



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado como Intervenção  
Psicoterapêutica em Adolescentes com Perturbação  
do Comportamento Alimentar**



**Sónia Marisa Moreno Engrossa Rebelo Santana**



**Lisboa  
2023**



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

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado como Intervenção  
Psicoterapêutica em Adolescentes com Perturbação  
do Comportamento Alimentar**

**Sónia Marisa Moreno Engrossa Rebelo Santana**

---

Orientador: Professor Doutor António Jorge Soares  
Antunes Nabais

---

**Lisboa  
2023**

*O Sonho*

*Pelo sonho é que vamos,  
comovidos e mudos.  
Chegamos? Não chegamos?  
Haja ou não haja frutos,  
pelo sonho é que vamos.  
Basta a fé no que temos.  
Basta a esperança naquilo  
que talvez não teremos.  
Basta que a alma demos,  
com a mesma alegria,  
ao que desconhecemos  
e ao que é do dia a dia.  
Chegamos? Não chegamos?  
– Partimos. Vamos. Somos.*

Sebastião da Gama

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Nabais, pelos reforços positivos e disponibilidade para me orientar com a sua sabedoria.

Às Enf.<sup>a</sup> Fátima e Enf.<sup>a</sup> Manuela, orientadoras de estágio, pela disponibilidade, partilha de conhecimento, entusiasmo e sobretudo por me permitirem experienciar.

A todos os enfermeiros que acompanharam este percurso nos campos de estágio, pela sua disponibilidade e partilha.

Aos adolescentes que me permitiram entrar um pouco no seu mundo e desta forma possibilitar o desenvolvimento das minhas competências, que tamanha generosidade!

À Enf.<sup>a</sup> Lénia que incansavelmente me ajudou com o horário, mês após mês permitindo-me que continuasse a trabalhar, a cumprir o horário letivo e as horas de estágio! Aos meus colegas pelo apoio e compreensão.

Às minhas colegas de turma, por todo o apoio e motivação. Sempre *Teamwork!*

À minha comadre Andreia e à minha afillhada Margarida, que mesmo distantes nunca deixaram de me apoiar...e de me acarinhar.

Aos meus sogros, à minha mãe e vizinhos (que são também amigos), que com carinho tomaram conta dos meus filhotes quando precisei.

Ao meu querido marido Ricardo, ao meu querido filho Rúben e à minha querida filha Sofia, o meu profundo agradecimento por me permitirem seguir os meus sonhos e ao mesmo tempo mostrar-vos que nada é impossível quando se quer muito, quando se tem fé e se tem as pessoas certas junto a nós.

Nunca se esqueçam que vos amo mais que muito!

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para a realização do presente trabalho.

Em uma só palavra, um único desejo: que sintam a minha enorme GRATIDÃO!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Antes de Cristo (a.C.)

American Psychological Association (APA)

Cuidados Centrados na Pessoa (CCP)

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

Coordenadores (Coords.)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Direção Geral de Saúde (DGS)

Edição (ed.)

Enfermeira (Enf.<sup>a</sup>)

Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA - adaptada)

Horas (h)

Índice de Massa Corporal (IMC)

Internacional Council of Nurses (ICN)

Limitada (Lda.)

Número (nº)

Ordem dos Enfermeiros (OE)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Quilos (Kg)

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)

Unidade curricular (UC)

## RESUMO

O presente relatório de estágio, tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica como foram desenvolvidas as competências relativas ao grau de mestre e adquiridas as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas na área da enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

As perturbações do comportamento alimentar tornaram-se, desde há alguns anos, alvo de intensas pesquisas pelo aumento da sua incidência em adolescentes e jovens adultos. Neste relatório é dado ênfase à anorexia nervosa, particularmente numa adolescente em situação de crise em contexto de internamento. Esta perturbação grave do comportamento alimentar é complexa, desafiante e coloca em risco a vida de quem dela padece pelo que necessita de uma intervenção multidisciplinar. Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, que organizam os cuidados a partir do *milieu thérapeutique* e estando presentes durante as 24h do dia com estes adolescentes encontram-se numa posição privilegiada para promover o autocuidado como intervenção psicoterapêutica.

