que surgem agora e mostrem-

nas através do vosso corpo. Vamos dançar cada uma das emoções primárias! Vejam como o movimento é mais intenso e libertador.

Juntem-se em pares e vamos dançar as cinco emoções primárias. Podemos começar pelo medo, é uma emoção que nos mantém vivos, surge como um mecanismo de proteção. Sem essa emoção, colocávamo-nos em situações perigosas, sem pensar sobre os possíveis riscos.

Vamos dançar a raiva, que também podem funcionar como o mecanismo de proteção. Como reagem quando se sentem zangados? Mostrem através do vosso corpo. A libertação da raiva através do movimento do nosso corpo pode ajudar-nos a libertar toda a tensão acumulada.

Dançamos agora o nojo. É uma emoção que mostra desagrado. Como demonstram isso através do corpo?

Vamos dançar a tristeza. Por mais que queiramos fugir dela, é importante entendermos que a tristeza é uma emoção normal e saudável, se for passageira. Como expressam essa emoção ao outro? Mostrem através do movimento.

Dançamos também a alegria, que é considerada a emoção mais positiva, pois está associada ao prazer e à felicidade. Como é que o vosso corpo se expressa quando sentem alegria? Esta emoção toma conta de nós quando atingimos algum objetivo pessoal. As emoções por vezes são confusas e difíceis de identificar. As minhas emoções podem também influenciar as emoções do outro.

3ª Fase: Agora os movimentos estão a ficar mais rápidos e fortes. Na parede estão escritas emoções e sentimentos, vão tirar da parede aqueles com os quais se identificam hoje ou que gostavam de representar. Podem amachucar esses papeis, com força, amachuquem-nos. Vamos atirá-las uns aos outros! Vejam como as emoções saem sem pensar, sem querer elas expressam-se através do nosso movimento, através do nosso corpo! É impossível conter as nossas emoções, elas saem com a nossa máxima energia! Atirem-nas uns aos outros! Expressem-nas, sintam-nas e vejam como é difícil de as conter! É cansativo gerir tantas emoções em simultâneo, as minhas e as dos outros. Vejam como as nossas emoções podem influenciar o outro e como as emoções do outro pode provocar alterações em mim.

Vejam a confusão de emoções e de sentimentos que criámos! Estamos a impor as nossas emoções uns aos outros!

(A equipa recorre a lençóis como obstáculo, para criar dificuldades na expressão das emoções).

Fiquem zangados com essa confusão! Vamos expressar a raiva através do movimento, demonstrem, através do movimento e da dança, a zanga que existe dentro de vocês! Retiram a tensão que existe dentro de vocês! Libertem-se. Estamos a perder o controlo, a raiva pode ficar descontrolada, pode estar a afetar os outros, estamos a interferir com o que se passa ao nosso redor. Todas as adversidades, frustrações e problemas podem criar em nós uma enorme raiva. Temos de tentar exteriorizar a nossa raiva de maneira diferente, estamos a deixar-nos consumir por essa emoção e estamos a afetar quem está perto de nós... Agora temos essa perceção, sabemos que a raiva é fundamental, um mecanismo de defesa, que controlada e moderada pode ajudar-nos a entender o que está menos bem nas nossas vidas e pode motivar-nos a encontrar soluções. A raiva faz parte do nosso dia-a-dia, o importante é saber expressá-la, aprender como a transmitir de forma saudável, para que não nos afete de forma negativa e para que não prejudique as nossas relações.

Vamos tentar agarrar todas estas emoções e sentimentos que atirámos uns aos outros e colocá-las meio do lençol estendido, como suporte. Vamos pegar no lençol e procurar organizar as emoções no seu interior. Vejam como algumas caem e outras saltam. Vamos tentar movimentá-las todos ao mesmo tempo. Podemos rodar à volta do lençol, vejam como podemos olhar as emoções de várias perspetivas!

4ª Fase: Estamos mais organizados ao conseguirmos organizar as nossas emoções... O nosso movimento é mais leve. Apanhamos todas as emoções e sentimentos do chão, apanhamos o caos que criámos e agora temos a noção que se tentarmos impor as nossas emoções ao outro podemos magoá-lo. Temos de nos respeitar e respeitar também a liberdade do outro... Estamos a sair gradualmente do caos que criamos, de forma calma e tranquila. Agora é momento de acolhermos as nossas emoções... Devolvemos as emoções uns aos outros de forma mais ajustada. Vamos abrir os papeis amachucados e colocá-los no centro da sala, enquanto fazemos uma roda em seu redor. (A equipa coloca os lençóis à volta do grupo que se encontra em roda, de forma a criar um ambiente contentor, regulador e de união).

Agora temos noção da importância que as várias emoções têm na nossa vida e já conseguimos identificar como elas se expressam através do nosso corpo... Até podemos dançar de forma livre e leve uma emoção que gostava de sentir agora... Sentamo-nos no chão, numa roda de embalo. Já aceitamos as nossas emoções, sentimos a música, o movimento tranquilo do nosso corpo... Gradualmente o corpo começa a parar... Vamos levantar-nos lentamente e colocamos os pufes na sala, para que possamos descansar e relaxar...

5ª Fase: Deitamo-nos nos pufes, de forma tranquila e numa posição confortável. Agora é o momento para relaxarmos, onde afastamos todos os problemas e preocupações. Podem fechar os olhos, deixando-se embalar ao som da música... Gradualmente vamos despertando, cada um ao seu ritmo. Arrumamos os pufes e sentamo-nos de forma a partilhar, desta vez pela palavra, como nos sentimos nesta atividade.

Registo da sessão (Instrumento de avaliação qualitativa)

Participante 1

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies triste/ansioso, postura tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias, com dificuldade. Refere sentir-se cansada.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” com incentivo da equipa, acabando por participar de forma espontânea. Aderiu às dinâmicas propostas e interagiu o grupo. No decorrer da atividade verbalizou “culpa” (<i>sic</i>), quando lhe foi solicitado que se expressasse através da palavra. Teve dificuldade em expressar as emoções numa dinâmica de pares. Conseguiu usufruir do relaxamento. Na reflexão verbaliza que se sente “normal” (<i>sic</i>), tendo dificuldade em identificar o que pensa e o que sente.	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Cansaço” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	---	

Participante 2

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 2 – Sigla: S.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Apresentou fâcies triste ansioso e postura inicialmente tensa, porém progressivamente mais disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias, com empenho e entusiasmo.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” de forma espontânea e com interesse. Aderiu às dinâmicas propostas e interagiu com o grupo, usufruindo da atividade. Conseguiu usufruir no momento de relaxamento. Na reflexão verbaliza que se sentiu “divertida” (<i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Calma” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	---	

Participante 3

Sessão nº2	Data: 24-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Sem critérios para participar na atividade de acordo com o seu plano por etapas.

Participante 4

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 4 – Sigla: A. L.		
Humor	Humor eutímico.	
Comunicação não verbal	Apresentou fácies ansioso/tranquilo e postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” de forma espontânea e com interesse. Aderiu às dinâmicas propostas e interagiu com grupo, usufruindo da atividade. Na fase do Caos, apanha os papéis com todas as emoções e sentimentos e guarda-os para si, posteriormente atira os mesmos aos pares, de forma libertadora. No decorrer da atividade verbalizou “felicidade” (<i>sic</i>), quando lhe foi solicitado que se expressasse através da palavra. Conseguiu aderir ao momento de relaxamento. Na reflexão verbaliza que sente “libertação” (<i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“A sessão foi libertadora e divertida” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	---	

Participante 5

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.		
Humor	Humor eutímico.	
Comunicação não verbal	Apresentou fâcies tranquilo e postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias, apresentando maior dificuldade na dinâmica de pares.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” de forma espontânea e com interesse. Aderiu às dinâmicas propostas e interagiu com o grupo, usufruindo da atividade. Conseguiu aderir ao momento de relaxamento. Na reflexão verbaliza que foi um momento “libertador” (<i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Foi libertador e diferente do que esperava, gostei.” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	---	

Participante 6

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 6 – Sigla: SA.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso/tranquilo e postura retraída, no entanto, progressivamente mais disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias, apresentando maior dificuldade na dinâmica de pares.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” de forma espontânea e com interesse. Aderiu às dinâmicas propostas e integrou o grupo, no entanto teve dificuldade em expressar as emoções primárias numa dinâmica de pares. No decorrer da atividade verbalizou tranquilidade, quando lhe foi solicitado que se expressasse através da palavra, porém a comunicação não verbal não é coerente com o que transmite verbalmente. Apresentou fácies fechado e postura tensa. Conseguiu usufruir do relaxamento. Na reflexão verbaliza que se sente “tranquila” (<i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“senti-me animada e divertida” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Comunicação verbal não corresponde à não verbal. Embotamento afetivo.	

Participante 7

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Apresentou fácies triste/ansioso e postura tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Desconforto, teve dificuldade em dançar as cinco emoções primárias.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” de forma espontânea e com interesse. Procurou sair da sessão, porém com incentivo consegue permanecer. Aderiu às dinâmicas propostas e integrou o grupo. No entanto, verbalizou desconforto, quando lhe foi solicitado que se expressasse através da palavra. Teve dificuldade em expressar as emoções numa dinâmica de pares. Conseguiu aderir ao momento de relaxamento. Na reflexão verbaliza que sentiu “desconforto, mas também foi libertador” (<i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Gostava de ter disfrutado mais” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Encontra-se menstruada.	

Participante 8

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 8 – Sigla: SU.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Sem critérios para participar na atividade de acordo com o seu plano por etapas.	

Participante 9

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Sem critérios para participar na atividade de acordo com o seu plano por etapas.	

Participante 10

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 10 – Sigla: ER.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Em aulas no decorrer da sessão, motivo pelo qual não participou na mesma.	

Participante 11

Sessão nº2	Data: 24-01-2023
Participante 11 – Sigla: MA.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso/tranquilo e postura retraída, no entanto, progressivamente mais disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias, com entusiasmo. Cansaço.
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” após incentivo da equipa, pois “sinto-me cansada, nem cadeiras há... Não me apetece muito...” (<i>sic</i>). Porém, acaba por aderir e envolver-se nas dinâmicas propostas, interagindo com o grupo. Conseguiu usufruir do relaxamento, porém manteve-se sempre com os olhos abertos. Na reflexão refere que “foi tudo normal, é sempre tudo igual...” (<i>sic</i>), apresentado dificuldade em expressar aquilo que pensa e o que sente através da palavra. Quando incentivada, verbaliza que se sentiu divertida e também desconfortável perante as cócegas realizadas no relaxamento.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Distraída” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 12

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 12 – Sigla: C.		
Humor	Humor apreensivo/irritável.	
Comunicação não verbal	Apresentou fâcias ansioso e postura tensa, mas progressivamente mais disponível no decorrer da atividade.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Dançou as cinco emoções primárias, com empenho e entusiasmo.	
Participação na atividade	Participou na atividade Dança e movimento com o tema “as emoções” com incentivo da equipa, acabando por participar de forma espontânea. Aderiu às dinâmicas propostas e interagindo com o grupo, com necessidade de mediar a sua relação com os pares. Procura usar a palavra, por vezes desapropriadas, para se expressar. Conseguiu usufruir do relaxamento. Na reflexão verbaliza que se sentiu “divertido” (sic), acrescentando que hoje não se sentia tão disponível para a atividade e que por vezes “é uma seca estar aqui...” (sic).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Senti-me bem!” (sic).	
Outras considerações	---	

Participante 13

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 13 – Sigla: D.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Abandonou a sessão no início, por hipotensão.	

Participante 14

Sessão nº2		Data: 24-01-2023
Participante 14 – Sigla: AL.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Abandonou a sessão, por dificuldade em permanecer em grupo. Quadro de ansiedade.	

Imagens da atividade desenvolvida:



Apêndice VI – Sessão 3: Terapia pela Arte

A terapia pela arte consiste na expressão através de mediadores expressivos, que significa “toda a ação, atividade, instrumento ou consigna proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p. 19), com fins terapêuticos.

De acordo com Takata (2002), a utilização de mediadores expressivos na implementação de intervenções de enfermagem, com pessoas de várias faixas etárias e em sofrimento mental, é bastante benéfica. Neste sentido, a proposta para esta sessão é o recurso ao barro como mediador expressivo. Os adolescentes seriam convidados inicialmente a sentir, bater e a amassar a argila. Através da agressividade perante este material, seria proposto a construção de algo positivo, libertando tensões e a raiva. Posteriormente cada um iria partilhar o que construiu e revelando como se sentiu no decorrer da atividade proposta.

São identificados diversos benefícios da utilização da argila/barro, tais como: promove a imaginação e a criatividade; mediador não verbal, não racional e não interpretativo; proporciona uma experiência tridimensional, sensorial, táctil, visual e cinestésica; facilita o acesso à metáfora e à simbolização; surge como um agente transformador no desenvolvimento humano; favorece o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social; desenvolve e amplia capacidades psicomotoras e preceptivas; promove a integração de grupo, a socialização e a aquisição de competências; manuseio simples, barato e de fácil acesso (Bucho, 2011).

Segundo Bucho (2011), possui também variadas qualidades terapêuticas/psicoterapêuticas, tais como: Possibilidade de ser utilizado em diferentes áreas (clínica, escolar e organizacional) e por pessoas com várias problemáticas (emocional, comportamental, motora, somática, aprendizagem), em sessões individuais, casal, familiar ou de grupo, em qualquer faixa etária; facilita a expressão de sentimentos difíceis de verbalizar, promovendo a comunicação e relação; Ajuda na criação de uma relação terapêutica; facilita o relaxamento, a catarse e o descarregar e alívio de tensões acumuladas; permite o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal; estimula a concentração, favorece a autoestima e autoconfiança, promovendo uma maior compreensão de si mesmo e do mundo; facilita movimentos regressivos – funciona como contenção da agressividade, entre outros.

O barro possui assim uma grande potencialidade psicoterapêutica, uma vez que

a utilização da argila, o seu manuseamento além de propiciar momentos lúdicos de grande prazer contribui, quando inserida numa relação psicoterapêutica, para facilitar a verbalização de sentimentos e emoções difíceis de verbalizar, facilitando o vínculo terapeuta/paciente ao mesmo tempo que contribui para o aumento da auto-estima, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, interpessoal e neuropsicomotor (Bucho, 2011, p. 72)

Oaklander (1989) transmite que a utilização do barro aproxima as crianças dos seus sentimentos, dando-nos o exemplo da criança agressiva. Esta pode usar o barro para bater e esmurrar, assim como as crianças zangadas podem descarregar a sua raiva na argila de diversas maneiras. Assim sendo, este seria o mote para a realização da presente sessão com os adolescentes internados.

Planeamento da sessão:

Tema: “MOLDAR A AGRESSIVIDADE”	
Técnica psicoterapêutica em grupo	Terapia pela arte
Data	25-01-2023
Horário	Grupo dividido: 1º Sessão – 11h às 11h40 2º Sessão – 13h40 às 14h20
Duração	30 minutos
Local	Sala de culinária/atividades da UIP
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de inclusão	- Aceita integrar a atividade e está disponível para a realizar; - Adolescentes internados;
Critérios de exclusão	- Não aceita participar na atividade; - Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contraindicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção; está em situação de crise; agitação).
Recursos/materiais	Barro, instrumentos para trabalhar o barro, avental, saco de plástico, taça com água, música (“Música Relaxante – Acalmar a Mente e Relaxar”), cartolina da “semana da agressividade”, cartão referente à atividade desenvolvida.

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a expressão de emoções e sentimentos difíceis de verbalizar, promovendo a comunicação e relação com o adolescente; - Promover a catarse e o descarregar e alívio de tensões; - Favorecer o autoconhecimento dos adolescentes envolvidos, favorecendo a sua autoestima e autoconfiança; - Facilitar movimentos regressivos, funcionando como contenção da agressividade (usar o barro para bater, esmurrar e descarregar a raiva).
Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora.

Etapas	Proposta	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os participantes; - Questionar como se sentem os participantes envolvidos; - Explicar a atividade proposta (apresentar os benefícios da utilização do barro); - Dar a conhecer os materiais disponíveis; 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que moldem o barro, sentido a sua textura e consistência, batendo e amassando o mesmo; - Solicitar que construam algo livre e quando terminarem são incentivados a passar a sua construção ao colega do lado, que irá realizar alterações na mesma. As construções vão rodando por todos os elementos do grupo, ajudando os adolescentes a lidar com a frustração de ver a sua obra modificada pelo outro. - Solicitar que construam algo negativo para eles, que lhes cause raiva e tensão; <ul style="list-style-type: none"> - Promover que destruam o que moldaram de forma criativa; - Propor que após o evento negativo, construam algo positivo, tal como um amuleto que seja significativo para 	20 minutos

	<p>cada um dos participantes e que possam guardar posteriormente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partilhar o que cada um construiu, explicando o motivo da sua escolha; - Estimular a partilha e a expressão de sentimentos e de emoções. 	
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar como se sentiram no decorrer da atividade; <ul style="list-style-type: none"> - Discussão acerca do que emergiu; - Escolha de uma palavra que descreva a atividade desenvolvida, procurando escrever a mesma no cartão fornecido; - Incentivar que colem o cartão na cartolina da “Semana da Agressividade”. - Concluir a sessão. 	5 minutos

Registo da sessão (Instrumento de avaliação qualitativa)

Participante 1

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso e postura inicialmente tensa, mas progressivamente mais disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, felicidade.	
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou um coração. Observou o grupo a alterar a sua peça sem dificuldade. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Senti-me bem, gostei do trabalho de equipa” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria uma pizza. Refere “Gosto de pizza, mas sinto raiva quando a vejo” (<i>sic</i>), consentindo existir um sentimento de ambivalência face à mesma. Quando lhe foi pedido que destruísse a pizza criada, fá-lo com entusiasmo, dando murros na peça e amassando-a com firmeza. Sorri enquanto o faz, adotando um fácies tranquilo. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda um sol, uma cara feliz e um coração com a palavra “família”, verbalizando “Adora estar ao sol... Quero sentir-me feliz... o coração simboliza o amor pela minha família.” (<i>sic</i>). No momento de reflexão refere “senti-me bem, foi libertador” (<i>sic</i>).</p>	

Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Divertido, libertador” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 2

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 2 – Sigla: S.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso e postura tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Felicidade, zanga.	
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou cinco círculos e observou o grupo a alterar a sua peça sem dificuldade aparente. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “não sei, normal... ficou giro” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, três caras, uma triste, outra a chorar e outra normal. Refere “fico zangada quando a minha mãe discute comigo e quando as pessoas não me ouvem” (<i>sic</i>). Quando lhe foi pedido que destruísse esse objeto, dá-lhe murros de forma firme e com entusiasmo. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de</p>	

	tranquilidade, proteção e suporte. Molda uma cara feliz, verbalizando “é uma cara a rir” (<i>sic</i>). Consente que pode ser algo que ela quer atingir ao longo do internamento, sentir-se cada vez melhor consigo própria. Aceita o que é transmitido pela equipa de forma passiva. No momento de reflexão refere sentir-se “normal, bem” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Calma” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 3

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso e postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, tranquilidade, calma.	
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou um nariz e observou o grupo a alterar a sua peça, observando frequentemente as alterações que iam sendo realizadas. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a ser a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Não me senti bem...” (<i>sic</i>). Trabalhada temática da frustração. Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio,	

	<p>cria uma balança com o número 46kg. Refere “é um objeto que me causa muita raiva, pois obriga-me a aumentar de peso” (<i>sic</i>). Quando lhe foi pedido que destruísse esse objeto, fá-lo com vigor, dando murros na peça e destruindo-a com os utensílios para moldar o barro. Posteriormente, foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda uma lua, verbalizando “Gosto de ver as estrelas e a lua... eu e as minhas amigas temos este símbolo no nosso grupo.” (<i>sic</i>). Acrescenta que o internamento não irá ajudá-la a encontrar a calma e tranquilidade que a lua lhe transmite. Demonstra novamente zanga face à necessidade de internamento, mantendo-se sem crítica para a situação de saúde e em oposição em refletir sobre as suas dificuldades. No momento de reflexão refere sentir-se “bem e aliviada” (<i>sic</i>).</p>
<p>Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”</p>	<p>“Calma e aliviada” (<i>sic</i>).</p>
<p>Outras considerações</p>	<p>---</p>

Participante 4

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 4 – Sigla: A. L.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Não participou na sessão, uma vez que se encontrava em observação médica (reunião familiar).	

Participante 5

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.		
Humor	Humor eutímico.	
Comunicação não verbal	Fácies tranquilo e postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Calma, libertação.	
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou uma boneca e observou o grupo a alterar a sua peça sem dificuldade. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Foi	

	<p>estranho, mas o resultado final é bom” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo negativo para si, que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria o reflexo do seu corpo no espelho. Refere “Sinto-me mal quando olho no espelho e vejo o meu corpo... Não fico confortável...” (<i>sic</i>). Quando lhe foi pedido que destruísse esse boneco, fá-lo dando murros na peça e amassando-a com firmeza. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Tem dificuldade em construir algo positivo, amassando o barro diversas vezes. Por fim, consegue moldar uma cara feliz, verbalizando “Não sabia bem o que fazer...mas fiz uma cara feliz porque é algo que quero sentir e que estou a trabalhar aqui...” (<i>sic</i>). No momento de reflexão refere “senti-me bem (...) fez-me pensar nos meus problemas e foi libertador dar murros no barro” (<i>sic</i>).</p>
<p>Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”</p>	<p>“Libertador” (<i>sic</i>).</p>
<p>Outras considerações</p>	<p>---</p>

Participante 6

Sessão nº3	Data: 25-01-2023
Participante 6 – Sigla: SA.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies fechado e postura tensa.
Sentimentos/emoções que emergiram	Divertida, animada.
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Discurso não congruente com a comunicação não verbal. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou uma boneca e observou o grupo a alterar a sua peça de forma tranquila. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a ser a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Não gostei, mataram a minha boneca...” (<i>sic</i>). Trabalhada temática da frustração. Quando foi solicitado que construísse algo negativo para si, que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria uma jaula. Refere “detesto sentir-me presa, não gosto quando não respeitam a minha liberdade” (<i>sic</i>), mas sem conseguir especificar a que aspeto da sua liberdade se referia. Quando lhe foi pedido que destruísse esse objeto, dá-lhe murros de forma leve e passiva, procurando imitar os movimentos dos pares. Posteriormente, foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda um coração, verbalizando “simboliza o amor.” (<i>sic</i>), consentindo eu poderá representar o suporte que a família lhe dá, identificando a mãe</p>

	como um recurso. No momento de reflexão refere sentir-se “bem” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Senti-me animada e divertida” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 7

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.		
Humor	Humor deprimido.	
Comunicação não verbal	Fácies triste e postura tensa, mas disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Divertida, Conforto, zanga.	
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou uma rosa. Observou o grupo a alterar a sua peça sem dificuldade. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Senti-me muito bem, adorei o resultado final, ficou ainda melhor do que no início” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria uma pessoa. Refere “Esta pessoa simboliza a sociedade, que tem muitas regras que eu odeio. Algumas regras da sociedade causam-me raiva...” (<i>sic</i>). Quando foi questionada acerca das regras da sociedade que lhe causavam zanga, refere que prefere não partilhar. Quando lhe foi pedido que destruísse essa pessoa, fá-lo com</p>	

	entusiasmo, dando murros na peça com grande agressividade. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda um balão de pensamento e um coração com a palavra família, verbalizando “o balão do pensamento simboliza as minhas memórias positivas e o coração simboliza a minha família” (<i>sic</i>). Consente que as memórias de coisas que gostava de fazer e deixou de fazer poderão ser um estímulo para a sua recuperação. Reforçada a importância de reconhecermos os recursos que temos para superar as dificuldades, sendo que a família surge como um suporte. No momento de reflexão refere “senti-me confortável” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Foi uma atividade diferente e muito divertida” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 8

Sessão nº3	Data: 25-01-2023
Participante 8 – Sigla: SU.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso/tranquilo e postura inicialmente tensa, mas progressivamente mais disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Zanga, alívio.

<p>Participação na atividade</p>	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou uma pirâmide. Observou o grupo a alterar a sua peça sem dificuldade. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Senti-me bem, ficou bem melhor do que eu tinha pensado!” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria um boneco a tapar os ouvidos. Refere “Fico zangada quando alguém não ouve o que tenho para dizer” (<i>sic</i>). Quando lhe foi pedido que destruísse esse boneco, fá-lo com entusiasmo, dando murros na peça e amassando-a com firmeza. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda uma lua e uma estrela, verbalizando “fico mais calma quando observo as estrelas e a lua, é algo que me deixa tranquila e em paz” (<i>sic</i>). Quando explorado refere que é algo que precisa de continuar a trabalhar no internamento. No momento de reflexão refere “senti-me bem, aliviada” (<i>sic</i>).</p>
<p>Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”</p>	<p>“Foi uma atividade terapêutica e satisfatória” (<i>sic</i>).</p>
<p>Outras considerações</p>	<p>---</p>

Participante 9

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.		
Humor	Humor eutímico.	
Comunicação não verbal	Fácies tranquilo e postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Frustração, zanga, libertação.	
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou uma flor. Observou o grupo a alterar a sua peça sem dificuldade. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Gostei do trabalho de equipa, foi bom!” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria uma mosca. Refere “as moscas causam-me raiva, não gosto do barulho” (<i>sic</i>), consentido que não respeitam limites. Quando lhe foi pedido que destruísse essa mosca, fá-lo com entusiasmo, dando murros na peça. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda uma mala com a palavra “Dior” e molda um cão, verbalizando “a mala representa algo que eu e a minha mãe gostamos de comprar em conjunto e o cão é o animal que eu vou buscar quando sair daqui... Eu já tive um cão... mas morreu...” (<i>sic</i>). Identifica os animais e família como recursos para si. No momento de reflexão refere “Foi divertido” (<i>sic</i>).</p>	

Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Esta atividade ajudou-me a libertar a minha frustração” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 10

Sessão nº3		Data: 25-01-2023	
Participante 10 – Sigla: ER.			
Humor	---		
Comunicação não verbal	---		
Sentimentos/emoções que emergiram	---		
Participação na atividade	---		
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---		
Outras considerações	Em aulas no decorrer da sessão, motivo pelo qual não participou na mesma.		

Participante 11

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 11 – Sigla: MA.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies apreensivo/tranquilo e postura disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Felicidade, raiva, frustração.	
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou uma cobra. Observou o grupo a alterar a sua peça com dificuldade (“Não!! Isso é para ser uma cobra!” <i>sic</i>). Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Não gostei nada!” (<i>sic</i>). Trabalhada temática da frustração. Quando foi solicitado que construísse algo que negativo para si, que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria um livro. Refere “Isto é o meu livro de português, odeio ler!!” (<i>sic</i>). O grupo transmitiu a importância da leitura e forneceram-lhe estratégias para lidar com a sua zanga. Quando lhe foi pedido que destruísse esse livro, fá-lo com entusiasmo, dando murros na peça com firmeza. Posteriormente foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda uma cama com uma boneca e um cão deitados na mesma, verbalizando “sou eu e a minha cadela, gosto muito dela” (<i>sic</i>), identificando que o seu animal de estimação é um recurso para si. No momento de reflexão refere “Foi divertido” (<i>sic</i>).</p>	

Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Adorei mexer no barro” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 12

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 12 – Sigla: C.		
Humor	---	
Comunicação não verbal	---	
Sentimentos/emoções que emergiram	---	
Participação na atividade	---	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---	
Outras considerações	Recusou participar na atividade, não cedendo à argumentação da equipa.	