De forma a enquadrar a promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica, optei por abraçar dois modelos teóricos: o modelo teórico de Dorothea Orem, a Teoria do Défice de Auto-Cuidado na Enfermagem, visto esta ser a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado e o modelo teórico de Jean Watson, a Enfermagem a Filosofia e a Ciência do Cuidar, onde prevalece um sistema humanístico de valores que se traduz na importância da autonomia, da liberdade de escolha, no autoconhecimento e no autocontrolo da pessoa.

O percurso desenvolvido durante o estágio em ambulatório e o estágio em internamento foi, repleto de partilhas e de experiências de aprendizagem, pelo que possibilitaram alcançar os objetivos almejados inicialmente em projeto de estágio. A aplicação da Escala GAIA (adaptada), proporcionou a avaliação quantitativa da promoção do autocuidado, que se traduziu na observação de ganhos qualitativos em saúde significativos para a adolescente com perturbação do comportamento alimentar, após a intervenção psicoterapêutica do EESMP proposto por Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluch-Canut & Martins (2018).

Palavras-Chave: Promoção do autocuidado, Intervenção Psicoterapêutica, Adolescência, Perturbação do comportamento alimentar.

## ABSTRACT

This report aims to reflectively and critically describe how the specific skills related to the master's degree and specialist in the area of Mental and Psychiatric Health Nursing were acquired and developed.

Over the last few years, eating disorders have become the subject of intense research due to their increasing incidence in teenagers and young adults particularly in teenagers on a crisis situation in context of hospitalization. This report emphasizes anorexia nervosa, which is a serious, complex, challenging disorder that puts the lives of those who suffer from it at risk and requires multidisciplinary intervention. The mental health specialist nurses, who organize care from the therapeutic milieu and being present during present 24 hours a day with these adolescents is in a privileged position to promote self-care as a psychotherapeutic intervention.

In order to frame the promotion of self-care as a psychotherapeutic intervention, I chose to embrace two theoretical models: Dorothea Orem theoretical model, the Self-Care Deficit. Theory in Nursing, since this is the theory that best supports the promotion of self-care, namely, when this is conditioned by the person's state of health, with a deficit in its self-care action and the Jean Watson theoretical model Nursing, Philosophy and the Science of Caring, where a humanistic system of values prevails, which translates into the importance of autonomy, freedom of choice, self-knowledge and self-control.

The path developed during the outpatient internship and inpatient internship was full of sharing and learning experiences, which made it possible to achieve the objectives initially proposed in the internship project. The application of the (adapted) GAIA scale provided a quantitative assessment to promotion of self-care, which resulted in the observation of significant qualitative gains in health for the adolescent with behavioral disorder, after implementing the EESMP psychotherapeutic intervention model proposed by Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluch-Canut & Martins (2018).

Keywords: Promotion of self-care, psychotherapeutic intervention, Adolescence, Eating behavior disorder.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....6

## PARTE I: PROJETO DE APRENDIZAGEM

<b>1. PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>8</b>
<b>2. QUESTÃO DE PARTIDA.....</b>	<b>9</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM.....</b>	<b>10</b>
<b>5. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO.....</b>	<b>11</b>
5.1. Autocuidado, e a sua promoção.....	11
5.2. Adolescente, desconstruir e construir o conceito.....	13
5.3. Perturbações do comportamento alimentar nos adolescentes.....	15
5.3.1 Anorexia Nervosa.....	16
5.4. Patenteando a Teoria de enfermagem do défice de autocuidado, Dorothea Orem.....	17
5.5. Refletindo na Teoria de enfermagem a filosofia e a ciência do cuidar, Jean Watson.....	20
5.6. Percurso de aprendizagem.....	21
5.6.1. Intervenções Realizadas, descrição e análise.....	21
5.7. O Autocuidado como Intervenção Psicoterapêutica.....	27
5.8. Considerações Éticas.....	30

## PARTE II – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

<b>6. PASSO A PASSO... CHEGAREI A MESTRE.....</b>	<b>31</b>
<b>7. PASSO A PASSO...COMPETÊNCIA A COMPETÊNCIA.SEREI ESPECIALISTA...33</b>	<b>33</b>
<b>8. NOTAS FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>40</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, na área de especialização de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que visa a obtenção do grau de mestre após prova pública.