Participante 13

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 13 – Sigla: D.		
Humor	Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal	Fácies ansioso/triste e postura tensa, porém, apresentou-se progressivamente mais disponível.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, zanga, alívio, libertação.	
Participação na atividade	<p>Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou um coração. Observou o grupo a alterar a sua peça de forma tranquila. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “foi bom ver todo o trabalho de equipa, ficou mesmo bonito! Cada um pôs um pouco de si!” (<i>sic</i>). Quando se pediu para amassar esse objeto refere “ohh, deixe-me ficar com isto, gosto tanto do resultado final...” (<i>sic</i>). Fica frustrada por destruir a peça criada em grupo, porém acaba por aceitar, tendo sido trabalhada a temática da frustração. Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria uma pessoa. Refere “Esta boneca é o meu corpo... não gosto do meu corpo” (<i>sic</i>). Quando explorado o motivo pelo qual não gosta do corpo, prefere não partilhar em grupo. Quando lhe foi pedido que destruísse o objeto criado, fá-lo com entusiasmo, dando diversos murros com bastante agressividade, gritando “isto é tão terapêutico” (<i>sic</i>). Pega na peça destruída e atira-a contra a mesa, apresentando um fácies sorridente/ tensão. Posteriormente foi solicitado que construísse algo</p>	

	positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda três corações, com as palavras “tia”, “tio” e “M.”, verbalizando “fiz bases para copos, com os nomes dos meus tios e da minha prima” (<i>sic</i>). Reforçada a importância de reconhecermos os recursos que temos para superar as dificuldades, sendo que a família surge como um suporte. No momento de reflexão refere “senti-me divertida e foi libertador para mim” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Libertador” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 14

Sessão nº3		Data: 25-01-2023
Participante 14 – Sigla: AL.		
Humor	Humor deprimido.	
Comunicação não verbal	Fácies triste, postura tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram	Zanga.	
Participação na atividade	Necessitou de incentivo para integrar a mesma (“não me apetece... não posso ir outro dia?” <i>sic</i>). Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou um rato e observou o grupo a alterar a sua peça, quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a ser a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Não sei...” (<i>sic</i>). Quando foi solicitado que construísse algo que lhe	

	<p>causa zanga, raiva, frustração ou ódio, amassa o barro e verbalizar novamente “Eu sei o que me deixa zangada... mas não quero representar” (<i>sic</i>). Apresentava um fâcies ansioso e uma postura progressivamente mais tensa. Quando foi pedido que o grupo destruísse o que teria criado de negativo a Alice inicia quadro de choro face aos murros dados pelos pares nas respectivas peças, levantando-se e procurando sair da atividade. Em intervenção individual refere “O barulho incomoda-me, mas não consigo explicar o porquê” (<i>sic</i>). Não consegue retomar a atividade por manter ansiedade.</p>
<p>Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”</p>	<p>---</p>
<p>Outras considerações</p>	<p>---</p>

Imagens da atividade desenvolvida:



Apêndice VII – Sessão 4: Psicoeducação

A psicoeducação caracteriza-se como uma intervenção ou técnica psicoterapêutica utilizada para ajudar no tratamento de perturbações psiquiátricas e consiste na transmissão de conhecimento sobre o quadro clínico e na promoção do *insight* sobre o estado de saúde da pessoa (Maia, Araújo & Maia, 2018). Permite obter mudanças comportamentais, sociais e emocionais, com o objetivo de promover a saúde mental e a qualidade de vida (Lemes & Neto, 2017).

Neste sentido, o objetivo da presente sessão seria abordar os tipos de comportamento existentes (agressivo, passivo, passivo-agressivo e assertivo), providenciar conhecimentos acerca da temática em estudo e capacitar os adolescentes para um tipo de comportamento mais assertivo, consoante as suas necessidades. O meio audiovisual a aplicar encontra-se em anexo.

Planeamento da sessão:

Tema: “TIPOS DE COMPORTAMENTO”	
Técnica psicoterapêutica em grupo	Psicoeducação
Data	26-01-2023
Horário	11h às 11h40
Duração	40 minutos
Local	Ginásio da UIP
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de inclusão	- Aceita integrar a atividade e está disponível para a realizar; - Adolescentes internados;
Critérios de exclusão	- Não aceita participar na atividade; - Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contraindicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção; está em situação de crise; agitação; entre outros).
Recursos/materiais	Projeter, computador, meio audiovisual (<i>PowerPoint</i>), cadeiras ou pufes, papel e caneta, cartolina da “semana da agressividade”, cartão referente à atividade desenvolvida.

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer os diferentes tipos de comportamento existentes (agressivo, passivo, passivo-agressivo e assertivo); - Providenciar conhecimentos acerca da temática em estudo; - Capacitar os adolescentes para um tipo de comportamento mais assertivo.
Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora.

Etapas	Proposta	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os participantes; - Questionar como se sentem; - Explicar a atividade proposta (em que consiste uma atividade de psicoeducação). 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os temas a abordar; - Explicar os objetivos da apresentação; - Apresentar que tipos de comportamento existem (agressivo, passivo e assertivo) e quais as suas características; - Explicitar em que consiste a assertividade e entender que estratégias existem para um comportamento mais assertivo; - Identificar quais os benefícios de um comportamento assertivo; - Visualizar vídeo explicativo sobre os tipos de comportamento (4 minutos e 50 segundos); - Estimular a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada. - Solicitar que cada adolescente escreva no cartão fornecido o seu tipo de comportamento, como gostava que fosse e como pode mudar o seu comportamento; - Incentivar os adolescentes a colarem esse cartão na sua cartolina da “Semana da Agressividade”. 	25 minutos

Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar como se sentiram no decorrer da atividade; <li style="padding-left: 20px;">- Discussão acerca do que emergiu; <li style="padding-left: 20px;">- Escolha de uma palavra que descreva a atividade desenvolvida, procurando escrever a mesma no cartão fornecido; - Incentivar que colem o cartão na cartolina da “Semana da Agressividade”. <li style="padding-left: 20px;">- Concluir a sessão. 	10 minutos
-------------	---	------------

Slides apresentados:



TEMAS A ABORDAR

- **Que tipos de comportamento existem?**
- **O que é a Assertividade?**
- **Como posso ser assertivo?**
 - O que ganho em ser assertivo?
- **Considerações finais**
- **Referências Bibliográficas**

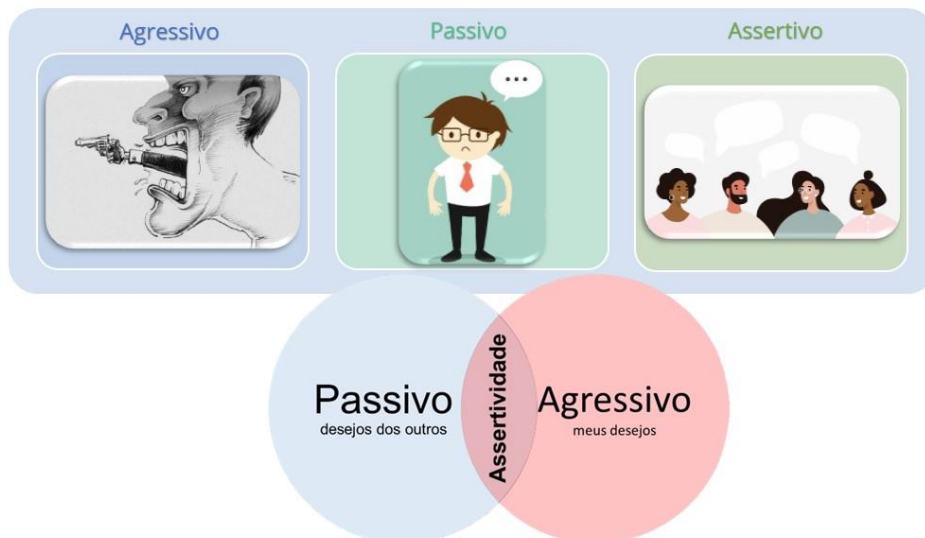


Objetivos

- Partilhar conhecimentos sobre os tipos de comportamentos existentes;
- Compreender o que é a assertividade e quais os seus benefícios;
- Entender que estratégias posso adotar para ser assertivo.



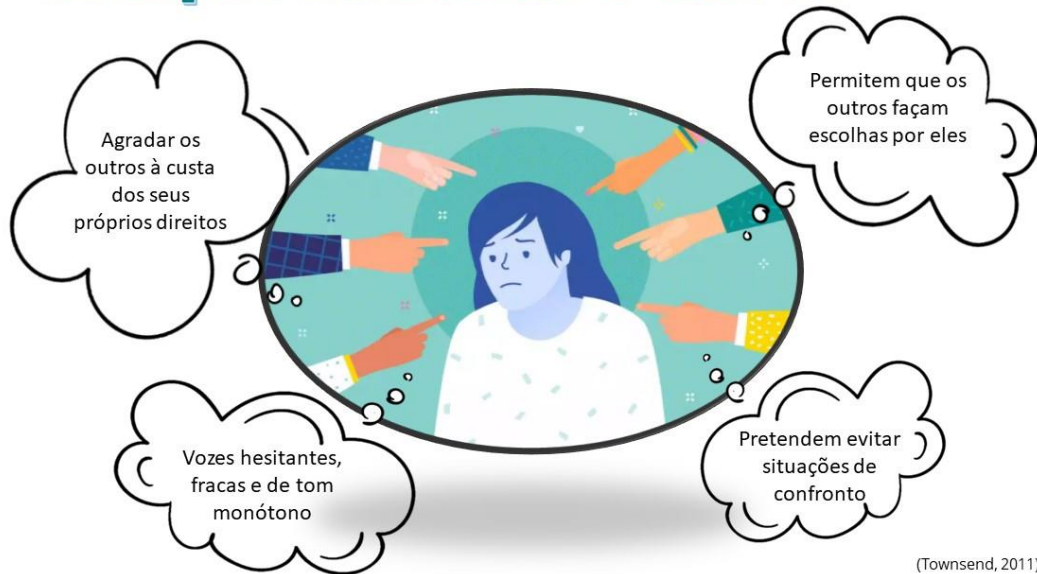
Tipos de comportamento



Comportamento Agressivo



Comportamento Passivo



(Townsend, 2011)

Comportamento Assertivo



(Sequeira & Sampaio, 2020)

O que é a Assertividade?

Permite:

"Possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro."

(Sequeira & Sampaio, 2020, p. 199)



Expressar sentimentos e ideias pessoais



Dar uma opinião clara, sem recurso à agressividade



Afirmar o que se quer, pensa e sente

O que é a Assertividade?

Objetivos:



Expressar sentimentos



Dizer não e criticar sem sentir culpa



Ser respeitado



Autopromover a dignidade pessoal



Ter tempo para refletir antes de decidir



Mudar de opinião

(Grilo, 2012)

YOU
can
DO IT!

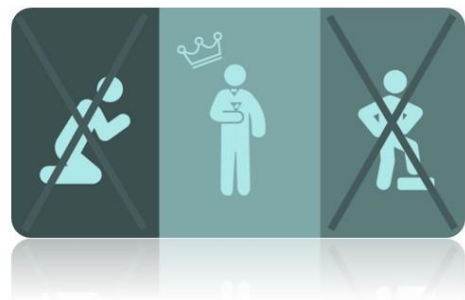
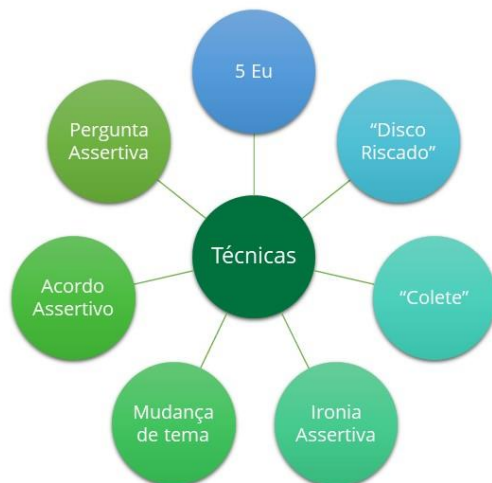
Como posso ser Assertivo?

- Contato visual
- Postura corporal
- Distância/Contato físico
- Gestos
- Expressão facial
- Voz
- Fluência



(Alberti & Emmos, 2001, citados por Townsend, 2011, p. 239)

Como posso ser Assertivo?



(Sequeira & Sampaio, 2020)

Como posso ser Assertivo?

Técnica do "Colete"

- Aceitar a opinião dos outros e defender-se de críticas consideradas injustas.

Técnica do Ironia Assertiva

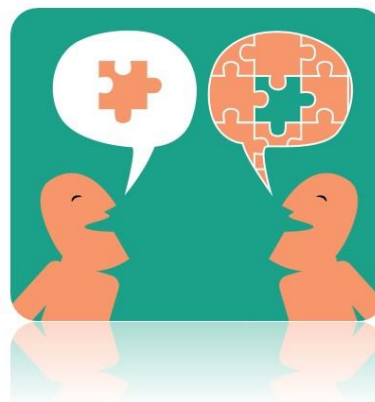
- Dar resposta positiva a uma crítica negativa.

Técnica do "Disco Riscado"

- Repetir o que se pretende várias vezes de forma clara e calma, de acordo com os teus objetivos.

S Eu

- Eu vejo, Eu quero, Eu penso, Eu pretendo, Eu sinto



(Sequeira & Sampaio, 2020)

Como posso ser Assertivo?

Técnica de mudança de tema

- Desviar o foco da discussão para outro tema.

Técnica de acordo Assertivo

- Concordar com uma crítica, mesmo quando é negativa, dando uma resposta calma.

Técnica da pergunta Assertiva

- Pretende-se desenvolver os motivos pelos quais alguém critica, isto é, tentar perceber o que incomodou o outro.



(Sequeira & Sampaio, 2020)

Como posso ser Assertivo?

Sou capaz de expressar as minhas opiniões e discordar das opiniões dos outros de maneira aceitável e sem me sentir culpado



Verbalizo e aceito a responsabilidade pelo meu próprio comportamento

O que ganho em ser assertivo?

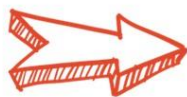
Abordo os outros de um modo positivo e apropriado

Sou capaz de dizer aspetos positivos a respeito de mim mesmo

(Townsend, 2011, p. 244)

Considerações finais

Ser assertivo aumenta a nossa autoestima, sem diminuir a autoestima dos outros.



TU CONSEGUES!



A comunicação assertiva é uma arte que exige tempo e prática!



“

*Não deixes que as opiniões
dos outros calem a tua voz
interior”*

Steve Jobs

Empresário,
Empreendedor



Referências Bibliográficas

- Bulechek, G. M., Butcher H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bulechek, J. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*.13(2),283-297.
- Guia Orientador da Unidade Curricular Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2022). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Loureiro C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista APESM*. 6, 7-14.

Referências Bibliográficas

- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 9, 41-47.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes*. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O. & Nogueira, M. (2018). Treino de assertividade na enfermagem de saúde mental. *Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental & IX Congresso Internacional - Saúde Mental Para Todos*. Instituto Politécnico de Bragança. DOI:[10.13140/RG.2.2.33487.33447](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33487.33447)
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº 151 de 07-08-2018), 21427 – 21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Referências Bibliográficas

- Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Rio de Mour: Lusociência.
- Fontes das imagens apresentadas nos slides: Google Imagens.

Registo da sessão (Instrumento de avaliação qualitativa)

Participante 1

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies apreensivo/triste e postura tensa e retraída.
Sentimentos/emoções que emergiram	Tristeza.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea. Não participou no momento da discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	“Assertivo, passivo e por vezes agressivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Tentar dizer não; Postura mais confiante” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Foi uma atividade precisa” (<i>sic</i>).
Outras considerações	Decidiu não partilhar com o grupo o que escreveu.

Participante 2

Sessão nº4		Data: 26-01-2023	
Participante 2 – Sigla: S.			
Humor		Humor apreensivo.	
Comunicação não verbal		Fácies apreensivo e postura tensa.	
Sentimentos/emoções que emergiram		Felicidade.	
Participação na atividade		Aderiu às dinâmicas propostas. Participou no momento da discussão da temática, apenas quando incentivada.	
O meu tipo de comportamento é...		“Assertivo e passivo” (<i>sic</i>).	
Como gostava que fosse...		“Assertivo” (<i>sic</i>).	
Como posso mudar o meu comportamento?		“Posso dizer não quando eu quiser; Posso dar a minha opinião” (<i>sic</i>).	
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”		“Interessante” (<i>sic</i>).	
Outras considerações		---	

Participante 3

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies apreensivo/tranquilo e postura disponível (“estou curiosa” <i>sic</i>).
Sentimentos/emoções que emergiram	Zanga.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Fornece exemplos sobre os tipos de comportamentos existentes, participando de forma ativa na discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	“Passivo, agressivo e assertivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Para ser sincera acho que sou um bocadinho de tudo... Treinando com as situações que aparecem” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Desatenta” (<i>sic</i>).
Outras considerações	Decidiu não partilhar com o grupo o que escreveu, adotando uma postura mais tensa e defensiva.

Participante 4

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 4 – Sigla: A. L.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
O meu tipo de comportamento é...	---
Como gostava que fosse...	---
Como posso mudar o meu comportamento?	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Não participou na sessão, uma vez que se encontrava em reunião familiar.

Participante 5

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.	
Humor	Humor eutímico.
Comunicação não verbal	Fácies tranquilo e postura disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Tranquilidade, calma.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Fornece exemplos sobre os tipos de comportamentos existentes, participando de forma ativa na discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	“Passivo ou agressivo, dependendo das situações” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Acho que devia ser mais assertiva quando tendo a gritar” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Controlar a minha agressividade para não gritar, controlar melhor as minhas emoções e impor-me quando fico mais retraída” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Foi interessante, gostei” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 6

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 6 – Sigla: SA.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies pouco expressivo/fechado e postura tensa e retraída.
Sentimentos/emoções que emergiram	Calma, bem-estar.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas. Participou no momento da discussão da temática, apenas quando solicitado ou quando incentivada.
O meu tipo de comportamento é...	“Passivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Expressar mais a minha opinião em vez de ser sempre influenciada pela opinião dos outros” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Eu aprendi coisas sobre mim mesma e coisas que me podem ser úteis.” (<i>sic</i>).
Outras considerações	Decidiu não partilhar com o grupo o que escreveu.

Participante 7

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.	
Humor	Humor deprimido.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso/triste e postura tensa, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Refere sentir-se “normal” (<i>sic</i>).
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Fornece exemplos sobre os tipos de comportamentos existentes, participando de forma ativa na discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	“Passivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Mostrando mais a minha opinião e impor limites” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Foi uma atividade muito importante que me ajudou muito” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 8

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 8 – Sigla: SU.	
Humor	Humor eutímico.
Comunicação não verbal	Fácies tranquilo e postura disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Tranquila, interessada.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Fornece exemplos sobre os tipos de comportamentos existentes, participando de forma ativa na discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	“Passivo/assertivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	Não tentar agradar a todos; Expressar as minhas opiniões sem medo.” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Pensativa e educativa” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 9

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies triste e postura retraída, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Refere sentir-se “bem” (<i>sic</i>).
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas. Participou no momento da discussão da temática, apenas quando solicitado ou quando incentivada.
O meu tipo de comportamento é...	“Assertivo e agressivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Saber adotar uma postura mais calma e gestos também” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Para mim esta atividade ajudou-me a saber comportar-me melhor” (<i>sic</i>).
Outras considerações	Decidiu não partilhar com o grupo o que escreveu.

Participante 10

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 10 – Sigla: ER.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
O meu tipo de comportamento é...	---
Como gostava que fosse...	---
Como posso mudar o meu comportamento?	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Não participou na sessão, uma vez que se encontrava em aulas.

Participante 11

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 11 – Sigla: MA.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
O meu tipo de comportamento é...	---
Como gostava que fosse...	---
Como posso mudar o meu comportamento?	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Recusou participar na sessão, não cedendo à argumentação da equipa.

Participante 12

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 12 – Sigla: C.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
O meu tipo de comportamento é...	---
Como gostava que fosse...	---
Como posso mudar o meu comportamento?	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Recusou participar na sessão, não cedendo à argumentação da equipa. Quadro de inquietação psicomotora.

Participante 13

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 13 – Sigla: D.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies apreensivo e postura disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Ansiedade.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Fornece exemplos sobre os tipos de comportamentos existentes, participando de forma ativa na discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	“Comportamento passivo” (<i>sic</i>).
Como gostava que fosse...	“Assertivo” (<i>sic</i>).
Como posso mudar o meu comportamento?	“Expressar a minha opinião; Ter mais autoestima; Partilhar os meus sentimentos” (<i>sic</i>).
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Necessitada” (<i>sic</i>).
Outras considerações	Decidiu não partilhar com o grupo o que escreveu, adotando uma postura mais defensiva.

Participante 14

Sessão nº4	Data: 26-01-2023
Participante 14 – Sigla: AL.	
Humor	Humor deprimido.
Comunicação não verbal	Fácies apreensivo e postura tensa.
Sentimentos/emoções que emergiram	Não verbaliza.
Participação na atividade	Aderiu às dinâmicas propostas, apenas quando incentivada pela equipa. Não participou no momento da discussão da temática.
O meu tipo de comportamento é...	---
Como gostava que fosse...	---
Como posso mudar o meu comportamento?	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Quando foi solicitado que identificasse o seu tipo de comportamento, como gostava que fosse ou como o pode mudar, começa por escrever “passivo” (<i>sic</i>), porém risca a palavra e afirma “eu não quero escrever nada... Risquei o que tinha” (<i>sic</i>). Numa interação dual, foi incentivada a partilhar o que sentia e o que gostaria de escrever, porém refere “eu apenas não quero fazer... Não quero...” (<i>sic</i>).

Apêndice VIII – Sessão 5: Cineterapia

A Cineterapia consiste num “método moderno de terapia ou educação fascinante que pode ser usado tanto para pacientes ou clientes individuais ou em grupo” (Smieszek, 2019, p. 30).

Esta técnica de intervenção apresenta diversos benefícios, tais como: Melhoria da relação terapêutica com o utente; facilitador da linguagem e de fácil acessibilidade; fácil adesão por partes dos utentes por ser uma atividade familiar, que geralmente faz parte do seu quotidiano (Olivia, Vianna, & Neto, 2010). Os filmes têm também a vantagem de serem de fácil acesso e de reduzido custo, são versáteis, apelativos, estimulam a curiosidade, ilustram variados temas, permitindo a exploração de diversas áreas do nosso quotidiano e também de questões específicas. Permitem ainda diminuir a solidão, aumentar a esperança, ajudam a reconstruir laços, fornecem uma forma agradável e criativa de envolver os clientes, sendo úteis para transmitir valores e abordar variadas temáticas, como é o caso das emoções, facilitando deste modo a tomada de consciência de si e das relações com os outros. Têm o potencial de identificar necessidades, causas de problemas e modos para os resolver, apresentam modelos a seguir ou a evitar, podendo favorecer a adesão dos clientes ao tratamento (Meneses, 2021).

A Cineterapia “pode não só melhorar a aprendizagem, mas facilitar o crescimento” (Dantzler, 2015, p. 473). De acordo com Arantes & Lopes (2016), a cineterapia, utilizada com crianças e adolescentes, pode facilitar a expressão e a compreensão sobre as vivências dos mesmos por parte dos profissionais, favorecendo o trabalho clínico subsequente, uma vez que estas faixas etárias podem ter uma dificuldade acrescida em identificar/expressar sentimentos, cognições e/ou comportamentos e a identificação com determinado personagem pode levar a uma melhor compreensão perante aquilo que estão a sentir ou a experienciar.

Neste sentido, a proposta da presente sessão seria visionar o filme “Divertidamente” de Docter (2015) e realizar uma discussão acerca do mesmo. Seria proposto que os adolescentes identificassem quais as emoções que emergem do filme (medo, alegria, repulsa, tristeza e raiva), aumentando assim a consciência sobre as mesmas. Pensassem sobre qual a emoção que têm mais presente neste momento e refletissem sobre como a raiva se manifesta (emoção primária) e como a controlar e gerir. Sendo que é importante ter em conta que o processo de mudança dos personagens do filme

e as suas reações aos conflitos são os pontos mais relevante de análise (Olivia, Vianna, & Neto, 2010).

Planeamento da sessão:

Tema: “DIVERTIDA-MENTE”	
Técnica psicoterapêutica em grupo	Cineterapia
Data	27-01-2023
Horário	11h às 12h55
Duração	1 hora e 55 minutos
Local	Ginásio da UIP
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de inclusão	- Aceita integrar a atividade e está disponível para a realizar; - Adolescentes internados;
Critérios de exclusão	- Não aceita participar na atividade; - Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contraindicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção; está em situação de crise; agitação; entre outros).
Recursos/materiais	Projetor, computador, colunas, meio audiovisual (Filme “Divertida-mente” – Docter, 2015), cadeiras ou pufes, cartolina da “semana da agressividade”, cartão referente à atividade desenvolvida.
Objetivos	- Identificar quais as emoções que emergem do filme, aumentando assim a consciência sobre as mesmas; - Pensar sobre qual a emoção mais presente neste momento; - Refletir sobre a importância da raiva (emoção primária);
Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do Curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora

Etapas	Proposta	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os participantes; - Questionar como se sentem; - Explicar a atividade proposta (visionar o filme “Divertidamente” e refletir acerca do mesmo); 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Visualizar o filme “Divertida-mente”; - Propor que identifiquem quais as emoções que emergem do filme (medo, alegria, repulsa, tristeza e raiva), aumentando assim a consciência sobre as mesmas. - Solicitar que identifiquem qual a emoção que têm mais presente neste momento; - Propor que reflitam sobre como a raiva se manifesta e como a controlar e gerir (em que momentos do filme essa emoção se manifestou?); - Pensar sobre o processo de mudança dos personagens do filme e as suas reações aos conflitos. - Partilha em e com o grupo. 	1 hora e 45 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar como se sentiram no decorrer da atividade; - Discussão acerca do que emergiu; - Escolha de uma palavra que descreva a atividade desenvolvida, procurando escrever a mesma no cartão fornecido; - Incentivar que colem o cartão na cartolina da “Semana da Agressividade”. - Concluir a sessão. 	5 minutos

Registo da sessão (Instrumento de avaliação qualitativa)

Participante 1

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso, postura tensa e pouco disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, tristeza, raiva.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme encontrava-se pouco disponível. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é o medo, a tristeza e a raiva. Não participa na restante discussão, deitando-se no seu puf.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Gostei do filme” (<i>sic</i>)
Outras considerações	---

Participante 2

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 2 – Sigla: S.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa
Sentimentos/emoções que emergiram	Felicidade
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é a felicidade. Não participa na restante discussão, ouvindo apenas o que os pares e a equipa transmitiam.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Fixe” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 3

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa.
Sentimentos/emoções que emergiram	Alegria, tristeza.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é a alegria. Consegue identificar alguns dos temas centrais do filme e dando a sua opinião acerca do que foi abordado no mesmo. Consegue identificar os momentos em que a raiva se expressa no filme, as suas consequências, benefícios e quais as estratégias utilizadas pela personagem principal para resolver os conflitos existentes, entendendo a importância de cada uma das emoções presentes.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Triste, pensativa” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 4

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 4 – Sigla: A. L.	
Humor	Humor eutímico.
Comunicação não verbal	Fácies tranquilo e postura descontraída e disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, calma.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis tranquilo. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é o medo. Consegue identificar alguns dos temas centrais do filme e dando a sua opinião acerca do que foi abordado no mesmo.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Foi uma sessão calma” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 5

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Não participou na atividade uma vez que se encontrava em Licença de Ensaio.

Participante 6

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 6 – Sigla: SA.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso e postura tensa.
Sentimentos/emoções que emergiram	Alegria.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso e postura tensa. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é a alegria. Não participa na discussão, ouvindo apenas os que os pares e a equipa transmitiam.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Todas as emoções são importantes” (sic).
Outras considerações	---

Participante 7

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fácies ansioso/triste e postura tensa, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso e postura tensa. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é o medo. Participa apenas quando incentivada e de forma tímida.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Adorei o filme e acho que me representa e ao que eu sinto” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 8

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 8 – Sigla: SU.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso e postura tensa, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, tristeza.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso e postura tensa, mas progressivamente mais disponível. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é o medo e a tristeza. Participa de forma ativa conseguindo identificar alguns dos temas centrais do filme e dando a sua opinião acerca do que foi abordado no mesmo. Consegue identificar os momentos em que a raiva se expressa no filme, as suas consequências, benefícios e quais as estratégias utilizadas pela personagem principal para resolver os conflitos existentes, entendendo a importância de cada uma das emoções presentes.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Relembrar que todas as emoções são importantes à sua maneira” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 9

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso/triste e postura tensa.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, tristeza.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso e postura tensa. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é o medo e a tristeza. Não participa na restante discussão, ouvindo apenas o que os pares e a equipa transmitiam.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Este filme ajudou-nos a refletir sobre as nossas emoções” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 10

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 10 – Sigla: ER.	
Humor	---
Comunicação não verbal	---
Sentimentos/emoções que emergiram	---
Participação na atividade	---
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	---
Outras considerações	Em aulas no decorrer da sessão, motivo pelo qual não participou na mesma.