Pretendo que este relatório seja um documento, por um lado baseado em evidência científica e por outro de cariz reflexivo, mas, sobretudo que espelhe de forma sustentada as atividades desenvolvidas nos estágios decorridos de 26 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023 numa consulta externa e num serviço de pedopsiquiatria da infância e adolescência na região sul de Portugal continental, pertencente a um hospital público.

A escolha do tema tornou-se quase imperativa, uma vez que me propus a uma saída da minha zona de conforto, ou seja, da minha “bagagem profissional”. Desenvolvi, até ao momento a minha atividade profissional especialmente com idosos com diagnósticos demenciais na área da neuroestimulação. Sei que sou uma apaixonada por esta área, no entanto, percebi pouco depois de ingressar no curso de mestrado e especialidade em saúde mental e psiquiátrica que queria “ir para fora de pé” e desafiar-me. Com foco na área nobre de enfermagem ao longo do ciclo de vida da pessoa: o Autocuidado, pretendia desenvolver competências na fase onde efetivamente não tinha qualquer tipo de experiência e saberia à partida que seria um verdadeiro desafio: a adolescência. Já a escolha final da temática, surgiu de forma algo espontânea conjugando as minhas motivações pessoais e profissionais e o que à partida seria possível desenvolver nos locais de estágio com benefícios para todos os intervenientes.

Considerando os pressupostos anteriores, delinheiro os seguintes objetivos gerais para o presente relatório de estágio:

- Enquadrar teoricamente a área de interesse que pretendo adquirir competências;
- Apresentar o projeto de aprendizagem desenvolvido, suportado por evidência científica e contribuindo para a promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica em adolescentes com perturbação do comportamento alimentar no que concerne às intervenções do EESMP;
- Realizar uma análise detalhada do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de mestre e especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Desta forma, a estrutura do relatório de estágio foi dividida da seguinte forma: numa primeira parte onde pretendo apresentar o projeto de aprendizagem, escrevo sobre a problemática, a questão de partida, objetivos, local de implementação do projeto de aprendizagem e enquadramento concetual e metodológico. Neste último capítulo, desdobro-o em sub-capítulos onde pretendo aflorar o autocuidado, e a sua promoção, onde aludo o tema das perturbações do comportamento alimentar nos adolescentes dando palco à anorexia nervosa, patenteio e reflito sobre as teorias de Dorothea Orem e Jean Watson, de seguida dou luz ao meu percurso de aprendizagem, aprofundo o autocuidado como intervenção

psicoterapêutica e termino com as considerações éticas. Na segunda parte, do presente relatório enfatiza-se o desenvolvimento das competências de mestre e especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, escrevesse as notas finais e seguem-se as referências bibliográficas.

A elaboração do presente relatório de estágio teve por base o Guia Orientador para elaboração de trabalhos escritos, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e, as referências bibliográficas e citações estão efetuadas de acordo com a norma APA (American Psychological Association).

## PARTE I: PROJETO DE APRENDIZAGEM

A palavra “projeto” tem origem no latim “*projectum*”, do verbo “*proicere*”, que significa “antes de uma ação”, assim aquando da elaboração escrita do meu projeto de aprendizagem pretendia explicitar de forma clara e coerente o meu propósito de estudo e em simultâneo dar visibilidade às competências específicas do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que pretendia desenvolver durante os meus estágios.

### 1. PROBLEMÁTICA

A profissão de enfermagem, tem para mim como área mais nobre o autocuidado. Sempre foi um interesse debruçar-me sobre o mesmo, antes até de pensar em continuar os meus estudos ingressando no curso de mestrado e especialidade em SMP. Entendo que o autocuidado pode ser definido, e segundo Backman e Hentinen (2001, citado por Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. In Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 113) *como um comportamento racional orientado para a promoção da saúde, e que sendo um elemento intrínseco à vida diária que varia de acordo com diversos fatores*, os enfermeiros dando palco a diferentes teorias de enfermagem podem e devem desenvolver intervenções que se querem psicoterapêuticas junto das pessoas ao longo do seu ciclo de vida. O autocuidado, compreende o conceito fundamental de autonomia que pode ser compreendida *como a capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida do dia a dia, de acordo com as próprias regras e preferências* (OMS, 2002 citado por Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. In Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 113).