Participante 11

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 11 – Sigla: MA.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa, mas disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Alegria.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa, mas disponível. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é a alegria. Conseguindo identificar alguns dos temas centrais do filme.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Alegria” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 12

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 12 – Sigla: C.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso e postura tensa, mas progressivamente mais disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Raiva, alegria, medo, nojo, tristeza.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessado. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso e postura tensa, mas progressivamente mais disponível. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é a raiva. No entanto, entende que outras emoções estão presentes, procurando dar exemplos concretos das diferentes emoções que tem sentido (“eu tenho medo quando vejo abelhas...Sinto alegria quando estou com animais... Sinto raiva quando o M. me chateia, tanta raiva que só quero dizer palavrões!” <i>sic</i>). Consegue identificar alguns dos temas centrais do filme. No entanto, apresenta dificuldade em ouvir e respeitar a vez do outro, sendo necessário mediar interações.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Positivo” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 13

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 13 – Sigla: D.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso/triste e postura tensa e pouco disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Medo, tristeza.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso e postura tensa e pouco disponível. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é o medo e a tristeza. Não participa na restante discussão, ouvindo apenas o que os pares e a equipa transmitiam.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	“Pensativa” (<i>sic</i>).
Outras considerações	---

Participante 14

Sessão nº5	Data: 27-01-2023
Participante 14 – Sigla: AL.	
Humor	Humor apreensivo.
Comunicação não verbal	Fáceis ansioso, postura tensa e não disponível.
Sentimentos/emoções que emergiram	Incerteza, ambivalência.
Participação na atividade	Durante a visualização aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme fáceis ansioso, postura tensa e não disponível, não conseguindo identificar qual a emoção que assume o seu controlo atualmente, verbalizando apenas “não sei...” (<i>sic</i>), mesmo quando explorado. Não participa na restante discussão, ouvindo apenas as partilhas dos pares e da equipa.
Palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade”	Recusa escrever na cartolina.
Outras considerações	---

Imagens da sessão desenvolvida:



Apêndice IX – Balanço Semanal



Tema: “Semana da Agressividade”	
Técnica em grupo	Balanço semanal
Data	27-01-2023
Horário	14h – 14h30
Duração	30 minutos
Local	Ginásio da UIP/ Sala de multimédia
População alvo	Adolescentes internados
Critérios de exclusão	- Tem limitações que impedem a compreensão da mensagem; - Apresenta contraindicações para a realização da atividade proposta (exemplo: alterações do pensamento e da perceção; está em situação de crise; agitação; entre outros).
Recursos/materiais	Cartas DiXit, papel e caneta, cartolina “Semana da Agressividade”, cola.
Objetivos	- Realizar o balanço da semana que decorreu; -Partilhar emoções e sentimentos sobre a “Semana da Agressividade”; - Identificar estratégias para lidar com a agressividade.
Dinamizador	Enfermeira Jessica Valente (estudante do curso de mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica), sob supervisão da enfermeira orientadora.

Etapas	Proposta	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Receber os participantes; - Explicar a atividade proposta (Balanço Semanal). 	3 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que escolham uma carta DiXit de como se sentiram durante a semana (cada adolescente internado retira uma carta com a qual se identifica); - Solicitar que escolham uma carta DiXit de como se sentem hoje (cada adolescente internado retira uma carta com a qual se identifica); - Solicitar que escolham uma carta DiXit de perspetivas a semana seguinte (cada adolescente internado retira uma carta com a qual se identifica); - Cada adolescente partilha as cartas escolhidas e o motivo da escolha das mesmas; - Entender se as expectativas dos adolescentes face à temática proposta corresponderam à realidade; - Solicitar que escrevam num papel estratégias para lidar com a raiva, partilhando as mesmas com o grupo (cada adolescente identifica formas de lidar com a raiva no futuro); - Incentivar os adolescentes a colarem o que escreveram na sua cartolina da “Semana da Agressividade”, guardando a mesma para si; - Estimular a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada. 	25 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Concluir o balanço semanal inicial com base no que emergiu no decorrer do mesmo 	2 minutos

Participante 1

Balanço Semanal final		Data: 27-01-2023
Participante 1 – Sigla: A.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com uma árvore sem folhas, a esconder as flores, verbalizando “ao longo da semana aprendemos sobre como lidar com as emoções, senti-me mais triste...” (<i>sic</i>).	
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta com uma flor a perder as pétalas, referindo “sinto-me assim como esta flor... despedaçada.” (<i>sic</i>). Refere que consegue identificar o que lhe provoca esse sentimento, porém decide não partilhar com o grupo.	
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com um marinheiro sorridente num mar agitado, com um arco-íris de fundo, verbalizando “quero encontrar um rumo” (<i>sic</i>).	
Estratégias para lidar com a raiva	“Ouvir música; Usar um anti-stress; respirar fundo” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Participou de forma ajustada na atividade. Humor apreensivo, fâcias ansioso e postura tensa.	

Participante 2

Balanço Semanal final		Data: 27-01-2023
Participante 2 – Sigla: S.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com uma boneca com brincos em forma de criança e outro com um homem, referindo “não sabia o que escolher...A semana foi boa...” (sic).	
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta com uma águia a voar, referindo “hoje estou feliz” (sic).	
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com vários presentes, verbalizando “quero melhorar para ter alta” (sic).	
Estratégias para lidar com a raiva	“Falar com alguém de confiança; tentas resolver a situação; bater numa almofada!” (sic).	
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e com interesse. Humor eutímico, fâcies tranquilo e postura disponível.	

Participante 3

Balanço Semanal final		Data: 27-01-2023
Participante 3 – Sigla: L.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com várias pessoas num pódio, dentro de um mar agitado, verbalizando “Esta semana atingi algumas conquistas, consegui fazer o cubo, estive mais eufórica e tranquila” (sic).	
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta com uma pessoa deitada na relva, referindo “hoje sinto-me assim... calma...” (sic).	
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com pessoas a regarem folhas de papel, referindo “quero continuar a ler, a fazer o que gosto...” (sic).	
Estratégias para lidar com a raiva	“Mexer nos anti-stress, no cubo mágico, respirar fundo, esmurrar almofadas” (sic).	
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e com interesse. Humor apreensivo, fâcies ansioso/tranquilo e postura disponível.	

Participante 4

<i>Balanço Semanal final</i>		<i>Data: 27-01-2023</i>	
<i>Participante 4 – Sigla: A. L.</i>			
Imagem como se sentiu no decorrer da semana		Escolhe uma carta com uma pessoa repleta de papeis, referindo “Expressamos várias emoções” (<i>sic</i>).	
Imagem como se sente atualmente		Escolhe uma carta com um mimo a chorar, sendo iluminado por uma luz, referindo “Sinto que estou a fazer um esforço para estar feliz...” (<i>sic</i>).	
Imagem como perspectiva a próxima semana		Escolhe uma carta com um caracol a iniciar uma subida numa escada, referindo “tenho de fazer um esforço e um caminho para melhorar e para ter alta...” (<i>sic</i>).	
Estratégias para lidar com a raiva		“Ler, ouvir música, rasgar papel, correr, respirar fundo” (<i>sic</i>).	
Outras considerações		Participou na atividade de forma espontânea e com interesse. Humor eutímico, fâcies tranquilo e postura disponível.	

Participante 5

Balanço Semanal final	Data: 27-01-2023
Participante 5 – Sigla: E.	
Imagem como se sentiu no decorrer da semana	---
Imagem como se sente atualmente	---
Imagem como perspectiva a próxima semana	---
Estratégias para lidar com a raiva	---
Outras considerações	Não participou na atividade uma vez que se encontrava em Licença de Ensaio.

Participante 6

<i>Balanço Semanal final</i>		<i>Data: 27-01-2023</i>	
Participante 6 – Sigla: SA.			
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com uma floresta com uma luz, verbalizando “já comecei a ver a luz, como nesta imagem... sinto que nesta semana comecei a melhorar” (<i>sic</i>).		
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta com um boneco a fazer bolas de sabão, referindo “sinto-me feliz” (<i>sic</i>).		
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com um boneco a enfrentar um dragão com uma espada, verbalizando “significa que quero combater aquilo que me incomoda e continuar a melhorar” (<i>sic</i>).		
Estratégias para lidar com a raiva	“Pensar, esperar e jejuar” (<i>sic</i>).		
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e ajustada. Humor apreensivo, fácies ansioso/tranquilo e postura tensa, mas disponível.		



Participante 7

Balanço Semanal final		Data: 27-01-2023
Participante 7 – Sigla: M.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com uma estátua pensativa, referindo “nesta semana tive tempo para pensar e para ler...” (<i>sic</i>).	
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta com um furacão assente numa mão, verbalizando “hoje sinto-me aborrecida...” (<i>sic</i>). Não consegue identificar o motivo ou estratégias para se sentir diferente.	
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com uma casa de bonecas, referindo “quero continuar a atingir os meus objetivos para conseguir ir a casa na próxima semana” (<i>sic</i>).	
Estratégias para lidar com a raiva	“Respirar fundo, meditar, ouvir música, andar a pé, anti-stress, etc...” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e ajustada. Humor apreensivo, fácies triste/ansioso e postura tensa, mas disponível.	

Participante 8

<i>Balanço Semanal final</i>	<i>Data: 27-01-2023</i>
Participante 8 – Sigla: SU.	
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com máscaras com diferentes faces, referindo “simboliza as emoções que trabalhamos ao longo da semana” (<i>sic</i>).
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta várias gotas, verbalizado “é como me sinto hoje, um pouco triste e em baixo...” (<i>sic</i>).
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com uma pomba branca, referindo “é assim que me quero sentir na próxima semana, em paz” (<i>sic</i>).
Estratégias para lidar com a raiva	“Sair do sítio; ouvir música; Ler; Pintar; Respirar e focar noutra momento” (<i>sic</i>).
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e com interesse. Humor apreensivo, fâcies triste/ansioso e postura tensa, mas disponível.




Participante 9

Balanço Semanal final		Data: 27-01-2023
Participante 9 – Sigla: I.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com uma máquina/fábrica em funcionamento, referindo “consegui pensar sobre coisas que ainda não tinha pensado e sobre as minhas emoções” (<i>sic</i>).	
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta azul com um boneco a chorar e a ler, verbalizado “hoje sinto-me triste...” (<i>sic</i>).	
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com um boneco com chaves na mão a abrir a mente, referindo “quero continuar a melhorar, a pensar sobre as coisas...” (<i>sic</i>).	
Estratégias para lidar com a raiva	“Respirar fundo; saber porque estou assim” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e com interesse. Humor apreensivo, fácies ansioso/triste e postura tensa, mas disponível.	

Participante 10

<i>Balanço Semanal final</i>		<i>Data: 27-01-2023</i>
<i>Participante 10 – Sigla: ER.</i>		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana	---	
Imagem como se sente atualmente	---	
Imagem como perspectiva a próxima semana	---	
Estratégias para lidar com a raiva	---	
Outras considerações	Não participou por se encontrar em observação médica.	

Participante 11

<i>Balanço Semanal final</i>	<i>Data: 27-01-2023</i>
Participante 11 – Sigla: MA.	
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com uma parede, com uma porta de vidro, referindo “durante a semana senti-me sozinha... tenho saudades da minha família...” (sic).
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta com um leão, referindo “hoje sinto-me poderosa, forte como o leão” (sic).
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta com uma pessoa num cavalo branco, a passar de um ambiente árido para um ambiente verdejante, através de um arco-íris, referindo “eu quero ser feliz” (sic).
Estratégias para lidar com a raiva	“o que eu posso fazer é respirar fundo, dar uma volta, fechar os olhos e falar com alguém” (sic).
Outras considerações	Participou na atividade com interesse. Humor apreensivo, fácies ansioso e postura disponível. Não quis partilhar as cartas escolhidas com o grupo, explicando o motivo da escolha das mesmas posteriormente, numa relação dual com a enfermeira. Refere “tenho vergonha de partilhar em grupo... não gosto” (sic).

Participante 12

<i>Balanço Semanal final</i>		<i>Data: 27-01-2023</i>
<i>Participante 12 – Sigla: C.</i>		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana	---	
Imagem como se sente atualmente	---	
Imagem como perspectiva a próxima semana	---	
Estratégias para lidar com a raiva	---	
Outras considerações	Recusou participar na atividade desenvolvida. Progressivamente mais tenso.	

Participante 13

<i>Balanço Semanal final</i>		<i>Data: 27-01-2023</i>
Participante 13 – Sigla: D.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana 	Escolhe uma carta com diversas saídas referindo “escolhi esta porque trabalhamos muitas emoções, com muitas saídas” (<i>sic</i>).	
Imagem como se sente atualmente 	Escolhe uma carta escura, com uma casa/prédios e com chuva, referindo “hoje sinto-me assim... triste...” (<i>sic</i>). Refere reconhecer o motivo, no entanto não quer partilhar com o grupo.	
Imagem como perspectiva a próxima semana 	Escolhe uma carta repleta de livros, referindo “quero ler mais livros, pois fico mais calma quando leio” (<i>sic</i>).	
Estratégias para lidar com a raiva	“Ler; ouvir música; desenhar/pintar; ver uma série/filme” (<i>sic</i>).	
Outras considerações	Participou na atividade de forma espontânea e com interesse. Humor apreensivo, fâcias ansioso/triste e postura disponível. Pedi à equipa para preencher na cartolina aquilo não teve oportunidade de escrever na semana anterior. Escreve “Para mim a	

	<p>agressividade é fazer ou dizer coisas de forma agressiva para magoar os outros sem se porem no lugar delas” (sic) e “Sinto-me com raiva quando fazem barulhos irritantes; não encontro o livro que quero; olho para o meu corpo; tenho de comer; me comparo com outras pessoas” (sic).</p>
--	---

Participante 14

Balanço Semanal final		Data: 27-01-2023
Participante 14 – Sigla: AL.		
Imagem como se sentiu no decorrer da semana	---	
Imagem como se sente atualmente	---	
Imagem como perspectiva a próxima semana	---	
Estratégias para lidar com a raiva	---	
Outras considerações	<p>Recusou participar na atividade, porém ouviu de forma atenta o que os pares transmitiram. Proposta outra dinâmica (ex: escolher apenas uma carta de como se sente ou verbalizar apenas), sem sucesso. Tendo em consideração o que foi abordado ao longo da “Semana da Agressividade”, não consegue identificar estratégias para lidar com a raiva. Humor apreensivo, fâcies ansioso e postura tensa e pouco disponível.</p>	




Imagens da sessão desenvolvida:



Apêndice X – Cartolinas da “Semana da Agressividade”

Participante 1 – Sigla: A.



“Semana da Agressividade”



Para mim a agressividade é...


Sinto-me com raiva quando...

Senti raiva por me relacionar deste momento



Canção

Divertido Libertador



O meu tipo de comportamento é...


Como posso mudar o meu comportamento?

Em uma situação específica


Estratégias para lidar com a raiva

- ouvir música
- usar um anti-choque
- respirar fundo

Se uma situação específica



Gostei do filme.



Participante 2 – Sigla: S.

“Semana da Agressividade”



Estatégias para lidar com a raiva

- falar com alguém
- respirar
- sair a marchinha
- correr
- bater uma sacolinha

Para mim a agressividade é...

- cuidar com alguém
- Bullying

Sinto-me com raiva quando...

- a minha mãe
- falta de amor

Fixe

Intermediária

Calma

Calma





O meu tipo de comportamento é **Assentivo e passivo**
Como gostava que fosse...
Assentivo

Como posso mudar o meu comportamento?


- posso dizer "não" quando eu quiser.
- posso dar a minha opinião.

Participante 6 – Sigla: SA.

“Semana da Agressividade”



Tudo os sentimentos são importantes!





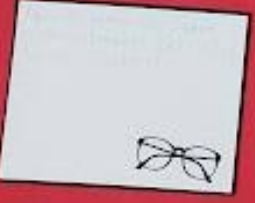
Sinto-me com raiva quando...

Para mim a agressividade é...

Como posso mudar o meu comportamento?

Como gostava que fosse...

Estatégias para lidar com a raiva



Participante 7 – Sigla: M.

“Semana da Agressividade”



Para mim a agressividade é...
uma sensação ruim que
se sente alguma coisa

Sinto-me com raiva quando...
não me compreendem,
ou me ouvem, não me
respeitam ou algum de
meu lado não sabe ouvir

Talvez tenha expressado os meus
sentimentos e consequências
relacionadas com o meu caso




gostava de ter desfrutado
mais

É uma atividade divertida
e muito útil



O meu tipo de comportamento é
_____ iracundo

Como gostava que fosse
_____ tranquilo

Como posso mudar o meu comportamento?
deixar mais a minha opinião e
outras coisas

É uma atividade divertida
e muito útil




É uma atividade muito útil
para quem me ajuda muito



Estratégias para lidar com a raiva:
Respirar fundo, meditar,
ouvir música, andar a pé,
outdoors, etc...



Participante 8 – Sigla: SU.

“Semana da Agressividade” 

Para mim a agressividade é...

Sinta-me com raiva quando...




Quanto tempo é...
Linha 1
Linha 2

O meu tipo de comportamento é...
Linha 1
Linha 2
Como gostava que fosse...
Linha 1
Linha 2
Como posso melhorar o meu comportamento?
Linha 1
Linha 2
Linha 3

Relembra que...
Linha 1
Linha 2

Estratégias para lidar com a raiva

- Sair da rotina
- Ouvir música
- Ler, pintar
- Respirar e fazer outras coisas



Participante 9 – Sigla: I.

“Semana da Agressividade”

Para mim a agressividade é...
a violência contra nós próprios, ou a outros.



O meu tipo de comportamento é
passivo e agressivo

Como gostava que fosse
passivo


Como posso mudar o meu comportamento?
deixar de ser muito passivo
deixar de ser muito agressivo

Estratégias para lidar com a raiva
deixar falar
deixar coisas acontecerem


Sinto-me com raiva quando...
alguém não corre como planeada.




Para tentar de perceber o porquê da agressividade, quero analisar os fatores:




Esta atividade ajudou-me a perceber o porquê da agressividade:






Para mim, a agressividade pode ser controlada se eu souber reconhecer os meus sentimentos.



Para mim, a agressividade pode ser controlada se eu souber reconhecer os meus sentimentos.

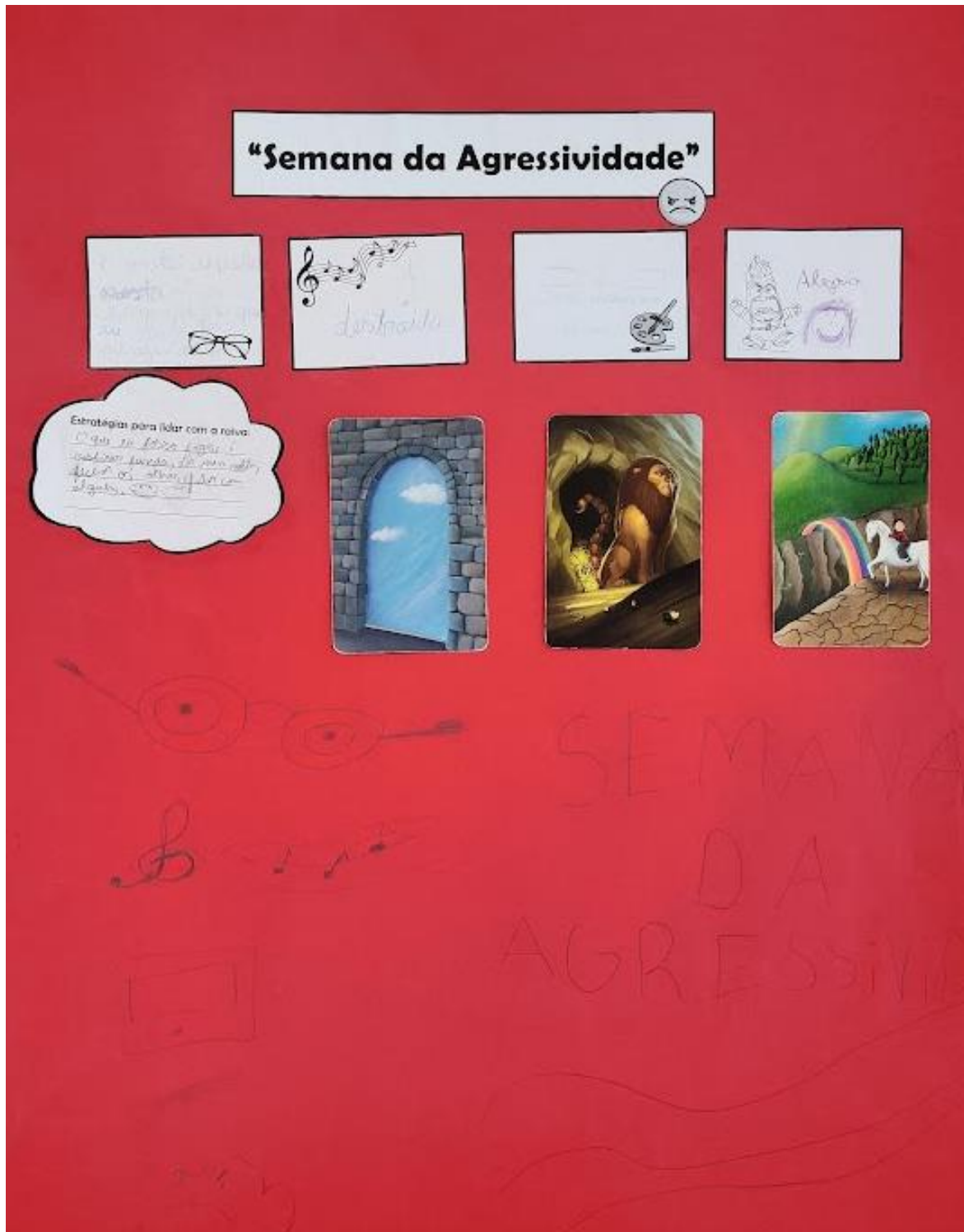




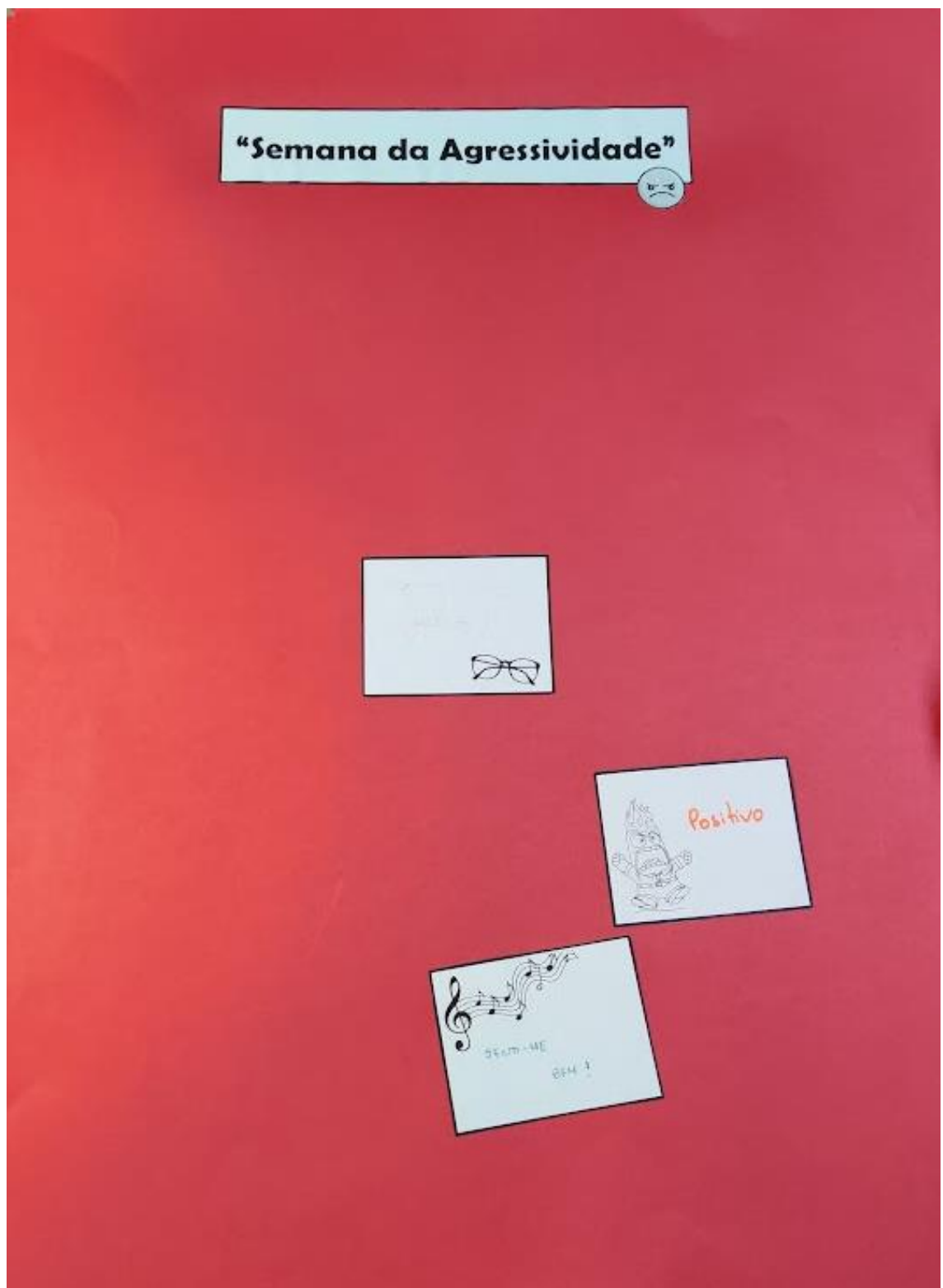
Participante 10 – Sigla: ER.



Participante 11 – Sigla: MA.




Participante 12 – Sigla: C.



Participante 13 – Sigla: D.

“Semana da Agressividade”

Libertador



O meu tipo de comportamento é
Comportamento passivo

Como gostava que fosse
assertiva


Necessitada



Como posso mudar o meu comportamento?

- Expressar a minha opinião
- Ter mais autoestima
- Partilhar os meus sentimentos

Pensativa



Sinto-me com raiva quando...


- * Fazem brincadeiras irritantes.
- * Não encontro a luta que quero
- * Olho para o meu corpo
- * Terbo de comer
- * Me comparo com outras pessoas

Estratégias para lidar com a raiva

- * Ler
- * Ouvir música
- * Desenhar/pintar
- * Ver uma série/filme

Para mim a agressividade é...

Fazer-me dizer as coisas de uma forma agressiva para magoar os outros sem se pôrem no lugar deles.



Participante 14 – Sigla: AL.

Recusou participar na elaboração da cartolina.



Apêndice XI – Estudo de Caso realizado em Contexto Hospitalar

~

INDICE

INTRODUÇÃO	310
I. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE E INFORMAÇÕES GERAIS	313
A) Motivo do internamento e da procura de cuidados.....	313
II. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	314
A) História pessoal sumária	314
B) Antecedentes pessoais de saúde.....	314
C) Antecedentes familiares e caracterização familiar.....	315
D) História de saúde atual.....	316
III. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA	321
IV. APRECIACÃO DE ENFERMAGEM ATUAL.....	329
A) Análise da prática segundo uma Teoria de Enfermagem.....	329
B) Apreciação da variável fisiológica.....	330
C) Apreciação da variável psíquica	331
D) Apreciação da variável Sócio cultural.....	332
E) Apreciação da variável desenvolvimento	333
V. TRATAMENTOS.....	334
A) Terapêutica farmacológica e não farmacológica	334
VI. PLANO DE CUIDADOS	336
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	344
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	346

ANEXOS

Anexo I – Plano Terapêutico da L.

Anexo II – Identificação de fatores de risco clínico da L.

APÊNDICES

Apêndice I – Genograma

Apêndice II – Ecomapa

Apêndice III – Cartolina da “Semana da Agressividade” da L.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, propus-me realizar um estudo de caso sobre um dos clientes com o qual tive a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria (UIP), em que o seu caso despoletou em mim uma necessidade de análise e compreensão.

Um estudo de caso pode ser definido com um estudo profundo de um indivíduo, família, grupo, organização, comunidade ou mesmo de uma nação, sendo que possui um importante contributo para a compreensão global de um determinado fenómeno de interesse (Coutinho & Chaves, 2002). Trata-se de uma abordagem metodológica de investigação bastante importante e útil para quando procuramos descrever, explorar e compreender acontecimentos e contextos (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Este método ajuda o estudante a organizar o seu pensamento e a questionar-se, contribuindo para a tomada de decisão.

Ao longo do presente contexto de estágio, tenho tido a possibilidade de observar como comunicam e como se relacionam os adolescentes internados na UIP. Tive a oportunidade de implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas em contexto de grupo, desenvolvendo a intitulada “Semana da Agressividade” e tive ainda a possibilidade de intervir individualmente com a adolescente sobre a qual decidi desenvolver este estudo de caso, realizando também intervenções terapêuticas individuais com outros adolescentes internados. Todas as experiências que tenho tido ao longo dos dois últimos meses têm contribuído para me desenvolver enquanto pessoa, estudante, enfermeira e enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O presente estudo de caso aborda a situação de uma adolescente internada na UIP com a qual tive a oportunidade de desenvolver uma intervenção de grupo e individual ao longo do estágio. Despertou o meu interesse, uma vez que tem apresentado dificuldade em gerir a sua raiva por se manter internada. A raiva demonstrada é também prévia ao internamento, apresentando episódios de agressividade latente e expressa no domicílio. Neste sentido, tive a oportunidade de trabalhar com a adolescente formas de prevenir e gerir o seu comportamento agressivo, abordando assim a temática que estou a trabalhar no projeto desenvolvido, a prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas

de saúde mental. O primeiro contacto com a adolescente foi no início de janeiro de 2023, procurando criar uma relação de confiança através das atividades lúdicas desenvolvidas na unidade. O último contacto que tive com a mesma foi no dia 10 de fevereiro de 2023, no término do meu estágio na UIP.

Este estudo de caso oferece-me ferramentas para refletir sobre o caso em estudo, analisar esta situação concreta, permitirá que aprofunde conhecimentos, retire conclusões e irá ajudar-me a planear ações futuras sobre a temática desenvolvida. Assim sendo, tem como finalidade pensar, refletir e analisar o caso específico desta adolescente e como se desenrolou a intervenção terapêutica com a mesma ao longo do estágio, procurando também compreender qual o papel do EEESMP nesta área específica. Neste sentido, foi fundamental recorrer a diversas fontes, tais como: o processo clínico da adolescente em estudo; registos de enfermagem e da equipa multidisciplinar; observação, interação e intervenção com a adolescente; contacto com os enfermeiros de referência da adolescente e com a equipa de enfermagem; livros e artigos sobre a temática desenvolvida; e na melhor evidência disponível.

Dispõe da seguinte organização: Identificação da cliente e informações gerais (motivo do internamento e procura dos cuidados); História de enfermagem (história pessoal sumária, antecedentes pessoais de saúde, antecedentes familiares e caracterização familiar, história de saúde atual); caracterização e fundamentação da situação clínica; apreciação de enfermagem atual (análise da prática segundo uma teoria de enfermagem, apreciação da variável fisiológica, psíquica, sócio cultural e de desenvolvimento); tratamentos (terapêutica farmacológica e não farmacológica); plano de cuidados; considerações finais; referências bibliográficas e apêndices.

I. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE E INFORMAÇÕES GERAIS

A) Motivo do internamento e da procura de cuidados

A L. foi encaminhada ao Serviço de Urgência (SU) no dia 21 de dezembro de 2022 por perda mantida de peso, com falência do plano de ambulatório. Não cumpriu o plano alimentar estabelecido e mantinha a realização de exercício físico compensatório de forma diária. Nesse dia foi internada na UIP por perturbação do comportamento alimentar (Anorexia Nervosa) e história de comportamentos autolesivos (CAL).

II. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

A) História pessoal sumária

A L. é do sexo e género feminino e tem 16 anos de idade. Encontra-se no 10º ano de escolaridade, na área de Ciências e Tecnologias e apresenta um bom rendimento escolar (considera-se uma má aluna, referindo que notas abaixo de 17 valores são péssimas). Os pais estão separados há 7 anos, pelo que reside alternadamente com os mesmos, em regime de guarda partilhada.

Reportando-me à infância da L., a mesma foi cuidada pela mãe e pelos avós paternos até aos 3 anos de idade, ingressando posteriormente no ensino pré-escolar. São descritas dificuldades na integração das regras estabelecidas. Enquanto criança é descrita como boa aluna, sendo muito focada nos resultados escolares (nunca reprovou). Manteve dificuldades relevantes na aceitação de algumas regras e flexibilização de ideias. Apresenta preocupações com o corpo, nomeadamente com o abdómen, desde a segunda infância.

Como atividades extracurriculares, joga voleibol e é federada há 7 anos. Tem 3 treinos por semana, com duração de 3 horas cada. Refere que por vezes também treina cerca de 1 hora nos restantes dias. Tem jogos todos os sábados. Consegue nomear outras atividades prazerosas como desenhar e fazer bijutaria.

B) Antecedentes pessoais de saúde

Teve o primeiro internamento com duração de 12 dias numa Unidade de Adolescentes por perda de peso mantida, sendo posteriormente transferida para UIP. O internamento na UIP teve a duração de 71 dias, de outubro a dezembro de 2021. Diagnóstico médico de Anorexia Nervosa Restritiva associada a bradicardia e perda ponderal acentuada (peso mínimo: 44,5 kg). Teve alta com um peso de 49,6 kg. Este quadro iniciou-se no verão de 2021, altura em que começou a reduzir a ingesta alimentar e a intensificar o exercício físico diário, apresentando uma perda de peso progressiva (perda ponderal de aproximadamente 0,5kg/semana). Previamente saudável. Desde a alta com evolução lenta, apresentando uma inflexibilidade no cumprimento do plano terapêutico e uma marcada distorção da imagem corporal com enfoque na região abdominal.

A L. é acompanhada semanalmente por uma psicóloga em ambulatório desde o primeiro internamento. De acordo com o que está registado em diário clínico, estabeleceu uma boa adesão ao acompanhamento e, neste registo dual, nunca houve manifestação de desafio ou zanga por parte da L. Depois das férias de Verão de 2022, num período concomitante ao início das aulas, começou a fazer algumas transgressões ao plano alimentar e a tornar-se mais restritiva. Como preocupações apresentadas pela psicóloga surge uma componente depressiva por parte da cliente (desvalorização pessoal, comparar-se com outros, comparar-se com ela própria) e verbalização de que sentiria algum prazer na submissão aos cuidados de saúde (exemplo: retirar sangue).

Descrita história de CAL no abdómen e nos membros inferiores, arranhando-se com as unhas e apresentando algumas cicatrizes visíveis no momento da entrada.

Regime medicamentoso: Sertralina 25 mg ao pequeno-almoço, Haloperidol 0,5 mg ao almoço e jantar, Acetilcisteína 600 mg ao almoço, Ácido valpróico 300 mg ao pequeno-almoço e jantar. Ebastina e Furoato de fluticasona em SOS. Plano nacional de vacinação atualizado.

Apresenta alergia a ácaros, sendo acompanhada em imunoalergologia (espirros e prurido nasal). Desconhecem-se outras alergias. Apresenta também seguimento em Consulta de Nutrição, em Consulta de Pediatria, Consulta de Pedopsiquiatria e Psicomotricidade.

Sem outros antecedentes pessoais relevantes.

C) Antecedentes familiares e caracterização familiar

Considerando o Modelo de Avaliação de Calgary e reportando-me à estrutura interna da família da L., esta é constituída por quatro elementos: A L. de 16 anos, do sexo e género feminino; A irmã da L. de 20 anos, do sexo e género feminino; A mãe da L. de 42 anos, do sexo e género feminino; e o pai da L. de 43 anos, do sexo e género masculino. Os pais da L. encontram-se separados há 7 anos, sendo que a L. reside de forma alternada com o pai e com a mãe e irmã de 20 anos (guarda partilhada). A mãe da L. tem atualmente um companheiro e na casa do pai, a L. reside com este, com os avós paternos e com a companheira do pai. Assim sendo, na

estrutura interna atual da família da L., estão incluídos mais quatro elementos, o padrasto, a madrasta e os avós paternos.

É uma família do tipo reconstituída, combinada ou recombinação, em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges, assim sendo “a nova família necessita de criar a sua própria identidade, com reajuste dos papéis familiares individuais e construção de novas relações entre os envolvidos na família, fazendo parte do agregado ou não” (Caniço, Bairrada, Rodríguez & Carvalho, 2010, p. 21-22).

São identificados três subsistemas, o parental, o fraternal e o conjugal. Tendo em conta a estrutura externa, como família extensa surge a avó materna e os avós paternos. Como suprassistemas é possível identificar a escola da L., a equipa de vôlei da L. e as suas amigas.

Tendo em consideração o ciclo de vida familiar, segundo Wright e Leahey (2011), esta família encontra-se no Estágio IV (família com filhos adolescentes).

Reportando-me às doenças médicas e psiquiátricas existentes na família, a mãe da L. apresenta o diagnóstico de colite ulcerosa com colangite esclerosante associada (controlada), a avó materna teve um internamento numa unidade psiquiátrica por doença depressiva, atualmente sem seguimento. O avô paterno da L. teve seguimento em psiquiatria, por queixas de irritabilidade, atualmente medicado. Sem outros antecedentes familiares de relevo.

Os elementos desta família, a sua família alargada, bem como as ligações estabelecidas entre os mesmos estão representados no Genograma (apêndice I).

D) História de saúde atual

A mãe da L. descreve um agravamento do quadro de restrição alimentar desde maio de 2022, intensificando-se em setembro de 2022, com perda ponderal acentuada. A adolescente recusava-se a cumprir o plano terapêutico instituído, aumentando a frequência e intensidade de exercício físico. Quadro caracterizado também por irritabilidade acentuada e agressividade latente/expresa.

A L. encontra-se internada na UIP desde o dia 21 de dezembro de 2022. No SU, realizou avaliação analítica, apresentado trombocitopenia, sem outras alterações relevantes. Resultando numa enorme zanga para a L., que considera que não deveria ser internada, uma vez que os valores estariam dentro dos parâmetros esperados. Sem crítica ou *insight* para a situação de saúde ou para a necessidade de internamento. Após ser informada da decisão de internamento, inicia crise de ansiedade marcada, com choro fácil, postura tensa e de oposição, não colaborante aos cuidados, ficando progressivamente mais agitada, recusando ser internada. Apresentava angústia marcada por não conseguir reduzir o peso, considerando que o seu peso ideal seriam 40 Kg. Necessidade terapêutica em SOS e de contenção ambiental, com efeito. Verbalizava rumações depressivas e pensamentos autodepreciativos (“sou uma inútil” *sic*). Distorção marcada da imagem corporal. Negou comportamentos purgativos. Apresentava alterações analíticas (trombocitopenia).

No dia 22 de dezembro de 2022 apresentava um peso de 45,9 kg, altura de 165 cm e um índice de massa corporal (IMC) de 16,8. Deixou de menstruar com 52,5 kg (agosto de 2022) e o seu peso máximo antes do primeiro internamento foi de 57 kg.

Segundo a L., estaria a fazer o seguinte plano alimentar: Pequeno-almoço - 1/2 pão com 1/2 do queijo + 180ml de leite; Lanche da manhã - não faz desde setembro de 2022; Almoço - 60gr de carne + 5 colheres de arroz e 1 fruta; Lanche da tarde - igual ao pequeno-almoço - 1/2 pão com 1/2 do queijo + 180 ml de leite e 1 maçã; Jantar - igual ao almoço - 60gr de carne + 5 colheres de arroz e 1 fruta; Não realiza ceia.

O plano inicial seria manter o plano alimentar realizado no domicílio, iniciou soros de hidratação oral três vezes por dia e plano hídrico com três copos de água. Caso recusasse as refeições teria de realizar suplementos em compensação, se recusa dos mesmos teria de se colocar sonda nasogástrica. Quando foi entregue à L. o seu plano alimentar, apresentou-se descontente e irritável.

Inicialmente recusa colaborar com a equipa multidisciplinar, apresentando nos primeiros dias de internamento uma agitação psicomotora marcada e heteroagressividade dirigida aos profissionais. Atitude não disponível, humor irritável e postura irónica. No dia 23 de dezembro de 2022, necessitou de realizar terapêutica

em SOS via intramuscular por quadro de heteroagressividade, com discurso hiperfônico e coprolático dirigido aos profissionais e CAL a nível do abdômen. Não sendo possível implementar outras estratégias de intervenção na escalada da agressividade.

Ao longo do internamento, foi mantendo períodos de irritabilidade fácil e de questionamento constante das regras da unidade e perante o seu plano terapêutico, tendo necessidade pontual de realizar terapêutica em SOS, via oral por ausência de crítica para a situação de doença e pela dificuldade em mobilizar estratégias para gerir a sua zanga.

A L. dispõe de um plano terapêutico individual que se encontra no anexo I. Este constitui-se num plano por etapas (abordagem cognitivo comportamental), sendo que só evolui no plano se cumprir cada etapa. A família assinou o termo de responsabilidade. As etapas a alcançar são as seguintes: Para repouso às pequenas refeições e tem repouso de 30 minutos às grandes refeições (almoço e jantar) quando atingir os 46,5 kg; Participa em todas as atividades, para repouso, para reposição quando atingir os 47 kg; Psicomotricidade no exterior, saída ao exterior com os técnicos quando atingir os 47,5 kg; Pode participar na atividade culinária quando atingir os 48 kg; Visitas alargadas na unidade quando atingir os 48,5 kg; Visitas no exterior quando atingir os 49 kg; Licença de ensaio quando atingir os 49,5 kg; Alta – sem peso de alta, uma vez que não depende apenas do peso obtido (49,5 kg no último internamento).

Até à meta “Participação na atividade física e saída ao exterior” as principais refeições têm duração máxima de 60 minutos e 15 minutos as pequenas refeições. Posteriormente, as principais refeições têm uma duração de 45 minutos e 15 minutos às pequenas refeições. Os repousos mantêm-se até à etapa “Saída ao exterior dentro do hospital”. O número e a duração dos repousos são adaptados ao plano terapêutico individual.

O plano engloba também intervenções que trabalham as alterações da imagem corporal, a autoestima, a tristeza e a zanga demonstrada, envolvendo a equipa multidisciplinar.

Quando teve conhecimento que o peso de alta terá de ser superior a 49,5 kg ficou irritável, com discurso hiperfônico, referindo que estar internada é uma injustiça e que não está doente.

Inicialmente a L. tinha de realizar repouso de 60 minutos às grandes refeições e 30 minutos às pequenas. Apresentava uma grande dificuldade em aceitar e em cumprir o seu plano terapêutico. Tinha dificuldade em cumprir os repousos, mas aceitava ficar sentada. Recusava também o plano hídrico, porém atualmente aceita se o mesmo for assegurado pela equipa de enfermagem. No dia 5 de janeiro de 2023, atingiu a primeira etapa do seu plano terapêutico ao apresentar um peso de 46,5 kg. Nesta etapa parou repousos às pequenas refeições e passou a realizar um repouso de 30 minutos ao almoço e ao jantar. Regredindo na pesagem seguinte. No dia 19 de janeiro atingiu novamente a primeira etapa, regredindo nas pesagens seguintes. No dia 2 de fevereiro recuperou a primeira etapa e no dia 9 de fevereiro atingiu a segunda etapa, ou seja, parou repousos e a reposição e já tem a possibilidade de participar em todas as atividades psicoterapêuticas desenvolvidas na UIP, exceto a da culinária. O seu peso atual, medido no dia 9 de fevereiro, é de 47 kg. As pesagens são realizadas todas as segundas-feiras e quintas-feiras, sendo o plano revisto nesses dias.

Apesar da enorme zanga apresentada, irritabilidade, agitação marcada e contrariedade perante o plano apresentado, acaba por aderir ao que é proposto. Descreve-se como chata, irritável, sem paciência, teimosa, inchada e parva, demonstrando uma baixa autoestima e um autoconceito negativo.

Apresenta a região abdominal com lesões cutâneas, escoriações e equimoses em fase de cicatrização, sem sinais inflamatórios. Atualmente sem lesões, conseguindo pedir ajuda quando mais aflita.

Nas visitas apresentava uma agressividade latente perante a mãe. Atualmente menos irritável, adotando uma postura descontraída nas visitas, apresentando interações positivas com os pais.

É importante também salientar que na UIP é aplicada uma escala de identificação de fatores de risco clínico, que engloba o risco suicidário, o risco de autoagressividade, o risco de heteroagressividade, o risco de fuga, o risco de reações adversas à medicação e os riscos associados a patologia orgânica, este último a preencher pela equipa médica. A escala é preenchida no momento da entrada do cliente e é

reavaliada a cada 7 dias ou caso se justifique. Considerando o risco suicidário, no momento da entrada na UIP, a L. apresentava um risco alto, sendo que atualmente apresenta um risco médio, uma vez que mantém sentimentos de desespero, falta de esperança e baixa autoestima marcada. Tendo em conta o risco de autoagressividade, mantém um risco médio, uma vez que apresenta história de comportamentos de autoagressão mantidos e recorrentes. Reportando-me ao risco de heteroagressividade, a L. apresentava inicialmente um risco muito alto, pois apresentou agressividade e/ou ameaças verbais (sarcasmo, ridicularização, referências menos abonatórias às diferenças, comentários de menosprezo, desconfiança, desafio), entre outros. Atualmente o seu risco de heteroagressividade é baixo. Considerando o risco de fuga, mantém-se no risco médio desde a entrada, uma vez que ainda apresenta pouca consistência na adesão ao projeto terapêutico. Tendo em conta o risco de reações adversas à medicação, a L. apresentava inicialmente um risco médio, pois tinha uma baixa adesão ao regime terapêutico. Atualmente o risco apresentado é baixo. A escala de identificação de fatores de risco clínico da L. encontra-se no anexo II.

III. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

Primeiramente importa entender em que consiste a adolescência, uma vez que é o período de desenvolvimento no qual a L. se insere. A adolescência é um período de transição que ocorre entre a criança e o adulto, e pode ser caracterizada por diversas mudanças e desafios, a nível psicológico, biológico e social (Monteiro & Confraria, 2014). Cartaxo, Pedroso & Cerejeira (2014), referem também que a adolescência é considerada uma fase com características biológicas, psicológicas e sociais, marcadas por rápidas mudanças. Em termos biológicos, as mudanças corporais que ocorrem exigem uma aceitação de uma nova imagem corporal. Nesta fase, os adolescentes procuram equilibrar o seu desejo e capacidade de autodeterminação, com os limites que lhe são impostos pelos pais e pela sociedade em geral. Considerando as características psicológicas, observa-se um desenvolvimento progressivo do raciocínio abstrato, das competências verbais e das funções executivas. De acordo com os mesmos autores, a nível social, os adolescentes vão procurando desenvolver a sua autonomia e a relação com os pares.

Segundo Monteiro & Confraria (2014), a adolescência é um período da vida bastante criativo, onde surgem diversas descobertas, no entanto, também pode ser encarada como uma fase problemática, de isolamento, turbulenta e de rebeldia. Por vezes, torna-se difícil distinguir o que separa o normal do patológico na adolescência, uma vez que, de acordo com os mesmos autores, “o desenvolvimento típico do adolescente caracteriza-se por um período de vários anos em que se verificam momentos de descontinuidade e de rutura, de instabilidade emocional, de crise de identidade e de conflito entre gerações” (p. 352).

É sabido que as perturbações psiquiátricas, nesta fase de desenvolvimento, têm um enorme impacto na vida dos adolescentes. Neste sentido, torna-se crucial uma intervenção precoce no que concerne à prevenção dos problemas de saúde mental e de uma atuação multidisciplinar em contexto de crise, com intervenções de enfermagem que os ajudem a expressar as suas emoções e sentimentos e que promovam o seu autoconhecimento (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

De modo a entender melhor o caso em estudo, é fundamental entender qual o problema de saúde mental que motivou o internamento da L.. Neste sentido, é

importante compreender em que consiste uma perturbação do comportamento alimentar. De acordo com Ribeiro, Carvalho, Sampaio & Sequeira (2020), surge como diagnóstico de enfermagem: Comportamento alimentar comprometido. Estes autores referem que, nos casos de anorexia, o quadro é caracterizado por ingestão alimentar insuficiente, magreza excessiva, restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, receio excessivo em ganhar peso, dietas rígidas e excessivas, preocupação exagerada com o peso, alteração da imagem corporal (pensa que está gordo, mesmo estando excessivamente magro). Acrescentam ainda que

Na base de um comportamento alimentar comprometido (por anorexia nervosa) podem estar comportamentos dificultadores do desenvolvimento ou melhoria do comportamento alimentar, pelo que importa avaliar comportamentos alimentares, monitorizar refeições, vigiar refeições, avaliar a motivação para alterar o comportamento e monitorizar o peso corporal/IMC. (p. 135).

Segundo Saraiva, Guerra & Mansilha (2014), as perturbações do comportamento alimentar são doenças biopsicossociais, desenvolvendo-se ao longo da vida. Neste sentido, podem ter etiologias de natureza individual (exemplo: genética, vinculação, personalidade, acontecimentos de vida, adolescência), familiar (exemplo: processo de separação, dinâmica familiar) e sociocultural (exemplo: ideal de magreza, pressão do grupo de pares, pressão dos média). A etiologia é assim complexa e multifatorial. São consideradas doenças mentais graves, com uma elevada morbidade e mortalidade.

Os adolescentes que sofrem com anorexia nervosa “apresentam uma alteração da perceção da sua imagem corporal, negando a perda de peso e mostrando uma ausência de inquietação acerca do seu estado de saúde, negando a sua gravidade” (Saraiva, Guerra & Mansilha, 2014, p. 247). Estes autores acrescentam que a perda de peso proporciona aos adolescentes sentimentos de conquista, satisfação, controlo e de domínio. Têm um desejo enorme de emagrecer e um medo exagerado de engordar, verificando constantemente as calorias dos alimentos e do seu peso e existindo um interesse exagerado no que diz respeito à alimentação. Surge ainda um aumento da atividade física, um sobreinvestimento na motricidade e por vezes quadros de amenorreia. As relações familiares e sociais também são afetadas, uma vez que estes adolescentes apresentam um comportamento paradoxal, “a atitude de desafio exprime bem a situação de limitação a que a paciente submete o ambiente familiar. No decurso de todo este quadro, também surgem, habitualmente, mentiras e

manipulações das pessoas em redor” (Saraiva, Guerra & Mansilha, 2014, p. 248). Os autores referem ainda que a nível do rendimento escolar, este é considerado excelente, pela rigidez de pensamento e perfeccionismo que apresentam.

As principais intervenções de enfermagem perante este diagnóstico, são as seguintes: executar escuta ativa; executar técnica de modificação de comportamentos; executar reestruturação cognitiva; informar sobre recursos de apoio; executar intervenção psicoeducativa; treinar técnicas de autocontrolo; orientar sobre estratégias para melhorar o comportamento alimentar (exemplo: negociar a quantidade e qualidade dos alimentos a ingerir, considerando os gostos e as necessidades nutricionais do cliente; delinear objetivos comportamentais; orientar para a identificação de progressos na adesão ao regime alimentar; entre outros); e orientar familiar/cuidador acerca de estratégias de promoção de um comportamento alimentar adequado. Como intervenções secundárias/opcionais, surge a promoção de técnicas de relaxamento (Ribeiro, Carvalho, Sampaio & Sequeira, 2020).

O tratamento é primeiramente pensado em regime de ambulatório, porém quando surgem complicações orgânicas graves é necessário um tratamento em regime de internamento, com o auxílio de uma vasta equipa multidisciplinar (Enfermagem, Pedopsiquiatria, Pediatria, Psicologia, Psicomotricidade, Nutricionista), procurando-se envolver a família em todo o processo (Saraiva, Guerra & Mansilha, 2014). De acordo com os mesmos autores, cada cliente deverá ter um plano de tratamento individual, sendo celebrado um contrato terapêutico com o mesmo, a sua família e com a equipa. O envolvimento da família no processo terapêutico é fundamental. Referem também que nesta fase está presente alguma hostilidade por parte do cliente, existindo uma negação da doença e recusa em aceitar o tratamento proposto, pelo que é necessário trabalhar com ele as emoções.

Tal como foi transmitido anteriormente, a L. apresenta uma grande zanga por se encontrar internada, chegando mesmo a ter um comportamento agressivo dirigido à equipa e a si própria. Neste sentido, importa entender no que consiste a agressividade e como a mesma se expressa.

De acordo com Townsend (2002), a agressividade é uma maneira destrutiva de exprimir a raiva, sendo um comportamento que visa ameaçar ou prejudicar a segurança ou a autoestima do alvo. No entanto, é importante termos em conta que a

raiva é uma emoção humana normal e saudável, que pode fornecer à pessoa uma força positiva para conseguir a resolução dos seus problemas e para a tomada de decisões. Essa raiva tem de ser expressa de modo apropriado e de forma assertiva, não de forma agressiva (Townsend, 2011). Segundo a mesma autora, quando a raiva é negada, pode dar origem a problemas físicos e tornar-se em ressentimento e quando virada para dentro de si, a raiva pode dar origem a uma baixa autoestima e a sintomatologia depressiva. A agressividade é a forma como algumas pessoas expressam a sua raiva, sendo que “a agressão é uma função negativa ou o uso destrutivo da raiva” (Townsend, 2011, p. 264).

De acordo com Rosa (2008), não existe uma definição aceite de modo universal para o conceito de violência ou de comportamento agressivo, devido à sua complexidade, polissemia e controvérsia na definição do mesmo, gerando múltiplas teorias.

Townsend (2011), defende que existem fatores predisponentes para a raiva e agressão, tais como: Modelagem (a modelagem pode ser positiva ou negativa consoante o comportamento dos modelos da criança, isto é, a forma como os pais ou as pessoas significativas expressam a sua raiva, torna-se a forma de expressão da raiva da criança); Condicionamento operante (aparece quando um determinado comportamento é reforçado, de forma negativa ou positiva); Perturbações neurofisiológicas (existe uma predisposição para a agressão nas pessoas com tumores cerebrais, traumas no cérebro e em doenças como a epilepsia e encefalite); Fatores bioquímicos (alguns neurotransmissores podem possuir um papel na inibição ou facilitação dos impulsos agressivos); Fatores socioeconómicos e Fatores ambientais (estudos epidemiológicos apontam para uma associação entre o uso de álcool/consumo de substâncias com um comportamento violento).

Neste sentido, para que haja uma prevenção e gestão do comportamento agressivo, torna-se fundamental a gestão da raiva. Esta consiste na utilização de estratégias e de variadas técnicas que ajudem a controlar a resposta a situações que despoletam raiva. Townsend (2011), afirma que “o objectivo da gestão da raiva é reduzir os sentimentos emocionais e a exaltação psicológica que a raiva produz” (p. 265).

Para que seja possível a gestão da raiva, a apreciação em enfermagem torna-se fundamental, isto é, os enfermeiros devem reconhecer os sinais e sintomas que

estão associados à raiva e agressão, sendo que a melhor intervenção será a prevenção (Townsend, 2011). Neste sentido, de acordo com a mesma autora, é crucial reconhecer que a raiva pode ser associada a comportamentos como: “Franzir a cara, punhos cerrados, verbalizações em tom grave forçadas através dos dentes cerrados, gritar, contacto visual intenso ou evita o contacto visual, ofende-se facilmente, comportamentos passivo-agressivos, demasiado controlo emocional com rubor da face, desconforto intenso” (p. 265).

Segundo Bullard (2001) citado por Rosa (2008), o comportamento agressivo pode ser despoletado pelas características das pessoas e dos profissionais de saúde que interagem com o cliente, pelas características intrínsecas à própria pessoa e pelas características do ambiente.

Neste sentido, os enfermeiros devem procurar ajudar os seus clientes a reconhecer as suas emoções e sentimentos, entendendo que a raiva é uma emoção aceitável, quando a expressamos de forma apropriada ao contexto. Sendo que a prevenção é a melhor arma para o controlo do comportamento agressivo. Porém, para que tal aconteça, é necessário reconhecer quais os fatores que podem despoletar esse mesmo comportamento, de modo a conseguir controlá-lo e evitá-lo. Torna-se, assim, fundamental reconhecer os sinais comuns de escalada de agressividade para entendermos quando estamos perante a iminência de um comportamento agressivo.

Considerando a escalada da agressividade, constato que a prevenção/gestão do comportamento agressivo atravessa três fases distintas. De acordo com a Royal College of Nursing (2005), a primeira fase diz respeito a Medidas Preventivas, que têm como principal objetivo evitar o potencial de agressividade. Os enfermeiros podem recorrer a diferentes estratégias, tais como: realização de exercícios de autoconfiança, exploração de medos, autoperceção com o cliente; técnicas de relaxamento programadas; reflexão acerca de situações de zanga e como lidar com a agressividade, promovendo o autoconhecimento da pessoa. Podem também utilizar instrumentos de observação do comportamento do cliente, que passam pela observação de quatro pontos fundamentais, como a postura, o discurso, a atividade motora e conhecimento da história prévia de agressão.