Fazendo a ponte para os adolescentes que sofrem de uma perturbação do comportamento alimentar, estes apresentam quase sempre uma necessidade de controlar as situações, dificuldade em tomar decisões e manter um rumo da sua vida cuidando de si próprios (chegando em alguns casos em negligenciar o seu autocuidado). O número de casos com necessidade de recurso ao internamento, tem vindo a aumentar levando a um maior investimento das equipas no tratamento e cuidados personalizados aos adolescentes. Segundo, Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A. (In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C, 2020, p.211) o papel do enfermeiro junto destes jovens incide em desenvolver uma relação de confiança com o adolescente, apoiá-lo nos períodos de ambivalência relacionados com o corpo, promover o insight acerca da sua situação de doença, promover a expressão de emoções, vigilância das alterações orgânicas no jovem, desenvolver um projeto terapêutico mantendo alguma firmeza aquando dos períodos de crise.

Deste modo, pretendo compreender como é que a promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica em regime de internamento, se reflete no processo de recuperação numa adolescente com anorexia nervosa.

## **2. QUESTÃO DE PARTIDA**

A problemática em estudo como referi anteriormente, acabou por ser uma conjugação dos meus interesses com a necessidade da unidade de internamento. Assim, e de forma espontânea surgiu a seguinte questão de partida:

Qual o contributo da promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica em adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, em regime de internamento?

## **3. OBJETIVOS**

Decorrente da questão de partida e de forma a desenvolver competências pessoais e profissionais delinee os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de mestre em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.
- Promover o autocuidado como intervenção psicoterapêutica em adolescentes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar.

Objetivos específicos:

- Refletir acerca do meu desempenho na prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na área da infância e adolescência.
- Descrever as intervenções psicoterapêuticas que permitem a promoção do autocuidado em adolescentes com perturbação do comportamento alimentar.
- Reconhecer o grau de autonomia/independência no autocuidado em adolescentes com perturbação do comportamento alimentar no momento da admissão e no momento da alta.

#### 4. LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM

Como mencionei os estágios foram realizados de 26 de setembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023 numa consulta externa e num serviço de pedopsiquiatria da infância e adolescência na região sul de Portugal continental, pertencente a um hospital público ambos proporcionaram experiências para o meu desenvolvimento e aquisição de competências de mestre e especialista em ESMP. No entanto, o meu projeto de aprendizagem foi implementado no serviço de pedopsiquiatria da infância e adolescência.

A sua área de abrangência é vasta, inclui as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e as Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Aberto 24 horas por dia, 365 dias por ano.

A missão desta unidade altamente especializada, é a prestação de cuidados diferenciados em regime de internamento à população infantil e juvenil até aos 17 anos e 364 dias. A metodologia de trabalho assenta na continuidade de cuidados, da promoção da saúde mental à reabilitação passando pelo tratamento multidisciplinar integrado.

Tendo a lotação de 16 camas, distribuídas por quatro enfermarias e dois quartos individuais. Num vasto corredor apresentam-se dois gabinetes de enfermagem, gabinetes médicos e técnicos, sala de estar, sala de atividades, sala multimédia, sala de culinária, refeitório para as crianças ou adolescentes, copa, zona de sujos e ainda wc's e duchas adaptados.

Um verdadeiro *milieu* terapêutico, fazendo também uso de intervenções a nível pedagógico e social, da terapia farmacológica e de terapias individuais, de grupo e familiares. As intervenções assentam num trabalho de equipa pluridisciplinar, onde se privilegia a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce, bem como a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma.

As atividades terapêuticas programadas, como a expressão dramática, a dança e movimento, a expressão pela arte, a psicoeducação, a culinária, a cineterapia, o autocuidado e o relaxamento em cada dia da semana, lideradas pela equipa de enfermagem são basilares nesta unidade.

Relativamente ao projeto terapêutico de cada criança/adolescente é, como não poderia deixar de ser personalizado e negociado com cada um e discutido diariamente em contexto de reunião multidisciplinar. Esta equipa multidisciplinar é composta por 20 enfermeiros, 3 Pedopsiquiatras, 2 Pediatras, 10 auxiliares, 2 Psicólogos, 1 Psicomotricista (3x por semana), 1 Assistente Social (1x por semana). Aguardam a contratação de um terapeuta ocupacional.