Tal como foi explicado anteriormente, na UIP é utilizado um instrumento de identificação de fatores de risco clínico, onde se avalia o risco de autoagressividade (história de comportamentos de autoagressão mantidos e recorrentes;

comportamentos de autoagressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental; comportamentos de auto agressão com risco de suicídio) e de violência (expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com o observador; postura tensa/ameaçadora; agitação motora excessiva/movimentos agressivos, tais como, pontapés, murros a objetos; agressividade e/ou ameaças verbais; contestação e quebra frequente e mantida das regras do serviço; percepções delirantes de cariz paranoide; ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou pessoas; agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou pessoas). Este instrumento é utilizado à admissão do cliente, de 7 em 7 dias ou quando o enfermeiro responsável considere necessário, tendo em conta a apreciação do cliente. De acordo com os dados obtidos, surge um risco que autoagressividade (muito alto, alto, médio ou baixo) e de heteroagressividade (muito alto, alto, médio ou baixo), que irá conduzir, de acordo com o score obtido, a uma vigilância permanente do cliente.

A segunda fase abrange as Medidas Antecipatórias, que permitem diminuir o potencial de agressão. Uma das estratégias que podemos adotar é a utilização de medidas antecipatórias comunicacionais, tal como a técnica de De-escalation ou talk down. De acordo com Richmond et al. (2012), esta técnica consiste numa estratégia comunicacional em que há uma transferência do estado de calma e tranquilidade para a pessoa agitada, definindo limites claros na esperança de que a mesma responda positivamente a esta interação. O seu objetivo é reduzir o nível de tensão e de excitação do cliente, diminuindo ou evitando a escalada de agressividade, com recurso à comunicação verbal e não-verbal. Permite fornecer suporte ao cliente; estabelecer contacto verbal; dar tempo para que o mesmo pense e responda; promover a escuta ativa e atenta da pessoa evitando interpretações; não provocar, nem criticar; não punir o cliente; não ser agressivo nem usar gestos ameaçadores ou súbitos; assumir uma postura firme, concisa, calma e assertiva, usando um tom de voz calmo e suave com uma linguagem simples; respeitar o espaço pessoal; oferecer opções e otimismo, entre outros (Richmond et al., 2012).

Podemos também recorrer a medidas antecipatórias ambientais (exemplo: usar luz natural, música relaxante, televisão, mobiliário acolhedor e confortável, atividades de grupo), a medidas comportamentais (exemplo: estabelecer limites, contratos comportamentais, afastamento e sistema de recompensa, através do reforço positivo)

e a medidas psicofarmacológicas (exemplo: promover a adesão terapêutica, através de estratégias educativas).

A terceira fase implica Medidas de Contenção, que permitem responder à situação de agressividade. Neste momento, as medidas anteriores não tiveram sucesso, pelo que se torna fundamental gerir um comportamento agressivo já instalado. De acordo com a situação que estamos a vivenciar e adaptando-nos ao cliente com quem estamos a lidar, podemos adotar diferentes estratégias. Pode ser necessário recorrer: à contenção ambiental, usando o quarto de isolamento e alternativas ao mesmo; à contenção química, através da utilização da medicação psicoativa prescrita; à contenção física, com recurso a técnicas de autodefesa e de imobilização; e por fim à contenção mecânica, utilizando imobilizadores, cintos e coletes de contenção. Esta última não é utilizada no contexto da pedopsiquiatria. De acordo com o Conselho de Enfermagem (2009),

Junto de crianças não está indicada a imobilização / contenção no leito. Sempre que necessária a contenção física em crianças, é solicitada a presença da família, que em caso de ser necessário imobilizar e conter o comportamento da criança, utiliza o seu próprio corpo. Nas situações em que se justifica a ausência da família por aumento da conflitualidade manifestada pela criança, como se observa, entre outras, em situações que justificam internamento em serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência, não está igualmente indicada a imobilização / contenção no leito, mas a imobilização e contenção recorrendo o enfermeiro ao seu corpo, integrando instrumentos terapêuticos que medeiam a relação. Sendo a imobilização / contenção uma intervenção muito agressiva e de utilização-limite, deve ser sempre explicada à criança como não-punitiva (mesmo em situações psicóticas), necessitando constantemente de a enquadrar no contexto terapêutico, o que obriga à presença apenas de profissionais de saúde nestas intervenções (p.5).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os clientes na unidade e que com eles comunicam e estabelecem uma relação terapêutica e de confiança, assim sendo, os enfermeiros assumem um papel fundamental na gestão do comportamento agressivo. Segundo Vicente (2016),

Quando os enfermeiros manifestam uma postura de disponibilidade para o utente, e interesse face ao seu estado de saúde, estão a conquistar a sua confiança, a obter a sua colaboração no processo terapêutico e simultaneamente, a contribuir para a diminuição da possibilidade de ocorrência de comportamento agressivo (p. 51).

A L. apresentava CAL na região abdominal. Este tipo de comportamentos de autoagressão têm como intencionalidade prejudicar o próprio corpo e são um

sinal/sintoma de grande sofrimento, devendo ser valorizados, beneficiando de uma intervenção terapêutica especializada (Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020). Estes autores acrescentam ainda que “os adolescentes expressam o seu mundo interno através de comportamentos pouco ajustados, pelo que é necessário que o enfermeiro, família, cuidadores estejam alerta para os conseguir traduzir” (p. 212). Os CAL são também uma forma de agressividade dirigida ao próprio corpo, surgindo como uma forma negativa de expressão da raiva. O comportamento agressivo deve ser, assim, entendido como uma forma de comunicar e o enfermeiro deve estar preparado para compreender e intervir perante este tipo de comunicação desajustada (Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020).

Neste sentido, os enfermeiros devem ter em conta que “as alterações do humor podem estar presentes com depressão, euforia ou irritabilidade em associação com perturbação do comportamento agido e agressivo ou lentificado e inibido” (Nabais & Nunes, 2020, p. 269), procurando identificar e compreender os fatores desencadeantes desse tipo de comportamento e desenvolver estratégias para que consiga intervir em situações de crise (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018). Para tal, é fundamental que seja estabelecida com o cliente uma relação de confiança e empática, uma vez que “falhando os componentes-chave da comunicação humana (empatia, confiança e respeito mútuo) estão criadas as condições para gerar uma relação conflituosa e a comunicação pode desencadear comportamentos agressivos dos utentes” (Vicente, 2016, p 51).

Torna-se assim, deveras importante a implementação de intervenções de enfermagem que ajudem os clientes a expressar a suas emoções e sentimentos e que promovam o seu autoconhecimento (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014). Neste sentido, na UIP são implementadas diversas técnicas psicoterapêuticas, sendo que, em cada dia da semana, existe uma atividade psicoterapêutica distinta (expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, psicoeducação e culinária, cineterapia, autocuidado e relaxamento). São ainda realizadas intervenções individuais junto das crianças/adolescentes e é promovido um ambiente terapêutico, com a colaboração e envolvimento de uma vasta equipa multidisciplinar.

IV. APRECIÇÃO DE ENFERMAGEM ATUAL

A) Análise da prática segundo uma Teoria de Enfermagem

Analisando o caso da L., constato que é importante relacioná-lo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis. De acordo com Meleis (2007), uma transição significa mudança na situação de saúde, no ambiente relacional, nas expectativas ou habilidades e requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria. A sua teoria explora diferentes tipos de transições, engloba as propriedades universais da transição, as condições da transição, que podem ser facilitadoras ou inibidoras. Os enfermeiros, em contexto de cuidados, são confrontados com diferentes transições, vivenciadas pelos seus clientes, tais como: Desenvolvimentais (processos de maturação desde o momento do nascimento até à morte); situacionais (eventos previstos ou não, que irão desencadear alterações que levam a pessoa a ter de se adaptar à situação de mudança); de saúde-doença (mudanças que influenciam a adaptação da pessoa ao ambiente) e organizacionais (mudanças relacionadas com o contexto político, económico, social e na dinâmica da organização).

Na situação relatada vimos que a L. está a vivenciar uma transição de desenvolvimento, uma vez que se encontra atualmente na adolescência. Tal como foi referido anteriormente, adolescência é uma fase de transição entre a infância e o ser adulto que envolve marcadas mudanças a diversos níveis (biológico, cognitivo, psicossocial e cultural). Esta fase é por si só uma transição de desenvolvimento, na qual o adolescente enfrenta diversos desafios inerentes à sua faixa etária. Mesmo ocorrendo em circunstâncias ditas “normais” esta fase é considerada um momento de crise (Neto, Dias, Rocha & Cunha, 2007).

Outra das transições que a L. está a vivenciar atualmente, é a transição de saúde-doença. Encontra-se internada na UIP, com um conjunto enorme de desafios que têm como objetivo a sua recuperação. Tal como já foi referido, a L. apresenta bastante dificuldade em aceitar a sua condição atual e ainda não apresenta crítica ou *insight* para a necessidade de internamento ou de tratamento, surgindo como um fator inibidor. Como recursos consegue identificar a família. E consegue identificar como fatores facilitadores do internamento, a interação com os pares e a realização de

atividades que lhe são prazerosas, como por exemplo realizar o cubo mágico e escrever.

Podemos também identificar uma transição situacional vivenciada pela L., tal como o divórcio dos pais. Teve de se adaptar a um novo contexto familiar, com o surgimento de novos elementos (padrasto e madrasta). Teve de se adaptar também a um modelo de guarda partilhada. Outra das transições situacionais vivenciadas foi a mudança de escola em 2022, ingressando no 10º ano, na área das Ciências e Tecnologias. A L. confessa ainda que esteve sempre indecisa entre esta área e a das Artes, causando-lhe alguma angústia.

Em qualquer uma das transições referidas, a L. precisou e precisa de mobilizar as forças internas e externas que possui para conseguir enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças resultantes das mesmas. No decorrer das referidas transições, surgem perdas de ligações, de suporte social e por vezes de objetivos significativos (Meleis, 2007).

Neste sentido, segundo a mesma autora, os enfermeiros devem procurar compreender a transição a partir do ponto de vista de quem a está a vivenciar e identificar as necessidades do outro, tendo também em consideração os fatores que medeiam os processos de transição, incluindo estratégias de promoção de saúde e ações preventivas à transição e/ou estratégias de intervenção. Devem também prestar atenção às exigências inerentes à situação de transição, dando suporte e preparando as pessoas para as transições. (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é bastante útil nesta situação específica, uma vez que pode ajudar a identificar quais as transições pelas quais a L. passou e quais se encontra a vivenciar, permitindo assim que sejam planeadas um conjunto de intervenções individuais que ajudem a adolescente nessas mesmas transições, ou seja, “tem potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas em transição” (Abreu, 2008, p.45).

B) Apreciação da variável fisiológica

A L. apresenta uma idade aparente à idade real. Aspeto emagrecido, limpo e investido, com indicadores de autocuidado. Apresenta pele e mucosas coradas,

hidratadas e integras. Tem uma boa coordenação da marcha, sem desequilíbrios ou tremores. Tendo em conta o vestuário, este é adequado ao clima, género, idade, cultura e estatura. Inicialmente a L. apresentava uma enorme dificuldade em tocar o próprio corpo, em colocar creme hidratante, necessitante de ajuda e de supervisão nos cuidados de higiene.

No dia 22 de dezembro de 2022 apresentava um peso de 45,9 kg, altura de 165 cm e um índice de massa corporal (IMC) de 16,8 kg/m². Atualmente, dia 10 de fevereiro de 2023, apresenta um peso de 47 kg, altura de 165 cm e um IMC de 17,3 kg/m².

Tendo em conta os sinais vitais, a tensão arterial da L. é avaliada quatro vezes ao dia, duas no período da manhã e duas no da tarde, sendo avaliada em posição sentada e outra em posição ortostática. Atualmente os sinais vitais encontram-se dentro dos parâmetros esperados.

C) Apreciação da variável psíquica

A L. apresenta-se consciente e orientada em todas as vertentes. Autónoma no desempenho das AVD's. Tem necessidade de supervisão nos cuidados de higiene, utilizando o banho assistido da UIP para uma maior vigilância de autocuidado, da presença de exercício físico, dos CAL e pela marcada alteração da imagem corporal que a L. apresenta.

Considerando a avaliação do estado mental, recorri aos autores Trzepacz, & Baker (2001) e a Sequeira (2006). Inicialmente com um humor apreensivo/irritável, fâcies ansioso, postura tensa e pouco disponível. Facilmente irritável e com baixa tolerância à frustração. Pouco colaborante, sendo complicado estabelecer uma aliança terapêutica com a adolescente. Atualmente apresenta um humor apreensivo, fâcies ansioso/tranquilo, postura menos tensa e com atitude mais disponível. Discurso normofónico, provocado, coerente e organizado. Atenção captável. Memória sem alterações. Não se apuram alterações do conteúdo do pensamento. Apresenta alterações da imagem corporal (“estou a ficar tão gorda, olhe para estas pernas!” *sic*). Interage com os pares de forma ajustada. Contacto superficial com a equipa, porém numa relação dual interage com os profissionais, oscilando entre um contacto sintónico para um contacto não sintónico, com irritabilidade fácil e atitude irónica.

Participa nas dinâmicas desenvolvidas na UIP, de forma espontânea e com interesse. No entanto, o feedback que fornece no final das sessões acaba por ser depreciativo, não correspondendo à entrega da L. ou à sua linguagem não-verbal no momento da realização das atividades. Pensamento rígido e autodesvalorização. Sem crítica ou *insight* para a situação de saúde ou para a necessidade de tratamento.

D) Apreciação da variável Sócio cultural

Tal como já foi transmitido, a L. apresenta um ótimo rendimento escolar, porém considera-se uma má aluna. Refere ter poucos amigos no exterior, afirmando relacionar-se apenas com duas amigas na escola. Esse grupo de amigas tem o nome de Lua, uma vez que gostam de observar a lua e as estrelas. Têm a mesma idade da L., mas não são da mesma turma. Afirma que não tem por hábito sair com as mesmas ou relacionar-se com as amigas fora do ambiente escolar e que o voleibol ocupa o seu tempo livre. Descreve-se como uma pessoa mais reservada e com poucos amigos.

Considerando os vínculos existentes, estes são visíveis no Ecomapa (Apêndice II). Nele podemos observar que existe uma relação forte entre a L., o pai, o voleibol, a escrita, a psicomotricidade e o desenho (apesar de referir “gostava tanto de desenhar, mas parece que aqui no internamento deixei de ter vontade...” *sic*). Também gosta de jogar com objetos anti-stress, resolver o cubo mágico e fazer puzzles, embora estes últimos lhe provoquem ansiedade (necessidade de caminhar, de se manter em pé). Também apresenta uma boa relação com a mãe, porém refere “temos muitas discussões, ela por vezes consegue mesmo irritar-me!” (*sic*). Os pais surgem como uma fonte de suporte para a L., existindo uma relação de cumplicidade entre os mesmos. Não foi possível apurar a relação existente entre a L., a irmã e os avós, pelo que não foram colocados no Ecomapa atual. É possível constatar uma relação ténue/incerta entre a L. e a equipa de enfermagem, com a qual ainda tem dificuldade em se expressar, apesar de participar nas atividades desenvolvidas de forma espontânea, interessada e ajustada, e com a escola, ficando progressivamente mais tensa com a questão das notas. Como relação fraca/stressante foi possível identificar a relação estabelecida com a equipa médica, com a qual fica mais irritável devido ao plano implementado, e com o internamento, mantendo-se sem crítica para o mesmo.

Também foi possível identificar uma relação stressante com o seu próprio corpo, apresentando francas alterações da sua imagem corporal.

E) Apreciação da variável desenvolvimento

A L. encontra-se atualmente na fase da adolescência, tal como foi analisado anteriormente. Do ponto de vista biológico, este período começa com o início da puberdade e termina quando o adolescente se transforma num adulto independente (Hockenberry & Wilson, 2014). Pode também ser definida como como um processo de desenvolvimento biopsicossocial e durante esse período deve observar-se um processo de responsabilização e de autonomia gradual, em que o adolescente se torna num indivíduo participativo e ativo na sociedade em que se insere (Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020). Esta fase é marcada por diversas alterações a nível biológico, psicológico e social. As mudanças corporais que ocorrem exigem uma aceitação de uma nova imagem corporal, observa-se um desenvolvimento progressivo do raciocínio abstrato, das competências verbais e das funções executivas, sendo uma fase em que o adolescente constrói um sentido de identidade e que implica enfrentar situações de stress e novas formas de lidar e resolver problemas (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014).

V. TRATAMENTOS

A) Terapêutica farmacológica e não farmacológica

A terapêutica farmacológica prescrita à L. encontra-se no quadro seguinte.

Fármaco	Forma	Dose	Via	Frequência	Classificação Terapêutica
Sertralina	Comprimido	50 mg	Oral	1x ao dia (9h)	Antidepressivo (classe inibidores seletivos de recaptção de serotonina)
Haloperidol	Comprimido	0,5 mg	Oral	1x ao dia (9h)	Neuroléptico
Lítio	Comprimido	200 mg	Oral	1x ao dia (19h)	Estabilizador de humor
Tiamina	Comprimido	100 mg	Oral	1x ao dia (12h)	Vitamina
Acetilcisteína	Comprimido efervescente	600 mg	Oral	1x ao dia (12h)	Mucolítico
Sais para re-hidratação oral	Pó (solução oral)	150 ml	Oral	3x dia (12h, 17h e 20h)	Sais
Multivitaminas e sais minerais	Comprimido	1 comp.	Oral	1x dia (13h)	Multivitaminas e sais minerais
Olanzapina	Comprimido orodispersível	10 mg	Oral	1x dia (22h)	Neuroléptico
Diazepam	Comprimido	5 mg	Oral	Até 2x dia em SOS (se ansiedade)	Benzodiazepina

Haloperidol	Injetável	5 mg	IM	Até 1x dia em SOS (se agitação)	Neuroléptico
Levomepromazina	Injetável	25 mg	IM	Até 1x dia em SOS (se agitação)	Neuroléptico

Reportando-me à terapêutica não farmacológica, esta engloba a intervenção da equipa multidisciplinar, tal como a intervenção da equipa de enfermagem e dos enfermeiros de referência, da equipa médica, da psicomotricista, da nutricionista e da psicóloga. Na UIP é promovido um ambiente terapêutico, recorrendo-se a uma terapia individual, de grupo e familiar. São também implementadas intervenções a nível pedagógico e social. Cada cliente internado possui um plano terapêutico individualizado, que é definido pelo médico assistente e pelos enfermeiros de referência, sendo discutido em contexto de reunião multidisciplinar. No decorrer do internamento “as experiências interactivas moderadas e modeladas pelos Profissionais são promotoras de um desenvolvimento mais harmonioso e contribuem para a retoma do desenvolvimento” (Silva, 2020). Neste sentido, foi elaborado um plano terapêutico individual para a L., que será apresentado no capítulo seguinte.

VI. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados de enfermagem da L. foi desenvolvido através da linguagem CIPE (*International Council of Nurses, 2019*), com base no sistema informático utilizado na UIP (*Scĺínico*), sendo apresentado no quadro seguinte.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<i>Comportamento autodestrutivo (CAL)</i>	Avaliar comportamento autodestrutivo
	Disponibilizar suporte emocional
	Otimizar ambiente físico
	Vigiar comportamento
	Vigiar ideação suicida
	Vigiar resposta comportamental
<i>Autocontrolo: Agressividade comprometido</i>	Assistir a identificar estratégias de autocontrolo: agressividade
	Avaliar autocontrolo: agressividade
	Otimizar ambiente físico
	Vigiar comportamento agressivo
	Vigiar resposta comportamental
<i>Imagem corporal comprometida</i>	Assistir a restaurar a imagem corporal
	Avaliar imagem corporal
	Disponibilizar suporte emocional
	Incentivar aceitação da imagem corporal
	Incentivar análise à imagem corporal
	Promover a expressão de emoções/sentimentos
	Assistir no autocuidade: higiene e promover consciencialização
	Promover a autoestima
<i>Alimentar-se comprometido</i>	Assistir no alimentar-se
	Vigiar refeição
	Vigiar repouso

	Incentivar ingestão de líquidos
<i>Autocuidado: higiene comprometido</i>	Assistir no autocuidado: higiene
	Assistir no autocuidado: higiene da boca
	Avaliar compromisso no autocuidado: higiene
	Promover banho assistido
	Promover expressão de emoções face ao corpo e importância do autocuidado
<i>Autocuidado: atividade recreativa comprometido</i>	Assistir no autocuidado: atividade recreativa
	Avaliar autocuidado: atividade recreativa
	Incentivar autocuidado: atividade recreativa
<i>Baixa adesão ao regime terapêutico</i>	Promover <i>insight</i> da L., tornando claros os motivos para o internamento
	Promover aliança terapêutica
	Vigiar exercício físico e repouso
<i>Interação social comprometida</i>	Avaliar a interação social
	Incentivar a interação social
	Mediar interação com o grupo de pares
	Incentivar atividades recreativas em grupo
<i>Processo familiar comprometido</i>	Avaliar o processo familiar
	Otimizar processo familiar
	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes
	Integrar os pais da L. no projeto terapêutico
	Mediar visitas e telefonemas
<i>Humor comprometido</i>	Avaliar humor
	Disponibilizar suporte emocional

	Incentivar comunicação de emoções
---	Monitorizar tensão arterial
---	Monitorizar frequência cardíaca
---	Monitorizar temperatura corporal
---	Monitorizar peso corporal
---	Vigiar sinais de úlcera de pressão
---	Vigiar eliminação intestinal
---	Planear sono
---	Avaliar sono

Tendo em consideração o que desenvolvi ao longo do estágio, reporto-me agora à intervenção individual e de grupo que realizei com a L., sob supervisão e orientação da Orientadora Clínica. A relação com a L. iniciou-se na primeira semana de janeiro, através da realização de atividades lúdicas com a mesma (exemplo: puzzles e desenho). No momento, apresentava uma grande zanga e raiva perante a necessidade de internamento, referindo “isto é uma seca! Não tinha de vir para aqui! Odeio as atividades!” (*sic*). Fui estabelecendo uma relação de confiança com a adolescente, através da interação que tive a oportunidade de estabelecer com a mesma ao longo do estágio. Fiquei a conhecer alguns dos seus gostos pessoais, tais como o vôlei, escrita, desenho e puzzles.

No seu discurso surgia recorrentemente a sua zanga perante o facto de estar internada e perante o aumento de peso, pelo que decidi trabalhar com a L., medidas preventivas do comportamento agressivo, de forma a identificar os momentos em que sente raiva, o motivo pelo qual sente essa raiva e que estratégias pode utilizar para gerir a mesma. Neste sentido, foi criado o “Caderno da minha raiva”, uma vez que a escrita ajuda a L. a expressar-se melhor. O objetivo deste caderno foi criar um espaço para a L. refletir sobre esta temática, servindo como um método para expressar a sua raiva. Na primeira parte do caderno, foi incentivada a escrever as suas músicas favoritas, as suas comidas favoritas, os seus desenhos e filmes preferidos, o que gosta de fazer no seu dia-a-dia, os seus lugares favoritos, o desenho da sua família, a identificar que emoções conhece e a desenhar como se sentia atualmente. Posteriormente, foi incentivada a pensar como é a sua raiva (exemplo: se é grande ou pequena, qual a forma da raiva, qual a cor, qual o cheiro e como se veste) e a fazer

um desenho da mesma. Foi-lhe também pedido que reconhecesse as mudanças que ocorrem no seu corpo quando sente raiva, escrevendo que fica predominantemente com os punhos cerrados. Em seguida, foi sugerido que pensasse no que causa a sua raiva em vários contextos (exemplo: em casa, na escola, com os amigos, entre outros) e que identificasse o seu comportamento quando sente raiva e quais as consequências que advêm do mesmo. Foi pedido que escrevesse também os seus pensamentos de raiva em balões de pensamento e foi encorajada e estimulada a identificar estratégias para lidar com a raiva sentida em determinado momento. A respiração foi uma estratégia identificada pela adolescente, sendo também solicitado que escrevesse no caderno que outras estratégias poderia utilizar. Fornecido também um espaço em branco no caderno para que a L. possa escrever quando se sentir zangada, frustrada ou com raiva, um local onde pode transmitir e escrever tudo aquilo que pensa de forma genuína. A L. aceitou a proposta e tem preenchido gradualmente o caderno fornecido, mostrando-se empenhada.

No decorrer do estágio realizado, tive a oportunidade de desenvolver a intitulada “Semana da agressividade” (20 de janeiro de 2023 a 27 de janeiro de 2023), uma semana que tinha como objetivo trabalhar a temática do projeto desenvolvido, a prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental. A intervenção foi realizada em grupo, com os adolescentes internados na UIP. Foi pensada uma sessão para cada dia da semana, utilizando as técnicas psicoterapêuticas implementadas na unidade. Inicialmente foi realizada uma introdução ao tema e teve como objetivo explicar o que seria trabalhado e entender quais as expectativas dos adolescentes face à temática escolhida. Foi solicitado que cada adolescente retirasse uma carta DiXit (jogo com imagens) que para si representasse a agressividade e que partilhasse com o grupo o motivo da escolha da mesma. A L. escolheu uma carta com a imagem de um gato triste, um rato com fúria enfurecido e um arco de fogo, referindo “escolhi esta carta porque o gato está a ser obrigado a fazer uma coisa que não quer, o rato quer que ele salte pelo arco e está a ser agressivo. Para mim obrigar alguém a fazer uma coisa que não quer é ser agressivo...” (*sic*). Foi também pedido que completasse as seguintes frases: “Para mim a agressividade é...” respondendo “Quando somos rípidos; quando as nossas mãos tremem de raiva; algo para expressar” (*sic*) e “Sinto-me com raiva quando...” escrevendo “Não me ouvem e menosprezam o que sinto” (*sic*). Participou de forma

espontânea e ajustada na atividade. Humor apreensivo, fâcies ansioso/tranquilo, postura disponível. Tendo em conta as expectativas face à temática proposta, refere que o tema pode ser interessante e encolhe os ombros.

Na atividade psicoterapêutica “Expressão dramática”, com o tema “Estou Zangado – 6 óculos para ver diferente”, o objetivo seria colocar os adolescentes a pensarem sobre um momento em que se sentiram zangados, frustrados ou com raiva, identificando os aspetos positivos e negativos da situação vivenciada e procurando novas formas de resolução de problemas no futuro. A L. participou na atividade de forma espontânea, mostrando progressivamente maior desinteresse. Conseguiu identificar uma situação em que se sentiu zangada ou com raiva (“Quando me meteram aqui antes do Natal!!!” *sic*), não consegue identificar as vantagens (“Não há vantagem nenhuma em estar aqui.” *sic*) e desvantagens da situação (“estou longe de casa, não faço nada aqui” *sic*), expressa emoções e sentimentos (“só sinto raiva por ter de estar aqui” *sic*) e não consegue partilhar novas ideias para lidar com a situação. As palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade” sobre a sessão foram: “Nada compreendida” (*sic*). Apresentava um humor apreensivo, fâcies ansioso e postura tensa.

Na atividade psicoterapêutica “Dança e Movimento”, com o tema “Dançar as emoções”, o objetivo seria dançar as emoções, procurando também “dançar a agressividade”, de forma a permitir a libertação da tensão acumulada pela raiva através do movimento, porém a L. não pôde participar, uma vez que ainda não tinha alcançado esta etapa.

Na atividade psicoterapêutica “Terapia pela arte”, com o tema “Moldar a Agressividade”, a proposta seria que os adolescentes construíssem primeiramente algo livre, sendo também incentivados a passar a sua construção ao colega do lado, que realizou alterações na mesma. As construções foram rodando por todos os elementos do grupo, ajudando os adolescentes a lidar com a frustração de ver a sua obra modificada pelo outro. Posteriormente, foi solicitado que construíssem algo negativo para eles, que lhes cause raiva e tensão, sendo promovida a destruição desse objeto. De seguida, foi pedido que construíssem algo positivo, tal como um amuleto que fosse significativo e que pudessem guardar como uma memória positiva. A L. aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Na fase inicial, foi solicitado que construísse um objeto livre. Moldou um nariz e observou o

grupo a alterar a sua peça, observando frequentemente as alterações que iam sendo realizadas. Quando questionada acerca dos sentimentos e emoções que emergiram ao ver a sua criação ser modificada pelo outro, refere “Não me senti bem...” (*sic*). Trabalhada a temática da frustração. Quando foi solicitado que construísse algo que lhe causa zanga, raiva, frustração ou ódio, cria uma balança com o número 46kg. Refere “é um objeto que me causa muita raiva, pois obriga-me a aumentar de peso” (*sic*). Quando lhe foi pedido que destruísse esse objeto, fá-lo com vigor, dando murros na peça e destruindo-a com os utensílios para moldar o barro. Posteriormente, foi solicitado que construísse algo positivo para si, um amuleto que pudesse guardar e fosse um símbolo de tranquilidade, proteção e suporte. Molda uma lua, verbalizando “Gosto de ver as estrelas e a lua... eu e as minhas amigas temos este símbolo no nosso grupo.” (*sic*). Acrescenta que o internamento não irá ajudá-la a encontrar a calma e tranquilidade que a lua lhe transmite. Demonstra novamente zanga face à necessidade de internamento, mantendo-se sem crítica para a situação de saúde e em oposição em refletir sobre as suas dificuldades. No momento de reflexão refere sentir-se “bem e aliviada” (*sic*). As palavras escolhidas para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade” sobre a sessão foram: “Calma e aliviada” (*sic*). Apresentava um humor apreensivo, fâcies ansioso e postura disponível.