Por último referir que esta unidade possui ainda funções de ensino e de investigação científica com diversas universidades e centros de investigação.

## 5. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO

### 5.1. Autocuidado, e a sua promoção

O termo autocuidado, tem vindo a ganhar significado para o comum dos cidadãos nas últimas décadas e os principais responsáveis pela sua divulgação são: o marketing e as várias redes sociais. Podemos dizer que o termo autocuidado já faz parte da nossa linguagem quotidiana, contudo encontrar a origem da palavra autocuidado torna-se uma verdadeira viagem no tempo. Segundo Brito, A. e Martins, T. (2021) é difícil atribuir a sua origem a um autor em particular, mas Sócrates (o pai da Medicina) e Florence Nightingale (associada à ideia de cuidar de si próprio) são os mais apontados parecendo existir consenso que o termo tenha surgido no âmbito da saúde (Mills, Wand, & Fraser, 2018). O paradigma dominante da saúde desde o início da espécie humana, encontrava-se centrado no cuidado individual, em família ou em comunidade. O suporte institucional até meados do século XIX era reduzido, logo na presença de doenças recorria-se a preparações tendo por base plantas (mesmo sem certeza da sua eficácia), ao conhecimento que era passado de geração em geração e comumente existia alguém na comunidade com maior domínio na área da saúde. Citando Brito, A. e Martins, T. (2021), as pessoas eram responsáveis pela sua saúde e pela saúde das suas famílias, pois a autossuficiência era obrigatória e quase universal (p.5).

O desenvolvimento de novas profissões na área da saúde, as descobertas científicas, os avanços tecnológicos nas diversas áreas da saúde, durante os séculos XIX e XX foram os principais responsáveis pela mudança de paradigma nesta área. A confiança das pessoas nos profissionais de saúde e nos tratamentos levou-as a adquirir um papel passivo, cumprindo o que lhes era indicado. De acordo com Brito, A. e Martins, T. (2021) neste período o autocuidado passou a ser pouco valorizado e a abordagem paternalista da saúde (que trata a doença em vez de as prevenir) mantêm-se até aos dias de hoje em alguns países.

O renascimento do autocuidado ocorre em associação a um movimento que surge após a segunda guerra mundial, movimento da saúde positiva que desviou a atenção da doença para a saúde e simultaneamente lança um conjunto de novos conceitos (salutogénese, resiliência, *hardiness*, entre outros). Refletindo sobre uma perspetiva histórica mais recente, entende-se que a atitude das pessoas em relação à sua saúde tem vindo a transformar-se. A promoção da saúde e a sua prevenção encontram-se na ordem do dia, porém é necessário o aumento da literacia em saúde para que se possa decidir de forma autónoma e segura. Levin e Idler (1983, citados Brito, A. e Martins, T. 2021), estimaram que 82,7% das situações que envolvem “desconfortos”, pequenas lesões traumáticas e alguns sintomas esporádicos são, geralmente, resolvidas sem recorrer a profissionais. Por norma, só quando um sintoma se torna persistente ou evolui na sua gravidade é que as pessoas recorrem a serviços de saúde (p.6).

Após esta breve resenha histórica, torna-se imperativo definir autocuidado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que atualizou este conceito passando-o a definir como a capacidade de os

indivíduos, famílias e comunidades promoverem a saúde, prevenirem doenças, manterem a saúde e lidarem com doenças e incapacidades com ou sem o apoio de um profissional de saúde. Neste âmbito, o autocuidado inclui a promoção da saúde, prevenção e controlo da doença, automedicação, cuidados a pessoas dependentes, procura de cuidados de saúde primários, especializados ou hospitalares quando necessário, e reabilitação, incluindo cuidados paliativos (OMS, 2022).

Afunilando o conceito de autocuidado para a enfermagem, menciono o *Internacional Council of Nurses* (ICN), que define autocuidado como uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária (citado por Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. In Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 113). No foco de enfermagem “Autocuidado”, em concordância com o ICN (2015) existem outros focos de atenção relativos aos diferentes tipos de autocuidado e às necessidades apresentadas pela pessoa dependente, detalhadamente:

Tomar banho; Vestir-se ou despir-se; Alimentar-se; Arranjar-se; Cuidar da higiene pessoal; Autoelevar; Usar o sanitário; Transferir-se; Virar-se; Lavar-se; Usar a cadeira de rodas (ICN, 2015 citado por Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. In Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 113).

De acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), autocuidado é definido como uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (2016, p.42).

De acordo com Levin *et al.* (1979) citado por Silva, C. (2013), o autocuidado é definido como um processo pelo qual um leigo age por sua conta na promoção da saúde e prevenção, assim como um despiste da doença e no seu tratamento (p.41). Na realidade, existe um vasto conjunto de medidas de autocuidado básicas e de pouca complexidade que causa grande impacto no bem-estar e na saúde das pessoas. Logo, e parafraseando Brito, A. e Martins, T. (2021) se as pessoas compreenderem o alcance destas atitudes e comportamentos poderá ter um contributo efetivo e controlo sobre os seus processos de saúde/doença, ficando apenas as situações mais diferenciadas e complexas a necessitar da ajuda e intervenção dos profissionais de saúde (p.6).

Pelo exposto, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica encontra um nicho de extrema importância para promover o autocuidado como intervenção psicoterapêutica, prevista na quarta competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP): *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* (2018, p. 21427).

## 5.2 Adolescente, desconstruir e construir o conceito

Eduardo Kalina, psiquiatra argentino parece dizer tudo sobre a adolescência com a seguinte frase: *o primeiro grande salto para a vida é o nascimento, o segundo é a adolescência* (1974, citado por Becker, D. 1985, p.6). Todavia, desejo fazer uma breve sinopse histórica sobre o conceito de adolescência, passando por mitos e preconceitos a que esta fase do ciclo da vida parece à partida suportar.

A palavra adolescência vem do latim “*adolescere*”, e tem como significado crescer. De acordo com, Melvin e Wolkmar (1993, citado por Schoen-Ferreira, T. e Aznar-Farias, M., 2010), *a palavra adolescence foi utilizada pela primeira vez na língua inglesa em 1430, referindo-se às idades de 14 a 21 anos para os homens e 12 a 21 anos para as mulheres* (p.228). Porém o conceito provavelmente nasce na Roma Antiga em 193 a.C., onde a educação dos jovens ficava a cargo dos seus pais numa vertente prática pois formavam-se agricultores, guerreiros ou cidadãos. Sendo que aos 14 anos os meninos abandonavam as vestes infantis e poderiam fazer o que entendessem, as meninas poderiam casar-se a partir dos 12 anos, mas só aos 14 eram consideradas adultas.

Desde então o conceito de adolescência, a forma como são tratados e vistos pelas sociedades tem sofrido inúmeras alterações. Na Grécia antiga os jovens eram vistos como impulsivos, excitatórios e era permitido discursar em assembleias desde os 16 anos. Já na Idade Média as *crianças e adolescentes eram considerados adultos em miniatura* (Garrod, Smulyan, Powers & Kilkenny, 1950, citado por Schoen-Ferreira, T. e Aznar-Farias, M., 2010, p.229). No século XVI, Shakespeare escreveu um poema com o título “As Sete Idades do Homem”, referindo-se ao período da adolescência como a idade do soldado, amante, resmungão e que não gosta da escola. Durante o século XIX, a adolescência passa a ser traduzida como um “momento crítico”, em que passa a ser observada como uma fase de risco para o próprio indivíduo como para a sociedade, surgindo assim os primeiros serviços de saúde dedicados especialmente aos adolescentes que frequentavam colégios, bem como a fundação da Associação de Médicos Escolares (Silber, 1997, citado por Schoen-Ferreira, T. e Aznar-Farias, M., 2010). Iniciam-se então, os primeiros estudos científicos sobre a adolescência pela mão de Stanley Hall (1904) que descreveu este período como *tempo de pureza e idealismo, mas também como período da vida com grandes perigos de corrupção (...) de mudanças de humor, de oscilação entre a vaidade e humildade, entre alegria e tristeza, entre a necessidade de isolamento ou de grande dependência* (citado por Monteiro, P. e Confraria, L., In Monteiro, 2014, p. 339).