Na atividade psicoterapêutica “Psicoeducação”, com o tema “Tipos de Comportamento”, o objetivo seria abordar os tipos de comportamento existentes (agressivo, passivo e assertivo), providenciando conhecimentos acerca da temática em estudo e capacitando os adolescentes para um tipo de comportamento mais assertivo, consoante as suas necessidades. A L. aderiu às dinâmicas propostas de forma espontânea e com interesse. Fornece exemplos sobre os tipos de comportamentos existentes, participando de forma ativa na discussão da temática. Identifica o seu tipo de comportamento como “Passivo, agressivo e assertivo” (*sic*), sendo que gostava que fosse “assertivo” (*sic*). Quando incentivada a pensar como pode mudar o seu comportamento escreve: “Para ser sincera acho que sou um bocadinho de tudo... Treinando com as situações que aparecem” (*sic*). A palavra escolhida para colocar na cartolina da “Semana da Agressividade” sobre a sessão foi “Desatenta” (*sic*). Decidiu não partilhar com o grupo o que escreveu, adotando uma postura mais tensa e defensiva.

Na atividade psicoterapêutica “Cineterapia”, com o visionamento do filme “Divertida-mente”. Na análise e reflexão do filme, foi proposto que identificassem quais as emoções que emergiam do filme (medo, alegria, repulsa, tristeza e raiva), aumentando assim a consciência sobre as mesmas. Foi também solicitado que identificassem qual a emoção que tinham mais presente. Foi proposto que refletissem sobre como a raiva se manifesta e como a controlar e gerir, identificando em que momentos do filme essa emoção se manifestou. Pensámos também sobre o processo de mudança dos personagens do filme, as suas reações aos conflitos e que estratégias utilizaram para os resolver. Durante a visualização a L. esteve aparentemente interessada. Na discussão e análise do filme apresentava um fáceis ansioso/tranquilo e postura tensa. Verbaliza que a emoção que assume o seu controlo atualmente é a alegria, que não corresponde à sua linguagem não verbal. Consegue identificar alguns dos temas centrais do filme e deu a sua opinião acerca do que foi abordado no mesmo. Consegue identificar os momentos em que a raiva se expressa no filme, as suas consequências, benefícios e quais as estratégias utilizadas pela personagem principal para resolver os conflitos existentes, entendendo a importância de cada uma das emoções presentes. No final escreve que se “Triste, pensativa” (*sic*).

No balanço semanal foi novamente utilizado o mediador inicial (recurso a cartas DiXit). O objetivo era que cada adolescente escolhesse uma carta sobre como se sentiu no decorrer da semana, como se sentia no momento presente e como perspetivava a semana seguinte. De forma a concluírem a sua cartolina da “Semana da Agressividade”, foi também proposto que escrevessem num papel estratégias para lidarem com a raiva. Na primeira sobre como se sentiu no decorrer da semana, a L. escolhe uma carta com várias pessoas num pódio, dentro de um mar agitado, verbalizando “Esta semana atingi algumas conquistas, consegui fazer o cubo, estive mais eufórica e tranquila” (*sic*). Na segunda carta sobre como se sente no presente, escolhe uma carta com uma pessoa deitada na relva, referindo “hoje sinto-me assim... calma...” (*sic*). Na terceira sobre como perspetiva a próxima semana, escolhe uma carta com pessoas a regarem folhas de papel, referindo “quero continuar a ler, a fazer o que gosto...” (*sic*). Tendo em consideração o que foi abordado ao longo da “Semana da Agressividade”, consegue identificar as seguintes estratégias para lidar com a raiva: “Mexer nos anti-stress, no cubo mágico, respirar fundo, esmurrar almofadas” (*sic*).

No decorrer desta semana, a L. demonstrou-se empenhada e envolvida, no entanto o seu feedback acabava por ser depreciativo ao longo das sessões, demonstrando uma baixa autoestima. A cartolina construída pela L., ao longo da semana, encontra-se no Apêndice III.

A intervenção individual terminou no dia 10 de fevereiro de 2023, último dia de estágio. Foi incentivada a continuar a completar o seu caderno e fornecido reforço positivo pelo empenho demonstrado. Entregue um boneco anti-stress, uma vez que foi uma das estratégias que a L. identificou para a ajudar a lidar com a raiva. Consegue identificar em que momentos sente zanga e a quem a dirige (“Como não quero estar aqui acabo por me chatear com os meus pais... eu sei que não merecem, mas tudo o que dizem me irrita” *sic*). Pensa sobre a sessão de psicoeducação realizada, referindo “eu penso que o meu tipo de comportamento é mais agressivo... não pensei bem no que escrevi... é agressivo porque me exalto com muita facilidade!” (*sic*). Consegue identificar algumas estratégias para continuar a gerir a sua zanga, tais como a escrita e resolver os cubos mágicos. Foi incentivada a continuar este trabalho com as enfermeiras de referência. Refere que a escrita é o seu mediador preferido.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estágio na UIP, tive a oportunidade de interagir e de me relacionar com os adolescentes internados. Todos contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa e para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, uma vez que, em cada turno, se davam a conhecer e eu também me entregava a essa relação, procurando intervir junto dos mesmos, sob supervisão da orientadora clínica. As experiências que vivi neste contexto foram gratificantes e entendi o verdadeiro sentido da criação de um ambiente terapêutico, em que numa simples atividade lúdica se pode criar uma relação de confiança, contribuindo para uma aliança terapêutica.

O presente estudo de caso debruçou-se sob uma das adolescentes internadas com as quais estabeleci uma relação de maior proximidade e com a qual tive a oportunidade de intervir individualmente e em grupo. Com a realização deste trabalho, consegui descrever o caso, refleti-lo, analisá-lo e compreendê-lo melhor. A importância deste tipo de estudos revela-se por permitir estudar um fenómeno de interesse, passado num contexto real, em que surge um contraponto entre o estudo da teoria e a intervenção na prática. Neste sentido, consegui adquirir novos conhecimentos e aprofundar outros, contribuindo para a minha formação enquanto futura EEESMP.

Considerando o Regulamento das Competências Específicas do EEESMP da Ordem dos Enfermeiros (2018), constato que o estudo de caso elaborado sobre a L., permitiu o desenvolvimento das seguintes unidades de competência do EEESMP: “F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (p. 21428); “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (p. 21429); “ F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (p. 21429); “ F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (p. 21430).

Reconheço que estarei em constante desenvolvimento quer pessoal, quer profissional, pelo que pretendo continuar a investir diariamente na minha formação,

de forma a melhorar a minha prática e a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que “aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende” (Leonardo Da Vinci, s.d.) e essa aprendizagem surge em relação, ao nos permitirmos conhecer o outro no seu todo.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Batista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 194 – 216) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bulechek, J. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. DOI: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>
- Cartaxo, T., Pedroso, S. & Cerejeira, J. (2014). Psiquiatria da infância e adolescência. In Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (Coord.). *Psiquiatria fundamental* (pp. 473 – 485). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Concelho de Enfermagem (2009). Parecer nº 226/2009 de 03/12/2009. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>
- Coutinho, C. P. & Chaves, J. H. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*. 15 (1), 221-243.
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS)*. 6 (2), 102-107.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed.) Loures: Lusiciência.
- International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice: ICNP. Version 2019*. Genebra: International Council of Nurses.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), pp. 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Monteiro, P. & Confraria, L. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (Coord.). *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 339-358). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Nabais, A., Nunes, L., Cutcliffe, J. & Santos, J. (2018). Psychiatric/mental health nursing care of children and adolescents. In Santos, J. & Cutcliffe, J. (Eds.). *European psychiatric/ mental health nursing in 21st century* (pp. 507 – 520). Coimbra: Springer.
- Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o jovem com problemas de saúde mental. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 264 – 272) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Neto, F. R. G. X., Dias, M. S. A., Rocha, J. & Cunha, I. C. K. O (2007). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(3), 279-285. Acedido a 08/07/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300006>
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº 151 de 07-08-2018), 21427 – 21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Ribeiro, I., Carvalho, J. C., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento interativo e comportamento alimentar. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 133 – 135). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A. & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency

- Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 13(1), 17–25.
- Rosa, A. G. S. (2008). *Violência em Contexto Psiquiátrico* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22450/3/Dissertao%20PDF.pdf>
- Royal College of Nursing (2005). *Violence: The Short-term Management of Disturbed/Violent Behaviour in in-patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. London: NICE Clinical Guidelines.
- Saraiva, J., Guerra, J. & Mansilha, H. F. (2014). Perturbações do comportamento alimentar II. In Monteiro, P. (Coord.). *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 241- 261). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, P. (2020). Procedimento sectorial: Filosofia da especialidade de Pedopsiquiatria.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de cuidados* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P. T. & Baker R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vicente, S. J. A. (2016). *Procedimento dos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes no Serviço de Urgência de Psiquiatria* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/18932>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (S. Spada, Trad.). (5ª ed.) São Paulo: Roca.

ANEXOS (ESTUDO DE CASO)

Anexo I – Plano Terapêutico da L.

	<u>DATA</u>	26/12/ 2022	29/12/ 2022	02/01/ 2023	05/01/ 2023	09/01/ 2023	12/01/ 2023	16/01/ 2023	19/01/ 2023	23/01/ 2023	26/01/ 2023	30/01/ 2023	02/02/ 2023	06/02/ 2023	09/02/ 2023
<u>ETAPAS</u>	<u>PESOS</u>	46,3 kg	46,2 kg	46 kg	46,5 kg	46,4 kg	45,8 kg	46,3 kg	46,8 kg	46,7 kg	45,8 kg	46,3 kg	46,7 kg	46,7 kg	47kg
<i>Alta</i>	(?)														
<i>Licença de Ensaio</i>	49,5 kg														
<i>Visitas ao exterior</i>	49 kg														
<i>Visitas alargadas na unidade</i>	48,5 kg														
<i>Culinária</i>	48 kg														
<i>Psicomotricidade no exterior/Saídas ao exterior com técnicos</i>	47,5 kg														
<i>Participa em todas as atividades/Para repouso e reposição</i>	47 kg														X
<i>Para repouso às pequenas refeições/30 minutos de repouso ao almoço e jantar</i>	46,5 kg				X				X	X			X	X	
<u>PESO INICIAL</u>	45,9 kg		↓100g	↓200g	↑500g	↓100g	↓600g	↑500g	↑500g	↓100g	↓900g	↑500g	↑400g	↑200g	↑100g

Anexo II – Identificação de fatores de risco clínico da L.

Área de Pedopsiquiatria

21/12/22

Identificação de Fatores de Risco Clínico

Risco Suicidário		21/12/22	07/01/23	14/01/23	31/01/23
1. Tentativa de Suicídio	Disruptiva (impulsiva com método grave)				
	Recorrente				
2. Manutenção de Ideação Suicida					
3. Elevada letalidade do ato (método agressivo e/ou planejado; intenção de morte expressa ou inferida)					
4. Perturbação do humor, ou elevada impulsividade, psicoses.		X	X		
5. Disfunção familiar grave e/ou história familiar de t. Suicídio ou suicídio					
6. Perdas afetivas importantes por morte ou término de relação de suporte afetivo fundamental					
7. Problemas de socialização graves/isolamento social					
8. Sentimentos de desespero, falta de esperança e baixa de autoestima marcada		X	X	X	X
9. História de abuso do menor; consumo de substâncias					
10. Sexo masculino					
Risco (MA/A/M/B)		Alto	Alto	Médio	Médio

Autoagressividade		21/12/22	07/01/23	14/01/23	31/01/23
1. História de comportamentos de auto agressão mantidos e recorrentes		X	X	X	X
2. Comportamentos de autoagressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental					
3. Comportamentos de autoagressão com risco de suicídio					
Risco (MA/A/M/B)		Médio	Médio	Médio	Médio

Violência		21/12/22	07/01/23	14/01/23	31/01/23
1. Expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com observador		X			
2. Postura tensa/ameaçadora (punhos, dentes cerrados)		X			
3. Agitação motora excessiva/movimentos agressivos (pontapés, murros a objetos)					
4. Agressividade e/ou ameaças verbais: (sarcasmo, ridicularização, referências menos abonatórias às diferenças, comentários de menosprezo, desconfiança, desafio)		X	X		
5. Contestação e quebra frequente e mantida das regras do Serviço		X			
6. Percepções delirantes de cariz paranoide					
7. Ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou a pessoas		X			
8. Agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou a pessoas					
Risco (MA/A/M/B)		Muito alto	Médio	Baixo	Baixo

Risco de Fuga		21/12/22	07/01/23	14/01/23	31/01/23
1. Pouca consistência na adesão da criança e/ou família ao projeto terapêutico		X	X	X	X
2. História prévia de "fugas"					
3. História prévia de comportamentos aditivos.					
Risco (MA/A/M/B)		Médio	Médio	Médio	Médio

Risco de Reações Adversas à Medicação		21/12/22	07/01/23	14/01/23	31/01/23
1. História prévia					
2. Baixa adesão ao regime terapêutico		X	X	X	
Risco (MA/A/M/B)		Médio	Médio	Médio	

Riscos Associados Patologia Orgânica		21/12/22	07/01/23	14/01/23	31/01/23
Tipo de Risco					
Risco (MA/A/M/B)					

Identificação de Fatores de Risco Clínico

Risco Suicidário		07/02/23	_/_/_	_/_/_	_/_/_
1. Tentativa de Suicídio	Disruptiva (impulsiva com método grave)				
	Recorrente				
2. Manutenção de Ideação Suicida					
3. Elevada letalidade do ato (método agressivo e/ou planeado; intenção de morte expressa ou inferida)					
4. Perturbação do humor, ou elevada impulsividade, psicoses.					
5. Disfunção familiar grave e/ou história familiar de t. Suicídio ou suicídio					
6. Perdas afetivas importantes por morte ou término de relação de suporte afetivo fundamental					
7. Problemas de socialização graves/isolamento social					
8. Sentimentos de desespero, falta de esperança e baixa de autoestima marcada		X			
9. História de abuso do menor; consumo de substâncias					
10. Sexo masculino					
Risco (MA/A/M/B)		Médio			

Autoagressividade		07/02/23	_/_/_	_/_/_	_/_/_
1. História de comportamentos de auto agressão mantidos e recorrentes		X			
2. Comportamentos de autoagressão e existência de patologia psicótica, da personalidade ou debilidade mental					
3. Comportamentos de autoagressão com risco de suicídio					
Risco (MA/A/M/B)		Médio			

Violência		07/02/23	_/_/_	_/_/_	_/_/_
1. Expressão facial tensa, tom de voz alto e rápido, olhar fixo e ameaçador ou evitamento do contato ocular com observador					
2. Postura tensa/ameaçadora (punhos, dentes cerrados)					
3. Agitação motora excessiva/movimentos agressivos (pontapés, murros a objetos)					
4. Agressividade e/ou ameaças verbais: (sarcasmo, ridicularização, referências menos abonatórias às diferenças, comentários de menosprezo, desconfiança, desafio)					
5. Contestação e quebra frequente e mantida das regras do Serviço					
6. Percepções delirantes de cariz paranoide					
7. Ameaça de agressividade física dirigida a objetos ou a pessoas					
8. Agressividade expressa, física, dirigida a objetos ou a pessoas					
Risco (MA/A/M/B)		Baixo			

Risco de Fuga		07/02/23	_/_/_	_/_/_	_/_/_
1. Pouca consistência na adesão da criança e/ou família ao projeto terapêutico		X			
2. História prévia de "fugas"					
3. História prévia de comportamentos aditivos.					
Risco (MA/A/M/B)		Médio			

Risco de Reações Adversas à Medicação		07/02/23	_/_/_	_/_/_	_/_/_
1. História prévia					
2. Baixa adesão ao regime terapêutico					
Risco (MA/A/M/B)		Baixo			

Riscos Associados Patologia Orgânica		_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
Tipo de Risco					
Risco (MA/A/M/B)					

Legenda:

- Risco de suicídio

Muito Alto – 1.2 + 2 + 3

Alto – 1 associado a outro critério

Médio – somente um critério

Baixo – nenhum critério

- Risco de autoagressividade

Muito Alto – 3 critérios

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

Baixo – nenhum critério

- Risco heteroagressividade

Muito Alto – 3 + 5 + 8 (basta ter o 8)

Alto – 7 + 6 e/ou +1

Médio – somente um critério expeto o 8

Baixo – nenhum critério

-Risco Fuga

Muito Alto – 3 critérios

Alto – 2 critérios

Médio – 1 critério

Baixo – nenhum critério

-Risco de Reações adversas

Alto – 2 critérios

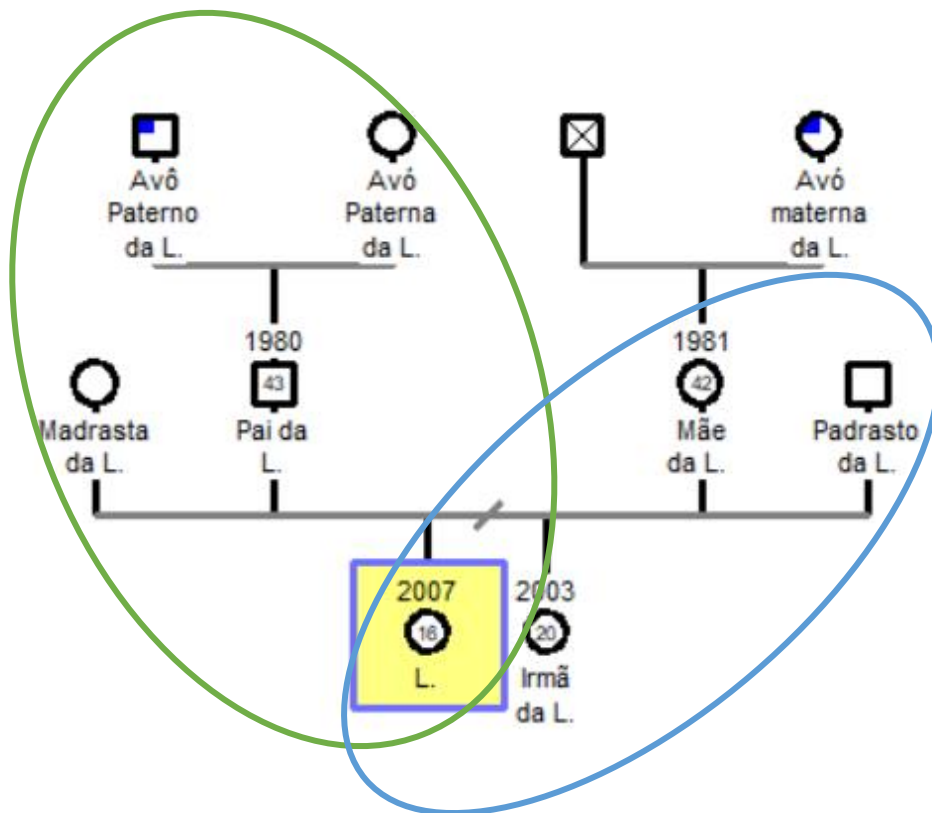
Médio – 1 critério

-Risco associados a patologia orgânica

Definido de acordo com Pediatria

APÊNDICES (ESTUDO DE CASO)

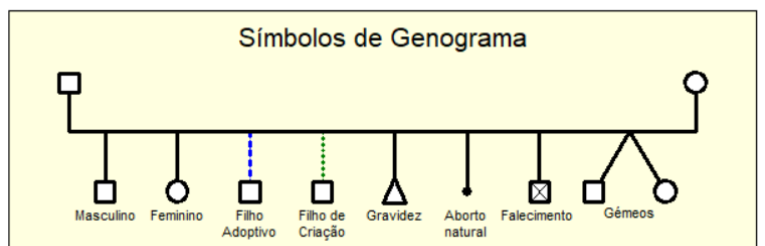
Apêndice I – Genograma



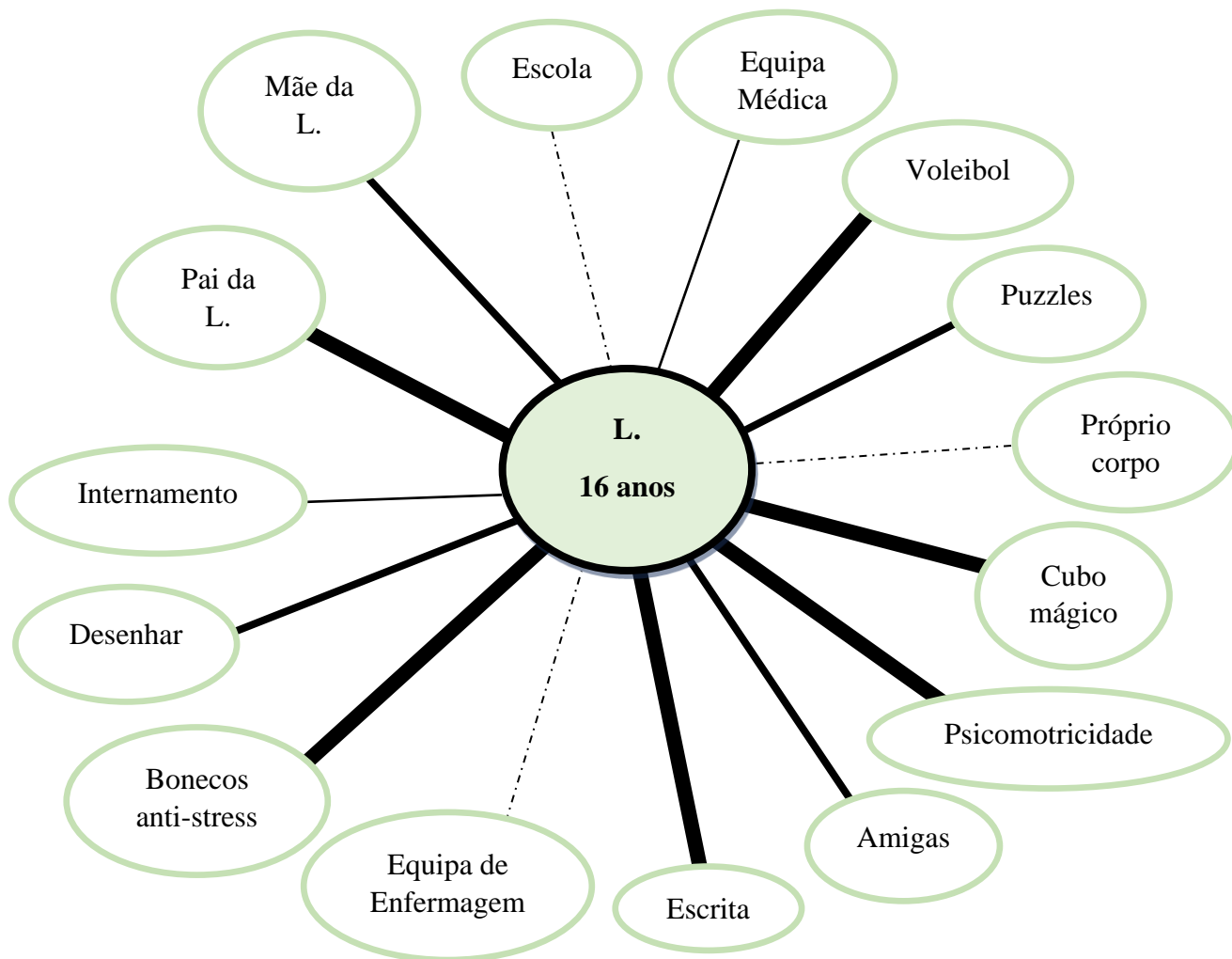
Cores indicando vícios, e condições médicas

- Ludomania / Viciado em Jogos
- Drogado / Viciado em drogas
- Alcolismo
- Depressão
- Obesidade
- Cancro
- Doença Cardíaca
- Hipertensão / Pressão Arterial Alta
- HIV /SIDA
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Hepatite
- Diabetes
- Artrite
- Autismo
- Doença de Alzheimer

Símbolos de Genograma



Apêndice II – Ecomapa



Legenda:

- █** Relação Forte
- Relação harmoniosa
- ⋯** Relação Ténue/Incerta
- Relação fraca/stressante

Apêndice III – Cartolina da “Semana da Agressividade” da L.

"Semana da Agressividade"



Sinto-me com raiva quando...

quando me sinto ignorado e não consigo expressar o que eu sinto.

Dona mim a agressividade é...

quando me sinto ignorado e não consigo expressar o que eu sinto.



Meu tipo de comportamento é...



O meu tipo de comportamento é...

passivo, agressivo, assertivo

Como gostava que fosse...

assertivo

Como posso mudar o meu comportamento?

Quando sou ignorado, tento explicar-me melhor, de modo que sou mais compreendido e não me sinto ignorado.

Desatenção



Tante Pensativa



Estratégias para lidar com a raiva

Quando me sinto ignorado, tento explicar-me melhor, de modo que sou mais compreendido e não me sinto ignorado.



Apêndice XII – Jornais de Aprendizagem realizados em Contexto Hospitalar

Jornal de Aprendizagem – “Relaxamento como medida preventiva do comportamento agressivo”

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, propus a realização de um jornal de aprendizagem sobre uma situação que despoletasse em mim uma necessidade de reflexão e análise e que estivesse relacionada com o projeto escolhido, isto é, sobre a temática da prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental.

De acordo com Santos & Fernandes (2004), a prática reflexiva constitui-se “como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (p.59). O presente jornal de aprendizagem será realizado segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, pois este surge como um facilitador do processo de reflexão, permitindo descrever a situação escolhida, os sentimentos despoletados, avaliar o que foi bom e mau na experiência, analisar a situação, retirando sentidos do que aconteceu, permite chegar a conclusões e planear ações futuras. O jornal de aprendizagem promove uma reflexão sistematizada e completa da experiência vivida, constituindo-se assim como um importante instrumento de aprendizagem.

No decorrer do estágio realizado na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria (UIP), tenho tido a oportunidade de interagir com os jovens internados e de intervir junto dos mesmos. Experienciei situações que contribuiriam para adquirir e desenvolver conhecimentos, aprendendo diariamente com cada um dos adolescentes envolvidos. A interação com os mesmos tem contribuído para a tomada de consciência de mim e do que me rodeia. Para a realização deste jornal de aprendizagem, foi necessário recorrer a fontes teóricas, de modo a conseguir analisar a situação experienciada, porém procurei também atribuir-lhe um significado próprio, envolvendo e misturando o conhecimento declarativo com a minha própria experiência.

A situação que pretendo abordar ocorreu no dia 8 de janeiro de 2023 e diz respeito a uma sessão de relaxamento desenvolvida na UIP. Nesta unidade são desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas diariamente, sendo que no domingo é desenvolvida uma sessão de relaxamento. Nesse dia, foram selecionados os utentes internados que teriam critérios para participar na respetiva

intervenção socioterapêutica. Antes de entrarem no ginásio, local onde se iria desenvolver a sessão, alguns dos adolescentes ofereceram-se para colocar os colchões no chão da sala. Estavam envolvidos e procuraram ajudar a equipa a preparar o local. Outros encontravam-se com uma postura mais tensa e retraída, apresentando-se ambivalentes quanto à participação na sessão. Acabaram por participar 10 adolescentes. Ao entrarem no ginásio, foram incentivados a sentarem-se nos respetivos colchões. Tinham consigo as suas mantas e os seus peluches significativos. A sala estava escura e a temperatura acolhedora, cerca de 30°C. Foi realizada a introdução da sessão, onde foi explicado em que consistia uma sessão de relaxamento, àqueles que nunca teriam participado anteriormente.

Em seguida, foram estimulados a tomarem consciência da sua respiração. Através de um modelo exemplificativo (esfera de Hoberman), foi explicado como é que funciona a nossa respiração e como ela nos pode ajudar a tranquilizarmo-nos. Na inspiração a esfera abriu-se lentamente e na expiração fechou-se, enquanto os participantes faziam movimentos de expansão e de relaxamento do abdómen.