Ao longo do século XX, emergiram diferentes teorias e descrições sobre a adolescência, contudo muitos estudos tinham amostras restritas enviesadas pelo que *muitas das ideias que foram sendo difundidas sobre os adolescentes não correspondiam, na realidade, à maioria dos casos tornaram-se “mitos e preconceitos”* (citado por Monteiro, P. e Confraria, L., In Monteiro, 2014, p. 340). Felizmente, autores como Offer e Schonert-Reichl e Graham realizaram estudos objetivos sobre as ideias, mitos e preconceitos infundados que se perpetuam erroneamente até aos dias de hoje:

- *O normal desenvolvimento adolescente é tumultuoso;*
- *Durante a adolescência, há um crescendo de agressividade, perda de controlo e dificuldade em lidar com a frustração;*
- *Os adolescentes são obcecados por temáticas sexuais devido às mudanças hormonais, próprias desta fase, que facilitam comportamentos sexuais promíscuos;*
- *É uma idade caracterizada por grande desacordo entre pais e filhos e desafio à autoridade;*
- *Os adolescentes mostram grande imaturidade de pensamento em relação aos adultos;*
- *A adolescência constitui uma fase da vida claramente demarcada da infância e do adulto;*
- *O adolescente tem constantes dúvidas em relação à identidade;*
- *Os adolescentes são emocionalmente imaturos, em contraste com a maturidade física, e têm dificuldade em lidar com as mudanças tão rápidas da sua idade;*
- *Os adolescentes são caracteristicamente propensos a idealismos;*
- *A adolescência é um período de grande criatividade e de novas ideias.*

(Graham, 2004, citado por Monteiro, P. e Confraria, L., In Monteiro, 2014, p. 340).

Face ao exposto, é agora fundamental reter o que a Organização Mundial da Saúde menciona sobre a adolescência. A OMS, define a adolescência como sendo um período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, e é dividida em três fases:

- Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos,
- Adolescência – dos 15 aos 19 anos completos,
- Juventude – dos 15 aos 24 anos.

Em termos de conceção sobre a “adolescência” parafraseio, Matos, M., Cerqueira, A., Guedes, F., Gaspar, T. (In Leal, I., Ribeiro, J. P., 2021) que a definem como um período do desenvolvimento humano situado entre a infância e a idade adulta. É um período onde ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais que trazem novos desafios e uma necessidade de desenvolvimento e adaptação de competências (p. 195). Olhando para os dias de hoje, é importante olhar para as especificidades da adolescência na sociedade contemporânea pois segundo Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A. (In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C, 2020) poderemos estar perante sujeitos cada vez mais instáveis, insaciáveis, eternamente em busca de prazer (p. 196). A OMS (2017) alerta para um aumento de prevalência de problemas de saúde mental nos adolescentes, sendo considerados como uma das principais causas de morbilidade nesta faixa etária.

A importância desta desconstrução e construção do conceito de adolescente no presente relatório é de extrema importância para mim enquanto pessoa e enfermeira em desenvolvimento pessoal e profissional pois, também eu “Sónia” e eu “Enfermeira Sónia” tinha preconceitos e crenças enraizadas sobre esta fase tão importante e vulnerável do ciclo de vida. Pretendo, como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica não perder de vista que o adolescente é um indivíduo em profunda transformação e cuja autonomização é emergente pois tenho a certeza de que dar-me-á foco para a promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica junto dos mesmos e ajudar-me-á

simultaneamente no desenvolvimento da primeira competência 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* (2018, p. 21427).

### 5.3 Perturbações do comportamento alimentar nos adolescentes

Segundo Monteiro, P. e Confraria, L. (In Monteiro, P. 2014), na adolescência as dificuldades de diagnóstico colocam-se em duas vertentes: distinguir o que é patológico do que é normal e estabelecer um diagnóstico definitivo quando há patologia (p.352). Porém, é de fácil percepção que na adolescência são numerosas e diversas as necessidades de saúde. De uma forma geral, o adolescente atribui bastante importância ao corpo, pelo que a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013) determina nos cuidados antecipatórios a puberdade, alimentação e atividade física (citado por Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A. In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C., 2020, p. 201). No âmbito da alimentação é importante conhecer os seus hábitos, o que entende sobre alimentação saudável e o seu conceito de autoimagem por forma a prevenir as alterações do comportamento alimentar que na literatura são designadas por: Obesidade, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

Existem outras categorias de perturbações alimentares, como: Perturbação emocional a envolver recusa alimentar, Alimentação seletiva, Disfagia funcional, Síndrome de recusa alimentar pervasiva, PICA (alotriofagia ou alotriogeusia) e Ruminação (Bryant-Waught e Lask (2010, citados por Martins, V., Mansilha, H., In Monteiro, P., 2014), sendo que no presente relatório desenvolverei apenas a perturbação do comportamento alimentar Anorexia Nervosa, uma vez que, a adolescente com quem desenvolvi o meu projeto de aprendizagem enquadrava-se neste diagnóstico.