Posteriormente, deitaram-se e taparam-se com os lençóis/mantas, exceto um dos adolescentes, que estava pouco disponível para a realização da intervenção, porém acedeu deitar-se, sem se cobrir com a manta. Foram incentivados a fecharem os olhos e a ouvirem o que a equipa tinha para lhes transmitir. Inicialmente estavam todos posicionados em decúbito dorsal, porém à medida que a sessão foi decorrendo, adotaram posições mais confortáveis para eles. Foi-lhes pedido que pensassem numa cor, uma cor que gostassem, e que a imaginassem na sua cabeça. Essa cor foi percorrendo os seus corpos, inicialmente pela face, pescoço, ombros, coração, espalhando-se por toda a parte. Em seguida, no mundo imaginário, teriam de subir por uma escada e no topo da mesma, encontrariam um local calmo, familiar e acolhedor, no qual se sentissem bem. Foram incentivados a sentarem-se nesse local tranquilo, só com eles próprios e a ouvirem a história seguinte.

Foi contada a história “A Menina do Mar” da autora Sophia de Mello Breyner Andresen. Este livro tem como cenário a praia e aborda a amizade criada entre um rapaz e a Menina do Mar. Cada um vive no seu mundo, um na terra e o outro no mar, respetivamente. Ao se conhecerem, sentem curiosidade em partilhar o que existe em cada um desses mundos distintos e apreciam as diferenças existentes. A Menina do Mar conhece o que é a alegria, o amor e a saudade e o rapaz tem a oportunidade de

conhecer o fundo do mar e a magia existente no mesmo. Surgem também outros temas, tais como a tolerância perante o outro, o sofrimento, o medo e o respeito pelo outro.

Quando a história acabou de ser contada, os adolescentes foram incentivados a despertarem lentamente do seu relaxamento. Abriram os olhos e regressaram ao mundo real novamente, cada um ao seu ritmo. À medida que iam voltando ao aqui e agora, foi-lhes pedido que escrevessem num quadro repleto de bolas, cada uma com o nome dos participantes, uma ou mais palavras de como se sentiam após a sessão desenvolvida. A janela foi descoberta, permitindo que a luz entrasse de forma gradual e não abrupta. As palavras que surgiram foram as seguintes: tranquila, serena, leve, relaxado, bem-estar, calma, um bocado triste, feliz, contente, em paz, aconchegada, sonolenta, amor, gratidão e bem.

De um modo geral todos participaram nas dinâmicas desenvolvidas de forma espontânea e ajustada. O adolescente que outrora se encontrava renitente em participar na sessão, conseguiu relaxar, acabando por se cobrir com o lençol e o cobertor. Constatei também que duas das adolescentes adotaram uma posição fetal, como se quase desaparecessem no colchão. Outra adolescente apresentou-se inquieta no leito, porém esteve atenta ao que era transmitido, fornecendo um feedback positivo da sessão.

Os adolescentes que se encontravam mais tensos escreveram as seguintes palavras: Em paz comigo mesmo, tranquila, serena, contente, relaxada e feliz. A meu ver, o mesmo demonstra, de forma qualitativa e até através do que é possível observar nos participantes, que o relaxamento pode surgir como uma ferramenta bastante útil na prevenção do comportamento agressivo.

Considerando o que pensei e senti ao longo da sessão de relaxamento, constato que a sensação que mais prevaleceu, foi a calma. No início, confesso que estava algo receosa, uma vez que nunca teria participado ou desenvolvido uma sessão de relaxamento desta forma. Apenas tinha vislumbrado como era desenvolvido o relaxamento muscular progressivo e as outras formas de relaxamento só teriam sido abordadas em contexto teórico. Não me sentia preparada para ter um papel ativo ou para dinamizar a presente sessão.

Neste sentido, enquanto estudante, fiquei a observar a sessão de relaxamento. A mesma foi dinamizada pela Enfermeira M., especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Fiquei responsável por colocar a música e pela logística. Tive a oportunidade de aprender e de vislumbrar como cada elemento do grupo se comportava e movia naquele espaço tranquilo e acolhedor. Também eu fui convidada a escrever duas palavras sobre como me sentia no final da sessão, optei pelas palavras “calma” e “em crescimento”.

Considerando as palavras escolhidas por mim para descrever como me sentia no final da sessão de relaxamento, penso que as palavras “Em crescimento” demonstram o que sinto que está a acontecer dentro de mim nesta fase de procura de conhecimento e de desenvolvimento. Em cada dia de estágio aprendo algo distinto, aprendo mais sobre os jovens com quem procuro estabelecer uma relação, aprendo com a equipa de enfermagem e com a equipa multidisciplinar, aprendo observando, aprendo refletindo. Aprendi muito nesta sessão, aprendi outras formas de desenvolver o relaxamento e aprendi que resultados se podem obter com este tipo de dinâmicas. Assim sendo, as escolhas dessas palavras remetem para esse sentimento de evolução e de crescimento contínuo que a UIP me tem vindo a proporcionar.

Reportando-me à palavra “calma”, esta descreveu o efeito que a sessão provocou em mim. No decorrer da mesma, todo aquele ambiente tranquilo despoletou uma sensação de leveza e calma. Observar os adolescentes a ficarem progressivamente mais relaxados, também me levou a ficar mais tranquila, uma vez que ali, tinha sido criado um espaço e a oportunidade para que todas as suas preocupações desaparecessem, nem que fosse momentaneamente. Estavam a viver aquilo que a equipa lhe proporcionava, um momento só para eles, onde a tensão, a raiva e até mesmo a agressividade, desvaneciam lentamente. Entendi assim, que o relaxamento poderá surgir como uma estratégia bastante eficaz na prevenção e até na gestão do comportamento agressivo. Neste sentido, procurei estudar e munir-me de conhecimento acerca desta temática.

Outro pensamento que emergiu foi a diferença que os adolescentes, ambivalentes com a participação na sessão, demonstraram no início e no fim da sessão. Senti-me feliz quando observei que o jovem que estava de certo modo contrariado perante a atividade, reconheceu os benefícios que a mesma lhe trouxe. Conseguiu deveras relaxar, tapou-se, participou na dinâmica desenvolvida, respeitou-

se a si e aos outros e no fim ainda conseguiu escrever que estava “em paz” consigo mesmo. A tensão inicial foi desvanecendo progressivamente e a sua zanga/raiva já não era tão evidente. Adotou uma postura mais disponível e um fâcies relaxado. Senti-me bem ao observar os efeitos que o relaxamento pode ter em mim e no outro.

Reportando-me aos aspetos positivos da situação, corro o risco de me repetir, uma vez que o que achei mais fantástico observar foi efetivamente a tensão a desvanecer-se e as preocupações a abandonarem aquele ambiente tão acolhedor. Surgiu então um espaço para que as sensações agradáveis pudessem emergir, afastando os pensamentos geradores de stress e de desconforto.

Outro dos aspetos curiosos que identifiquei no decorrer da sessão de relaxamento, foi a esfera de Hoberman. Surpreendentemente nunca tinha ouvido falar da mesma e penso que é um método bastante útil para explicar às crianças/adolescentes como funciona a nossa respiração. Esta bola da respiração surge como uma ferramenta para trabalhar com eles a respiração diafragmática e esse controlo da respiração acaba por reduzir a ansiedade e a tensão que sentem.

Identifico também como aspeto positivo, o facto de ter reunido com a Enfermeira antes da sessão, tendo a possibilidade de pensar sobre o que seria feito e como seria posto em prática. Ter a oportunidade de refletir sobre a atividade no momento do seu término e participar nos registos de enfermagem também foi algo que facilitou o meu processo de aprendizagem.

Possuir o privilégio de contactar com outra estudante da especialidade, com a qual já estabeleci uma relação de confiança, também tem sido uma mais-valia para mim, uma vez que me permite partilhar os meus pensamentos, emoções, anseios, receios e opiniões, ficando mais tranquila e confiante.

Tendo em consideração os aspetos negativos, confesso que foram difíceis de identificar, tal era o meu foco no que tinha corrido de forma positiva. Ver escrito na bola as palavras “um bocado triste” deixou-me de certa forma inquieta. Porque será que uma intervenção tão prazerosa deixou um dos participantes triste? Penso que deveria ter tentado entender o motivo desta escolha de palavras, conversando com a jovem. Porém, a mesma acabou por ter um momento individual com a sua enfermeira de referência, expondo o que a estaria a incomodar e tendo espaço para expressar os seus sentimentos e emoções. Mantém alteração da sua imagem corporal, sentindo

que se encontra “cada vez mais gorda” (*sic*) e sente saudades de casa. Ficou mais tranquila após o momento individual.

Analisando a situação vivenciada, importa primeiro definir em que consiste um grupo terapêutico. De acordo com Spadini & Souza (2006), são necessários grupos para que o ser humano se consiga desenvolver, pois este não vive só, estando mais capacitado para funcionar em grupo do que sozinho. É em grupo que podem ser trabalhadas as relações e onde surge a possibilidade de se obter ajuda e troca de experiências essenciais para a vida. Podemos definir um grupo como “um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesses partilhados, valores, normas ou propósitos comuns” (Townsend, 2011, p.168). Neste sentido, segundo esta autora, os elementos envolvidos nos grupos, ajudam-se entre si, partilhando as suas ideias, comportamentos, sentimentos, preocupações e opiniões.

Os grupos terapêuticos surgem como uma estratégia importante na prática da enfermagem, uma vez que favorecem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para tal, os enfermeiros têm de estar preparados, necessitando de formação para a realização de intervenções grupais. Sendo que essa preparação começa com um importante trabalho de autoconhecimento e desenvolve-se com o conhecimento específico sobre a dinâmica de grupo (Spadini & Souza, 2006).

Uma das técnicas implementadas em grupo terapêutico com adolescentes na UIP é o relaxamento. Antes de abordar esta técnica, importa abordar a especificidade da adolescência. Esta trata-se de um período de transição que ocorre entre a criança e o adulto, e pode ser caracterizada por diversas mudanças e desafios, a nível psicológico, biológico e social (Monteiro & Confraria, 2014). De acordo com estes autores, a adolescência pode ser encarada como “um período da vida criativo e de grande emocionalidade, algumas vezes, como uma fase de problemas e de isolamento e, noutras circunstâncias, como uma fase de turbulência e rebeldia” (p. 339). Várias são as teorias que abordam esta temática e por vezes torna-se difícil distinguir o que separa o normal do patológico na adolescência, uma vez que “o desenvolvimento típico do adolescente caracteriza-se por um período de vários anos em que se verificam momentos de descontinuidade e de rutura, de instabilidade emocional, de crise de identidade e de conflito entre gerações” (Monteiro & Confraria, 2014, p. 352).

As perturbações psiquiátricas na adolescência têm um enorme impacto nos adolescentes, que pode ultrapassar o núcleo individual e familiar, acabando por afetar a sociedade a diversos níveis (Cartaxo, Pedroso & Cerejeira, 2014), surgindo assim a importância de uma intervenção precoce no que concerne à prevenção dos problemas de saúde mental e de uma atuação multidisciplinar em contexto de crise, com intervenções de enfermagem que os ajudem a expressar as suas emoções e sentimentos e que promovam o seu autoconhecimento. Na UIP são implementadas diversas técnicas psicoterapêuticas, sendo que cada dia da semana existe uma intervenção distinta (expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, psicoeducação e culinária, cineterapia, autocuidado e relaxamento).

Reportando-me ao relaxamento, este pode ser definido como um estado de consciência, que proporciona sensações agradáveis e que afasta pensamentos geradores de stress ou perturbadores (Payne, 2000). Segundo o mesmo autor, o relaxamento surge como uma medida preventiva de consequências fisiológicas do stress, pode surgir como tratamento para aliviar o stress e as suas consequências e tem também como objetivo desenvolver competências mentais para se lidar com esse stress.

De acordo com Coelho & Sousa (2020), o relaxamento é uma “intervenção com potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta no tônus muscular” (p. 202). Estas autoras afirmam ainda que o relaxamento pode possuir variados métodos de aplicação, tais como: Treino autogénico de Schultz (relaxar progressivamente vários grupos musculares, experimentando cinestésias, levando ao conforto); Técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (relaxamento profundo de todos os grandes músculos corporais, através da contração/descontração); Técnica de relaxamento muscular modificado (Contrair e descontraír vários grupos de músculos em todo o corpo, permitindo que o cliente identifique situações de stress); Relaxamento por imaginação guiada (permite que o cliente utilize imagens mentais e atributos sensoriais de forma intencional, fruto da sua memória e/ou imaginação, para conseguir alcançar o efeito terapêutico desejado).

O principal objetivo destas técnicas é o autocontrolo da respiração e do tônus muscular, em que o cliente aprende a autorrelaxar-se, possuindo ferramentas para

reproduzir estes métodos em situações potenciadoras ou geradoras de stress (Coelho & Sousa, 2020). De acordo com Sequeira (2006), o relaxamento por imaginação guiada não deve ser aplicado em estados psicóticos agudos. As outras técnicas, de uma maneira geral, não possuem contra-indicações, estando indicadas para perturbações psicomotoras, stress, perturbações da ansiedade, entre outras.

A técnica de relaxamento utilizada foi a imaginação guiada, na introdução os adolescentes foram acolhidos de forma calorosa, foi-lhes explicada a intervenção a desenvolver e apresentados os objetivos da mesma, despertando o seu interesse e motivação, utilizando-se um método expositivo, interrogativo e participativo. No desenvolvimento foi realizado o relaxamento, através da imaginação guiada, com a leitura da história “A Menina do Mar”, através de um método ativo, expositivo e participativo, onde foi observado o desempenho dos participantes. Na conclusão da sessão, foi promovido um momento para que os adolescentes expressassem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada, escrevendo numa esfera palavras que descrevessem como se sentiram no decorrer da mesma.

Os recursos materiais e as condições físicas do espaço onde se desenrolou a sessão também assumiram um papel fundamental. Para Townsend (2011), existem condições físicas que influenciam a dinâmica dos grupos, tais como: posicionamento em sala; tamanho e associação. O local onde é desenvolvido o grupo terapêutico com os adolescentes deve ser tranquilo e acolhedor.

A escolha da música também é essencial, cada pessoa reage de maneira diferente aos sons que ouve, neste sentido, a música escolhida não tem letra, apresenta sons suaves e relaxantes (“Música Celta – Tranquilizar, Equilibra as Energias, Foco e Atenção, Relaxar”). De acordo com Nunes-Silva, Moreira, Moraes, Rosa & Marra (2012), alguns tipos de música podem favorecer a manutenção da saúde mental, ajudando a prevenir ou a reduzir o stress, a aliviar o cansaço físico e a induzir emoções, podendo ser utilizada como um recurso terapêutico. As autoras acrescentam que as músicas com um andamento lento e com poucas variações rítmicas podem reduzir o stress e favorecer o relaxamento. A música pode levar a uma diminuição da “ansiedade e do medo e, conseqüentemente, da agitação e impaciência, remetendo a pessoa a um estado de equilíbrio necessário ao

aproveitamento dos recursos de ajuda em terapia” (p. 96), surgindo como um indutor do relaxamento.

Penso que no decorrer da sessão, foram despertados os vários sentidos: a visão surge como fruto da nossa imaginação, tal como o paladar; a audição surge através do som escolhido para a sessão, através da importância que a música representa e como a mesma ressoa em cada elemento envolvido; o tato através do toque nos objetos circundantes e da temperatura envolvente, que deve ser acolhedora (exemplo: o peso dos cobertores envolventes de forma a que se sentissem quentes, contidos e acolhidos; o uso dos peluches significativos para os adolescentes; a colocação do ar condicionado nos 30°C); o olfato que pode ser utilizado, por exemplo, através da colocação de uma vela aromática no ambiente. A meu ver, todos estes sentidos foram também estimulados através da imaginação e da memória, no decorrer da sessão de relaxamento realizada. Foi interessante observar como cada adolescente reagia aos estímulos fornecidos pela equipa. Achei curioso que duas das adolescentes que participaram na sessão adotassem uma posição fetal à medida que a sessão decorria, fechando-se nelas próprias, quase desaparecendo no colchão. No entanto, não encontrei fundamentação científica que o justificasse.

O tamanho do grupo, surge também como um aspeto relevante, uma vez que o número de pessoas num grupo influencia a interação entre os membros do mesmo (Townsend, 2011). O grupo era constituído por dez adolescentes, cada um deitado no respetivo colchão. No decorrer do relaxamento por imaginação guiada, a vivência da experiência é de tal forma intensa, que o cérebro acaba por responder como se se tratasse de uma experiência real, produzindo, deste modo, efeitos psicossomáticos benéficos (Apóstolo, 2010).

Para entender o impacto que este tipo de intervenção pode ter na prevenção e gestão do comportamento agressivo, importa entender como devemos atuar perante esse tipo de comportamentos. Segundo Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva (2020), o comportamento agressivo deve ser encarado como uma forma de comunicar. Neste sentido, o enfermeiro deve estar preparado para compreender e intervir perante este tipo de comunicação desajustada. Deve também tentar identificar e entender os fatores desencadeantes desse tipo de comportamento e desenvolver estratégias para que consiga intervir em situações de crise (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018).

Uma das estratégias fundamentais é a prevenção deste tipo de comportamentos. Tendo em consideração a escalada da agressividade, constatamos que a prevenção/gestão do comportamento agressivo atravessa diferentes fases. Porém foco-me apenas na primeira, que diz respeito às Medidas Preventivas, que têm como principal objetivo evitar o potencial de agressividade (Royal College of Nursing, 2005). O enfermeiro pode adotar diferentes estratégias, tais como: realização de exercícios de autoconfiança, exploração de medos, autoperceção com o cliente; técnicas de relaxamento programadas; reflexão acerca de situações de zanga e como lidar com a agressividade, promovendo o autoconhecimento da pessoa. Pode também recorrer ao uso de instrumentos de observação do comportamento do doente, que passam pela observação de quatro pontos essenciais, a observação da postura do doente, do seu discurso, a atividade motora e conhecimento da história prévia de agressão.

Retirando conclusões da situação vivenciada, no meu entender, o relaxamento surge como uma estratégia de prevenção do comportamento agressivo. Observei que os adolescentes que se apresentavam mais tensos e inquietos antes da sessão, saíram da mesma mais calmos, tranquilos e “em paz consigo mesmos”. De acordo com Townsend (2011), as técnicas de relaxamento podem surgir como uma estratégia terapêutica para se lidar com o stress e a tensão, sempre que o cliente manifeste risco de auto ou de heteroagressividade. Fornece-nos ainda o exemplo do relaxamento muscular, que contribui para a diminuição da tensão e intensidade do corpo, permitindo o descanso do mesmo e favorecendo o bem-estar do cliente. Segundo Ladim & Borsa (2017), “as intervenções preventivas podem ser realizadas com fins de redução de danos e ampliação do repertório de comportamentos pró-sociais” (p. 110). Neste sentido, o relaxamento pode ser encarado como uma medida preventiva dos comportamentos agressivos, que eu posso vir a aplicar no decorrer do estágio ou mesmo no meu contexto laboral.

Constato novamente a importância que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume na dinamização deste tipo de sessões, oferecendo-se ao outro como instrumento terapêutico. Assim sendo, é essencial que o enfermeiro esteja disponível para desenvolver um trabalho pessoal, emocional e afetivo, de forma que consiga implementar uma intervenção terapêutica em saúde mental, estando disposto a utilizar-se como um instrumento terapêutico na

relação com a criança/adolescente e respetiva família (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018).

No futuro, procuro continuar a aprofundar e a adquirir conhecimentos sobre a importância que o relaxamento pode ter na prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental. Pretendo também continuar a pesquisar e a aprofundar os meus saberes na área da Pedopsiquiatria, uma área onde há muito para explorar, trabalhar e investir.

A meu ver, o presente local de estágio, tem contribuído em larga escala para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que permite um olhar diferente sobre as situações e um tempo mais alargado para me pensar e para pensar o outro. Existe um espaço para a reflexão sobre o que faço, sobre o que não faço e que devia fazer, sobre o que posso melhorar e como posso evoluir. Esse espaço também é criado com os jovens internados, trabalhando-se diariamente o seu autoconhecimento. Olho para esta etapa como uma bola de ping-pong, em constante troca, em que eu dou, mas também recebo, em que ajudo o outro a conhecer-se e o outro enche-me de ensinamentos que permitem também conhecer-me melhor. Espero continuar nesta troca tão gratificante, evoluindo a cada dia, reconhecendo as minhas limitações e falhas e aprendendo com o que este contexto tem para me oferecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Batista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 194 – 216) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Cartaxo, T., Pedroso, S. & Cerejeira, J. (2014). Psiquiatria da infância e adolescência. In Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (Coord.). *Psiquiatria fundamental* (pp. 473 – 485). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 202 - 210). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ladim, I. & Borsa, J. C. (2017). Revisão sistemática sobre programas de intervenção para redução de comportamentos agressivos infantis. *Revista Contextos Clínicos*. 10 (1), pp. 110-129. Doi: 10.4013/ctc.2017.101.09
- Monteiro, P. & Confraria, L. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (Coord.). *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (pp. 339-358). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Nabais, A., Nunes, L., Cutcliffe, J. & Santos, J. (2018). Psychiatric/mental health nursing care of children and adolescents. In Santos, J. & Cutcliffe, J. (Eds.). *European psychiatric/ mental health nursing in 21st century* (pp. 507 – 520). Coimbra: Springer.
- Nunes-Silva, M., Moreira, L. C., Moraes, G. R. J., Rosa, G. T. & Marra, C. A. S. (2012). A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP. *Contextos Clínicos*. 5(2), pp. 88-99. Doi: 10.4013/ctc.2012.52.03
- Payne, R. (2000). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Royal College of Nursing (2005). *Violence. The Short-term Management of Disturbed/Violent Behaviour in in-patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. NICE: London.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 11, 59-62.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Spadini, L. S. & Souza, M. C. B. M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 10(1), pp. 132-138. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100018>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Jornal de Aprendizagem – “Semana da Agressividade”

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, propus-me assumir o papel de terapeuta e coterapeuta na semana intitulada “Semana da Agressividade”, pelo que necessito de refletir e analisar a minha prática no decorrer da mesma. Para tal, foi proposta a realização de um jornal de aprendizagem acerca de como me senti no decorrer da semana. O mesmo será realizado de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs, uma vez que este método permite-me estruturar e organizar o meu pensamento, refletir acerca dos sentimentos que emergiram, estabelecer ligações teórico-práticas, ponderar e avaliar o que correu bem e o que poderia ter corrido melhor e dá-me a oportunidade de pensar o futuro.

A “Semana da Agressividade” foi estruturada no âmbito do projeto proposto acerca da temática da prevenção e gestão do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental. Pensei esta semana como uma forma de trabalhar este tema com os adolescentes internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria (UIP). Para tal, foram planeadas cinco sessões, tendo em consideração cada um dos mediadores utilizados na unidade, isto é, foi planeada e desenvolvida uma sessão sobre a agressividade integrada nas seguintes intervenções socioterapêuticas existentes: Expressão dramática; Dança e Movimento; Terapia pela arte; Psicoeducação; e Cineterapia. Foi também planeada uma sessão de introdução da temática aos adolescentes internados e realizado um balanço semanal sobre as dinâmicas desenvolvidas.

No presente jornal de aprendizagem irei primeiramente descrever cada uma das sessões, refletir e pensar acerca dos sentimentos que emergiram na dinamização de cada uma delas e pensar o que correu bem e menos bem, apresentando cada uma das sessões desenvolvidas e o que as mesmas despoletaram em mim. Por fim, farei a análise global da semana e do meu papel como terapeuta e coterapeuta, pensando também sobre ações futuras. Estructurei assim o meu pensamento, pois considero que será mais perceptível pensar cada uma das sessões individualmente.

A “Semana da Agressividade” iniciou-se no dia 20 de janeiro de 2023 e terminou no dia 27 de janeiro de 2023. No primeiro dia, foi realizada a introdução ao tema a desenvolver e teve como objetivo explicar o que seria trabalhado e entender quais as expectativas dos adolescentes face à temática escolhida. Foi solicitado que cada

adolescente retirasse uma carta DiXit (jogo com imagens) que para si representasse a agressividade e que partilhasse com o grupo o motivo da escolha da mesma. Foi também pedido que completassem as seguintes frases: “Para mim a agressividade é...” e “Sinto-me com raiva quando...”. Começava assim a semana que intitulei como “Semana da Agressividade”, sendo criada uma cartolina para cada adolescente, onde ao longo da semana, pudessem colocar frases sobre como se sentiam em cada uma das sessões. Foi também estimulada a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada. Esta fase introdutória teve a duração de aproximadamente 15 minutos e estiveram presentes 9 adolescentes. Tendo em consideração o que pensei e senti no primeiro dia, penso que me senti de certo modo insegura e com receio de que os envolvidos não tivessem interesse no tema abordado. O tempo disponível para apresentar o tema também era curto e a pressão do mesmo deixou-me mais receosa. Fiquei mais tranquila quando os participantes aderiram ao que foi proposto, conseguindo identificar o que para eles era a agressividade e em que momentos sentiam raiva. Considero que a escolha da carta, também os ajudou a definir a agressividade, servindo como um mediador para expressar aquilo que pensam. Esta sessão de introdução foi fugaz, mas ao mesmo tempo necessária para entender as expectativas dos adolescentes. Sinto que as verbalizações das expectativas acerca do tema ficaram aquém do que esperava, uma vez que uns encolheram apenas os ombros e outros responderam de forma pouco consistente. Neste sentido, considero que os sentimentos que emergiram em mim foram de certo modo ambivalentes, por um lado estava tensa e receosa, ambicionando um maior entusiasmo por parte dos envolvidos, por outro lado estava empolgada e interessada em que o que tinha planeado resultasse. O medo do desconhecido tentava envolver-me, porém respirei fundo (estratégia que me ajuda a tranquilizar) e agarrei a oportunidade única que tive, poder trabalhar durante uma semana inteira sobre uma temática escolhida por mim e ver que resultados iria obter, desafiando-me.

A primeira intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 23 de janeiro, integrada na técnica “Expressão dramática”, com o tema “Estou Zangado – 6 óculos para ver diferente”. Para esta intervenção, tinha pensado a utilização dos 6 chapéus do pensamento de De Bono. No entanto, por existirem casos de pediculose na UIP, foi necessário repensar a sessão, recorrendo a outro objeto. Os chapéus foram substituídos por óculos, mantendo as cores dos chapéus e a sua simbologia. A

escolha dos óculos remete para um olhar diferente perante as situações, algo que os chapéus também representavam. Os adolescentes internados foram convidados a colocar os óculos, vendo o que os rodeia da cor dos mesmos. O objetivo da sessão seria colocar o adolescente a pensar sobre um momento em que se sentiu zangado, frustrado ou com raiva, através da utilização desta técnica, identificando os aspetos positivos e negativos da situação vivenciada e procurando novas formas de resolução de problemas no futuro.

Considero que é interessante refletir e pensar esta intervenção pondo também eu os óculos das diferentes cores. Começando pela cor azul, que está relacionado com equilíbrio, orientação e autocontrolo e que representa o pensamento estruturado, posso referir que pensei esta sessão como um momento de reflexão acerca de uma situação que causou raiva nos participantes, pensei na técnica dos seis chapéus do pensamento, uma vez que foi uma técnica que tive a oportunidade de experimentar na Unidade Curricular de Psicodrama e Sociodrama e que despoletou em mim um grande interesse, permitindo que eu pensasse o mestrado de outra perspetiva e de forma organizada. Neste sentido, achei que seria útil para os jovens organizarem também eles o seu pensamento, compartimentando o mesmo, de forma que fosse mais fácil entender aquilo que pretendem expressar. Tendo em conta o desenvolvimento da intervenção, considero que de um modo geral, os adolescentes conseguiram identificar situações que lhe causavam zanga, raiva ou frustração e pensaram sobre as mesmas.

Colocando os óculos brancos, que estão relacionados com factos, números e informações, posso referir que participaram 12 adolescentes, sendo introduzida a temática àqueles que não tiveram presentes no primeiro dia. Foi realizada no ginásio da UIP, sendo a população alvo os adolescentes internados com problemas de saúde mental. Foram desenvolvidas duas sessões, com duração de 40 minutos cada, sendo o grupo dividido ao meio, de forma que se sentissem mais ouvidos e com mais iniciativa para partilhar o que sentiam, num grupo mais pequeno e intimista. A equipa era constituída por mim e pela Enfermeira D.

Colocando os óculos amarelos, relacionados com as vantagens e benefícios de determinada situação, considero que a sessão foi útil para os envolvidos, uma vez que conseguiram identificar as situações e falar sobre as mesmas, surgindo um espaço de partilha e de reflexão. Enquanto dinamizadora,, considero que o

planeamento da sessão junto da orientadora clínica e da Enfermeira D surgiu como uma vantagem, permitindo organizar o meu pensamento e aquilo que pretendia desenvolver. Outra vantagem é ter tido sempre presente a Enfermeira D, que me deu confiança e que me ajudou a dinamizar a sessão.

Colocando os óculos pretos, que identificam as desvantagens e os aspetos negativos de determinada situação, considero que inicialmente estava tensa e retraída. Tive dificuldade em mediar as interações desajustadas que alguns elementos tinham com os pares, apresentando também dificuldade em colocar limites. Considero que deveria ter projetado melhor a voz, para que me fizesse ouvir, algo que necessito de continuar a trabalhar.

Colocando os óculos vermelhos, relacionados com as emoções e sentimentos, considero que no primeiro grupo estava mais tensa e receosa, as palavras não fluíram tão bem e o meu corpo estava mais pesado e rígido. Na segunda sessão do dia, senti-me mais descontraída e disponível. O facto de já ter experimentado o papel de terapeuta deixou-me mais confortável e confiante perante o segundo grupo, uma vez que já tinha vivido a experiência. Confesso que tive medo de me esquecer de parte do que tinha planeado, porém senti-me mais calma por saber que tinha presente um elemento da equipa de enfermagem, que me ajudou a dinamizar a sessão. Outro dos meus receios era que os adolescentes não aderissem ou não entendessem o que era proposto, que não lhe atribuíssem um sentido ou significado. Já tinha pensado num “plano B” para o caso de não aderirem, tal como realizar a estátua deles quando estão com raiva ou zangados, porém, o facto de as sessões terem decorrido como planeado, fez com que me sentisse mais calma e confiante. Entendo que muitas vezes está presente em mim o medo de falhar, o receio de não chegar ao outro, de fazer algo que não seja significativo. Estas características fazem parte de mim e agora apercebo-me que sempre fizeram, pelo considero que tenho de trabalhar a minha confiança.

Por fim, colocando os óculos verdes, relacionados com novas ideias e sugestões, penso que só com a prática é que conseguirei desenvolver o meu papel de terapeuta. Trabalhar a confiança será um foco fundamental, pois só assim é que conseguirei dar confiança ao outro perante os meus cuidados. Uma das estratégias para trabalhar a minha confiança passa precisamente pela experiência, por me desafiar, por me por à prova, por sair da minha zona de conforto, algo que já comecei a realizar ao lançar-me para a “Semana da Agressividade”.

A segunda intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 24 de janeiro, integrada na técnica “Dança e Movimento”, com o tema “Dançar as emoções”. O objetivo da sessão seria dançar as emoções, procurando também “dançar a agressividade”, de forma a permitir a libertação da tensão acumulada pela raiva através do movimento. A proposta seria recorrer à técnica dos cinco ritmos, criada por Gabriell Roth. A sessão teve a duração de 40 minutos e participaram 8 adolescentes. Inicialmente seriam 10 participantes, porém dois acabaram por abandonar a sala no início da intervenção. Confesso que ver os adolescentes abandonar a sala me deixou desconfortável, não compreendi de imediato o motivo da sua desistência e a percepção que tive foi que tinham saído mais do que duas pessoas da sala. Pensei, como posso fazer com que isto resulte?

Antes da realização da sessão, tive a necessidade de criar um guião para a sessão, tal era o meu desconhecimento perante este mediador. O facto de ter um guião deu-me mais segurança, pois serviu como forma de organizar o meu pensamento. Teria era de ter o cuidado de não ficar demasiado presa ao mesmo, uma vez que a sessão teria de ser fluida e não rígida, adaptando-me ao que os adolescentes me davam no momento.

Esta foi das sessões que me causou mais ansiedade prévia, tive de ler e reler o meu planeamento, procurei colocar-me na situação e simular a intervenção a realizar nos dias anteriores de forma a sentir-me mais confiante. Tive ainda a oportunidade de pensar o planeamento da sessão junto da Enfermeira M e da Enfermeira F, que dinamizam esta técnica socioterapêutica na UIP. As mesmas ajudaram-me na preparação da sessão e no desenvolvimento da mesma.

Tenho a percepção que a minha postura era tensa e rígida no início da sessão, mas considero que o meu corpo ficou mais leve e descontraído à medida que a mesma ia decorrendo. A voz que ao início era trémula e tímida, tornou-se mais clara e confiante. Porém, sinto que devia ter projetado mais a voz, para que me pudessem ouvir melhor. Senti dificuldade em fazer ouvir a música e fazer com que a minha voz se expressasse. Sinto também que deveria ter respeitado melhor os silêncios, dando espaço para que se ouvisse as letras das músicas. Por outro lado, as músicas utilizadas ajudaram-me a ter uma noção do tempo a cumprir em cada uma das fases dos cinco ritmos.

Tendo em conta o que observei, considero que o grupo estava pouco disponível numa fase inicial, no entanto, quando chegou a fase do “Caos” a entrega foi total. Ver o prazer com que pegavam nos papéis com as emoções e sentimentos escritos e os atiravam uns aos outros deixou-me alegre e até eu me diverti a atirar os mesmos. Ver a espontaneidade com que uma das participantes pegou em todos os papéis e os guardou para si mesma, atirando-os de forma explosiva ao mesmo tempo, também provocou em mim alguma perplexidade, uma vez que é exatamente o que ela faz no seu dia-a-dia, guarda todas as suas emoções e sentimentos no seu interior, até ao dia em que não as conteve mais e as expressou de forma desajustada e explosiva. Foi o que ela demonstrou de forma inconsciente na presente sessão.

Considero que os participantes conseguiram expressar a agressividade contida e entender como a emoção raiva é vivenciada e que efeitos produz no outro. Outro dos aspetos a salientar ocorreu no momento da reflexão, enquanto descrevia como me senti no decorrer da intervenção, uma das participantes interrompeu-me e disse “falas muito rápido” (*sic*). Nesse momento, tive a percepção de que realmente estava a falar de forma acelerada. Sei que tal acontece quando me sinto nervosa, as palavras correm como se quisesse que o momento desconfortável acabasse o mais depressa possível. Fico feliz por aquela adolescente me ter interrompido dando o seu feedback, pois deu-me a oportunidade de me pensar e de me conhecer melhor. Ainda é algo que tenho de trabalhar, mas agora já tenho consciência da forma como o meu corpo se expressa em momentos de maior stress e desconforto. De um modo geral, esta sessão foi também libertadora para mim, uma vez que me coloquei à prova e superei os meus receios.

A terceira intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 25 de janeiro, integrada na técnica “Terapia pela arte”, com o tema “Moldar a Agressividade”. A proposta seria pedir aos adolescentes que construíssem primeiramente algo livre, sendo também incentivados a passar a sua construção ao colega do lado, que realizou alterações na mesma. As construções foram rodando por todos os elementos do grupo, ajudando os adolescentes a lidar com a frustração de ver a sua obra modificada pelo outro. Posteriormente, foi solicitado que construíssem algo negativo para eles, que lhes cause raiva e tensão, sendo promovida a destruição desse objeto. De seguida, foi pedido que construíssem algo positivo, tal como um amuleto que fosse significativo e que pudessem guardar como uma memória positiva. Foram também

incentivados a partilhar o que cada um construiu, explicando o motivo da sua escolha. O grupo foi dividido em dois, sendo desenvolvidas duas sessões, com duração de aproximadamente 40 minutos. No total participaram 11 dos adolescentes internados na UIP.

Confesso que foi a intervenção com a qual mais me identifiquei, uma vez que as aulas em que tive a oportunidade de experimentar vários mediadores expressivos, foram aquelas às quais mais me entreguei e que mais sentido atribuí. Por vezes, não é fácil fazermo-nos entender através da palavra, o corpo também fala, aquilo que criamos também diz muito sobre nós. Tal como na expressão dramática, senti que estive mais tranquila e disponível na segunda sessão desenvolvida, uma vez que já tinha vivido a experiência, já tinha tido a oportunidade de refletir com a Enfermeira L sobre a primeira sessão, discutindo o que teria corrido de forma positiva e negativa. Considero que ter a presença da Orientadora Clínica me deixou mais confortável e descontraída, pois sei que se em algum momento falhasse, ela estaria disponível para me ajudar e me dar suporte.

Esta foi a sessão em que senti o grupo mais entregue e disponível, pelo que me senti feliz por constatar que o que tinha planeado estava efetivamente a resultar. Na fase inicial, achei curioso a reação dos participantes quando viram as suas peças serem modificadas pelo outro, uns ficaram frustrados, pois o resultado não seria aquele que teriam perspetivado no início. Outros reagiram de forma entusiástica ao constatarem que o trabalho de equipa deu origem a um objeto melhorado, melhor do que aquele que teriam imaginado. Outros ficaram zangados e frustrados, uma vez que teriam de destruir o objeto criado em grupo.

Numa segunda fase, em que foi proposto que construíssem algo que lhes causasse raiva, algo negativo, as peças que mais me marcaram foram as das adolescentes internadas por perturbação do comportamento alimentar. Moldaram os seguintes objetos: balança, pizza, a sociedade, o próprio corpo e o seu reflexo. A balança seria algo negativo por que as faz aumentar de peso. A pizza, apesar de ser um alimento de que gostava uma das adolescentes, era visto como algo negativo pelas calorias que apresenta. A representação da sociedade surge como algo que impõe regras, talvez se referisse aos estereótipos de beleza e à necessidade de serem cumpridos certos padrões. O corpo é algo que lhes causa raiva, pela baixa autoestima que apresentam e por não corresponder às suas expectativas. O reflexo causa-lhes

angústia por ainda ser difícil para elas olharem-se, sentirem-se, ver os seus corpos a transformarem-se ao longo do internamento. Fiquei perplexa e perturbada com aquilo que era tão negativo para as participantes, como é que o próprio corpo pode ter uma conotação tão negativa? A forma como falam de si transparece ódio, ressoando em mim um sentimento de tristeza.

Em seguida, pedi que destruíssem os objetos causadores de raiva. A entrega por parte dos adolescentes foi tal, que até se ouviu um grito “Isto é tão terapêutico!!” (*sic*), enquanto batiam no barro. O barro saltou, foi esmurrado, batido, atirado, amassado de várias formas. A agressividade contida estava a expressar-se de forma livre, tronando-se num momento extremamente libertador. Até eu fiquei em êxtase, tal era o prazer com que as adolescentes destruíam aquilo que mais as zangava. Porém, quando parei para refletir acerca do sucedido, fiquei de certo modo triste e apreensiva, uma vez que algumas se estavam a destruir a elas próprias, a destruir o seu reflexo, a destruir o seu corpo. Por segundos duvidei da minha intervenção, questionando se isto seria realmente terapêutico, tal era o ódio demonstrado em relação a elas próprias. No entanto, senti que foi um momento libertador para as mesmas, em que tiveram a oportunidade de expressar a sua zanga, para no momento seguinte construírem algo de positivo. As peças que moldaram no momento seguinte, deixaram-me mais tranquila e confiante de que a sessão teria produzido efeitos benéficos. Construíram corações com a família, animais, o sol, as estrelas, as memórias positivas. Foi dado um sentido àqueles objetos, que surgem como recursos quando nos sentimos frustrados, zangados, com raiva. Desta forma, entendi que a zanga demonstrada pelos participantes foi expressa de forma ajustada, surgindo como algo libertador para os mesmos.

A intervenção psicoeducativa desenvolveu-se no dia 26 de janeiro, integrada na técnica “Psicoeducação”, com o tema “Tipos de Comportamento”. O objetivo da sessão seria abordar os tipos de comportamento existentes (agressivo, passivo e assertivo), providenciando conhecimentos acerca da temática em estudo e capacitando os adolescentes para um tipo de comportamento mais assertivo, consoante as suas necessidades. A sessão teve a duração de aproximadamente 40 minutos e participaram 10 dos adolescentes internados na UIP. Elaborei um *PowerPoint* com os temas chave a serem abordados e de forma a cativar os participantes. A sala foi previamente preparada, de forma a assegurar que os meios

audiovisuais funcionavam. No entanto, quando me preparada para dar início à apresentação, o computador bloqueou e 20 minutos passaram até o problema estar resolvido. Confesso que fiquei tensa e ansiosa com o sucedido, uma vez que teria dedicado tempo a pensar e a construir os slides para apresentar. Já estava a pensar noutras formas de dinamizar a sessão, apenas através da palavra. Procurei realizar uma introdução mais longa, enquanto a Enfermeira L me ajudava a resolver a situação. Considero deveras importante a presença de mais do que um profissional na dinamização deste tipo de intervenções, dando um suporte essencial para que os objetivos definidos se concretizem. Fiquei mais calma e relaxada, quando conseguimos colocar o meio audiovisual em funcionamento. No entanto, também entendo a importância de não estarmos agarrados a este tipo de meios, estando preparados para dinamizar a sessão sem eles.

As apresentações orais nunca foram algo que me deixasse confortável e descontraída. Falar em público, ter diversos olhos focados em mim, ser a única voz a ecoar na sala é algo assustador para mim. Sinto a minha frequência cardíaca a aumentar, o discurso a ficar mais acelerado e as mãos a tremer. Porém, penso que os que me ouvem não se apercebem do sucedido, ou pelo menos esse é o meu desejo. Considero que consigo controlar estas alterações corporais através da respiração e tentando convencer-me que “vai tudo correr bem”. A verdade é que acaba por correr pelo melhor, porém sinto que origina em mim um desgaste físico e até mental. Penso que ao longo deste curso de mestrado, tenho trabalhado esta questão, ficando cada vez menos tensa neste tipo de situações. Considero que a prática e o colocar-me à prova, tem também contribuído para que eu acredite que sou capaz de o fazer, ganhando uma maior confiança em mim. No entanto, sinto que ainda tenho um longo caminho a percorrer.

Senti que, de um modo geral, os participantes se entregaram na sessão, procurando participar ao longo da apresentação, dando exemplos e opiniões acerca do tema. No momento de reflexão, foi solicitado que cada adolescente escrevesse no cartão fornecido o seu tipo de comportamento, como gostava que fosse e como pode mudar o seu comportamento. Conseguiram identificar como é o seu comportamento e todos gostavam de ter um comportamento mais assertivo. Fiquei de certo modo perplexa, quando uma das adolescentes que mais participou, escreve que esteve desatenta, não conseguindo entender o motivo da escolha desta palavra. Fiquei

contente por conseguirem identificar estratégias para mudar o seu comportamento, tais como: Tentar dizer não; ter uma postura mais confiante; dar a opinião; treinando com as situações que aparecem; ter mais autoestima; partilhar os sentimentos; controlar a agressividade para não gritar; controlar melhor emoções; impor limites e não tentar agradar a todos.

Ao pensar mais profundamente sobre esta temática, confesso que muitas vezes também adoto um comportamento mais passivo, tendo dificuldade em me impor, em expressar as minhas opiniões e sentimentos. No entanto, considero que este curso de mestrado e todas as aprendizagens resultantes dos contextos de estágio, tem servido para me olhar de um modo diferente, contribuindo para a tomada de consciência de mim e do que me rodeia. Tenho a certeza de que hoje me conheço melhor do que há um ano e meio atrás e tenho ambição de que amanhã ainda me conhecerei melhor do que hoje.

A quinta intervenção socioterapêutica desenvolveu-se no dia 27 de janeiro, integrada na técnica “Cineterapia”, com o visionamento do filme “Divertida-mente”. Na análise e reflexão do filme, foi proposto que identificassem quais as emoções que emergiam do filme (medo, alegria, repulsa, tristeza e raiva), aumentando assim a consciência sobre as mesmas. Foi também solicitado que identificassem qual a emoção que tinham mais presente, as que mais emergiram foram o medo e a tristeza. Foi proposto que refletissem sobre como a raiva se manifesta e como a controlar e gerir, identificando em que momentos do filme essa emoção se manifestou. Pensámos também sobre o processo de mudança dos personagens do filme, as suas reações aos conflitos e que estratégias utilizaram para os resolver.

Penso que todos os adolescentes visionaram o filme de forma interessada, apesar de alguns já terem visto o mesmo. Este filme fascina-me, uma vez que aborda temas tão importantes de forma leve e divertida. Por esse motivo, na análise, discussão e reflexão do filme, senti-me mais calma do que em sessões anteriores. O facto de me sentar em roda, estando em grupo com os jovens, ao mesmo nível dos mesmos, fez com fosse criado um ambiente mais tranquilo e acolhedor, propício à partilha.

Por fim, foi realizado, também no dia 27 de janeiro, um balanço semanal, utilizando novamente o mediador inicial (recurso a cartas DiXit). O objetivo é que cada

adolescente escolhesse uma carta sobre como se sentiu no decorrer da semana, como se sentia no momento presente e como perspectivava a semana seguinte. Após a escolha das cartas significativas para cada um, partilharam o motivo da escolha das mesmas. De forma a concluírem a sua cartolina da “Semana da Agressividade”, foi proposto que escrevesse num papel fornecido para o efeito, estratégias para lidar com a raiva. Cada adolescente identificou formas de lidar com a raiva no futuro, tais como: Ler; ouvir música; desenhar/pintar; ver uma série/filme; falar com alguém de confiança; tentar resolver a situação; bater numa almofada; respirar fundo; meditar; andar a pé; objetos anti-stress; mexer no cubo mágico; saber porque estou assim; dar uma volta; fechar os olhos; falar com alguém; focar noutra coisa; rasgar papel; correr. Em seguida, foram incentivados a colarem o que escreveram na sua cartolina da “Semana da Agressividade”, guardando a mesma para si. No fim, foi estimulada a partilha de opiniões e sentimentos acerca da temática apresentada, no entanto, sinto que o grupo não estava tão disponível para tal, o que me deixou apreensiva. Por outro lado, nesta última intervenção, senti-me bem ao ver que o grupo, ao longo da semana, conseguiu identificar o que é a agressividade para eles e o que sentem quando estão com raiva. Conseguiram expressá-la no decorrer da semana utilizando variados mediadores e entender como a mesma se manifesta em si e nos outros. Conseguiram identificar o seu tipo de comportamento e o que fazer para melhorar. Conseguiram refletir sobre a temática proposta e identificaram quais as estratégias que podem vir a utilizar quando se sentem zangados, frustrados ou com raiva.

Considero que evolui ao longo da semana, sentindo-me cada vez mais disponível e tranquila. Penso que os fatores que contribuíram para tal, estejam relacionados com o facto de ter criado uma maior proximidade com o grupo, estabelecendo gradualmente uma relação de maior confiança. O facto de ter desenvolvido tantas sessões em apenas uma semana, fez também com que me sentisse progressivamente mais confiante perante a minha intervenção e permitiu que identificasse aspetos a melhorar nas sessões seguintes. Os sentimentos que mais se manifestam em mim no final da semana são os seguintes: Satisfação, cansaço e superação. Satisfação por sentir que o que planeei produziu frutos, permitiu que os jovens se conhecessem melhor e que se expressassem. Cansaço, uma vez que desenvolver tantas sessões numa semana exigiu muito de mim, quer física, quer mentalmente. A necessidade de conciliar o estágio com o meu contexto laboral,

também originou em mim um grande cansaço. Querer tanto que os objetivos fossem cumpridos e o desejo de que os participantes retirassem algo de bom para si no decorrer desta semana, causou também em mim um enorme dispêndio de energia. Penso que me dediquei para que a semana resultasse e mesmo com os imprevistos que sucederam, penso que me consegui superar e entender que sou capaz de me libertar e fazer com que as coisas resultem.

Analisando a “Semana da Agressividade” e o meu papel enquanto terapeuta e coterapeuta, importa primeiro entender em que consiste uma intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica de enfermagem. Este tipo de intervenções são realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), sendo que, de forma a desenvolver as competências do mesmo, procurei planejar e realizar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas no decorrer da “Semana da Agressividade”. A intervenção psicoterapêutica pode ser definida como “a execução informada e intencional de técnica de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais” (Zeig & Munion, 1990, citado por Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020, p. 171). Em enfermagem, as técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas encontram-se descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Neste caso concreto, pretendia-se atuar na prevenção do comportamento agressivo no adolescente com problemas de saúde mental, sendo que a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem implementada, de acordo com Bulecheck, Butcher, Dochterman & Wagner (2016), foi a “Assistência no controlo da raiva” (4640).

De acordo com Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut (2020), a intervenção psicoterapêutica deverá basear-se numa abordagem integrativa, de forma a dar resposta ao problema (diagnóstico de Enfermagem). Na intervenção implementada visa a dar resposta ao diagnóstico “Comportamento Agressivo” (International Council of Nurses, 2019). Em contexto de ambulatório, a intervenção psicoterapêutica deve ter 3 a 12 sessões, devendo ser de breve a média duração, com sessões com uma duração entre 45 a 60 minutos e na base dessa intervenção devem estar, sempre que seja possível, as taxionomias de Enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020). Em contexto hospitalar, os grupos são abertos, não existindo um número de

sessões fixas e com duração pré-definida, tendo de ser adaptada ao contexto e a cada cliente internado.

Importa também definir o papel do enfermeiro na terapia de grupo, uma vez que a “Semana da Agressividade” foi desenvolvida precisamente num ambiente grupal. Para funcionarem como terapeutas de um determinado grupo, os enfermeiros têm de ser capazes de reconhecer os vários processos que vão ocorrendo nos grupos (exemplo: fase de desenvolvimento, a motivação, entre outros) e necessitam de ter a capacidade de selecionar o estilo de liderança mais apropriado para o tipo de grupo que estão a dinamizar (Townsend, 2011). De acordo com a mesma autora, a terapia de grupo fornece às crianças e adolescentes a oportunidade de interagir com os pares, tendo diversos benefícios, tais como: o feedback positivo e negativo dos pares permite aprender um comportamento social mais apropriado; em grupo têm a oportunidade de aprender a aceitar as diferenças nos outros; aprendem que é aceitável não concordar; têm a oportunidade de aprender a receber e a oferecer o apoio dos outros; e dá-lhes a possibilidade de praticar e desenvolver novas capacidades num ambiente seguro. A terapia de grupo surge assim como uma forma de aprender a partir da experiência dos outros.

As sessões foram pensadas de forma a dar resposta também aos objetivos da terapia de grupo, trabalhando com os adolescentes a temática dos comportamentos agressivos, ajudando-os a prevenir e a gerir esse tipo de comportamentos. O comportamento agressivo deve ser encarado como uma forma de comunicar (Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020), sendo que o enfermeiro deve estar preparado para compreender e intervir perante este tipo de comunicação desajustada (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018).

É possível constatar que a prevenção/gestão do comportamento agressivo atravessa diferentes fases. No entanto, ao longo da semana foquei-me na primeira, que diz respeito às Medidas Preventivas. Estas têm como principal objetivo evitar o potencial de agressividade. De acordo com a Royal College of Nursing (2005), o enfermeiro pode adotar diferentes estratégias, tais como: realização de exercícios de autoconfiança, exploração de medos, autoperceção com o cliente; técnicas de relaxamento programadas; reflexão acerca de situações de zanga e como lidar com a agressividade, promovendo o autoconhecimento da pessoa. Pode também recorrer ao uso de instrumentos de observação do comportamento do doente, que passam

pela observação de quatro pontos essenciais, a observação da postura do doente, do seu discurso, a atividade motora e conhecimento da história prévia de agressão. Neste sentido, todas as intervenções socioterapêuticas desenvolvidas foram pensadas com um objetivo terapêutico, tal como foi abordado anteriormente, estando justificadas cada uma das intervenções nos planeamentos das sessões realizadas e apresentadas previamente.

Para entender o papel do enfermeiro na terapia de grupo, torna-se também crucial entender em que consiste o “Uso Terapêutico de Si”. Segundo Townsend (2011), citando Travelbee (1971), o uso terapêutico de si pode ser definido como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem” (p. 122). Para que tal seja possível é extremamente importante que o enfermeiro desenvolva um grande autoconhecimento e autoconsciência, neste sentido “o enfermeiro deve entender que a capacidade e extensão à qual consegue efetivamente ajudar os outros, quando necessário, é fortemente influenciada pelo seu sistema interno de valores - uma combinação do intelecto emoções” (Townsend, 2011, p. 122). Desenvolver esta consciência de mim tem sido um processo longo, mas gratificante. Saber como me sinto perante os outros e perante as situações que vivi, ter consciência do que o outro provoca em mim e o que eu provoço no outro, tem sido uma experiência única e essencial para o meu desenvolvimento e crescimento enquanto enfermeira. De acordo com Townsend (2011), conhecermo-nos e entendermo-nos a nós próprios aumenta a nossa capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias, entendendo e aceitando a singularidade e as diferenças nos outros. Neste sentido, a tomada de consciência de mim torna-se fundamental para que me possa tornar EEESMP, uma vez que “o aumento da autoconsciência permite ao indivíduo interagir com os outros confortavelmente, aceitar as diferenças nos outros e observar o direito de cada um ao respeito e à dignidade” (Townsend, 2011, p. 125).

Torna-se também fundamental abordar os fenómenos transferenciais e contratransferências. Os primeiros ocorrem quando o cliente transfere para o enfermeiro, de forma inconsciente, sentimentos que formou em relação a alguém do seu passado. A contratransferência diz respeito à resposta emocional e comportamental do enfermeiro em relação ao cliente (Townsend, 2011). Confesso que quando foi necessário mediar a interação de duas jovens na primeira sessão

desenvolvida, surgiram em mim sentimentos de desagrado e impotência. Identifiquei que estava a surgir em mim um fenômeno contratransferencial, uma vez que o comportamento das adolescentes estavam a gerar em mim sentimentos negativos, que surgiram em resposta à transferência por parte das mesmas. Parei para me pensar e entendi que o comportamento delas não era dirigido a mim, mas sim devido à sua faixa etária e ao seu estado de saúde.

A elaboração e consecução desta “Semana da Agressividade” contribuiu em larga escala para o desenvolvimento de competências de EEESMP, uma vez que tive a oportunidade de prestar cuidados psicoterapêuticos e psicoeducacionais aos adolescentes internados, mobilizando o contexto e a dinâmica individual de casa um, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 515/2018). Consegui implementar “intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”, procurei utilizar “técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema” e utilizei “ técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” “(Regulamento n.º 515/2018, p. 21430).

A realização do presente jornal de aprendizagem também permitiu que me pensasse na interação com o outro, que tivesse consciência de como me senti ao dinamizar as sessões e que influência teve em mim toda a experiência de me colocar como dinamizadora de todas as intervenções terapêuticas no decorrer da semana. Esta reflexão permitiu a tomada de consciência de mim, uma vez que tive a oportunidade de monitorizar as minhas “reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (Regulamento n.º 515/2018, p.21428). Ao entender como estive e como me senti nas primeiras sessões realizadas, consegui entregar-me mais e estar mais disponível nas sessões seguintes. Ao dar conta de mim, tive a perceção de como lido com determinadas circunstâncias e como me adapto às mesmas. Compreendi como o meu corpo reage em situações nas quais me coloco à prova e me desafio, o que me permitiu arranjar estratégias para lidar com as mesmas.

Constato novamente a importância que o EEESMP assume na dinamização deste tipo de sessões, oferecendo-se ao outro como instrumento terapêutico. Assim sendo, é essencial que o enfermeiro esteja disponível para desenvolver um trabalho pessoal, emocional e afetivo, de forma que consiga implementar uma intervenção terapêutica em saúde mental, estando disposto a utilizar-se como um instrumento terapêutico na relação com a criança/adolescente e respectiva família (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018). É neste trabalho pessoal contínuo que quero continuar a investir diariamente, aprofundando e adquirindo novos conhecimentos na área da saúde mental e psiquiátrica.

O desenvolvimento da “Semana da Agressividade” permitiu-me desafiar-me e pôr-me à prova enquanto enfermeira generalista, que ambiciona evoluir para EEESMP. Consegui entender o potencial que este tipo de sessões tem na promoção da saúde mental dos adolescentes internados e tive a oportunidade de pensar a minha relação com o outro e de me pensar a mim própria. Considero que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, sendo que a presente reflexão serviu para organizar o meu pensamento e expressar os sentimentos e emoções que uma semana tão exigente despertou em mim. Neste momento, consigo entender o que correu bem e o que posso fazer para melhorar a minha intervenção no futuro. Ambiciono continuar a investir no meu desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira, para que possa prestar cuidados de enfermagem cada vez melhores. Tenho noção de que este é um processo moroso e contínuo, todavia, desejo continuar neste caminho tão gratificante, que é o autoconhecimento e da autoconsciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 194 – 216) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bulecheck, G.M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice: ICNP. Version 2019*. Genebra: International Council of Nurses.
- Nabais, A., Nunes, L., Cutcliffe, J. & Santos, J. (2018). Psychiatric/mental health nursing care of children and adolescents. In Santos, J. & Cutcliffe, J. (Eds.). *European psychiatric/ mental health nursing in 21st century* (pp. 507 – 520). Coimbra: Springer.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº 151 de 07-08-2018), 21427 – 21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Royal College of Nursing (2005). *Violence. The Short-term Management of Disturbed/Violent Behaviour in in-patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. NICE: London.
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 171- 173). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.