De salientar que, estatisticamente cerca de 25%-45% das crianças com desenvolvimento dito normal e cerca de 80% das crianças com atrasos de desenvolvimento apresentam algum tipo de problema relativo aos comportamentos alimentares, felizmente muitos destes problemas são transitórios e resolvem-se sem impacto clínico significativo (Martins, V., Mansilha, H., In Monteiro, P., 2014).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a recuperação dos adolescentes com transtorno do comportamento alimentar é árdua e longa. Apenas 25% dos indivíduos afetados recuperam totalmente, 50% melhoram, contudo com grande probabilidade de recidiva durante momentos de crise na sua vida (citados por Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A., In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C., 2020, p. 211). Entendo, a importância do papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no desenvolvimento de uma relação de confiança e na construção de um plano terapêutico em conjunto com o adolescente, família e equipa multidisciplinar.

### 5.3.1 Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar grave que, pelas suas características pode colocar em risco a vida dos adolescentes. A origem da palavra “Anorexia” significa, etiologicamente, inapetência, perda mórbida, total ou parcial, do apetite, ocorre naturalmente uma resposta, categórica ou, pelo menos, conjectural – que envolva a ideia duma equivalência sinónima entre estas duas expressões: anorexia mental, inapetência de origem psíquica (Nascimento, S. 2010, p.32). Realizando uma pequena resenha histórica, sabemos que foram surgindo vários critérios de diagnóstico ao longo dos tempos. Segundo Bemporad (1996), mencionado por Nascimento, S. (2010, p. 25) os primeiros casos de manifestações de possível anorexia nervosa surgiram na Idade Média, explicáveis talvez pelo controlo, disciplina e tortura corporal que a Igreja da época considerava como meios para ascender ao Divino. Já as primeiras divulgações da anorexia nervosa, surgem no século XVII, por Hobbes, que em 1668, foi chamado a observar uma jovem em estado de caquexia, que segundo a mãe, vivia sem comer há seis meses, e concluiu que esta rapariga, se encontrava “manifestamente doente”.

Mais recentemente, Dally e Sargant (1966) foram os primeiros autores a proporem critérios de diagnóstico de anorexia nervosa, dando ênfase à perda de peso, à ausência de outra doença psiquiátrica, e à presença de amenorreia (Roma-Torres, 1986 cit. por Nascimento, S. 2010, p.35). Em 1970, Russell propôs a atualização dos critérios acrescentando o medo de engravidar, não atribuindo uma percentagem de peso perdida, assim como não definindo a idade de aparecimento da doença (Roma-Torres, 1986 cit. por Nascimento, S. 2010, p.35). Dois anos mais tarde, Feighner (1972) completa um pouco mais os critérios de diagnóstico, voltando a atribuir importância à idade, antes dos 25 anos, define uma percentagem de perda de peso, assim como salienta a negação da doença, passando ainda pela exclusão de outra doença física ou psíquica, abordando também algumas das alterações físicas que a doença pode manifestar (Rajah, 2001 cit. por Nascimento, 2010, p.36). Em 1980, a anorexia nervosa passa a ser classificada no DSM-III, que foi revisto e completado em 1993, no DSM-III-R. Em 1994, no DSM-IV, a anorexia nervosa é subdividida em dois tipos, tipo restritivo e tipo purgativo. Atualmente, a DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2014) mantém a anorexia nervosa subdividida em dois tipos de anorexia nervosa: tipo restritivo - restrição severa e controlo apertado das quantidades ingeridas de alimentos e tipo compulsivo/purgativo - ingestão compulsiva de alimentos seguida de uso de laxantes ou instigação de vômito.

Os adolescentes com esta perturbação do comportamento alimentar, apresentam sentimentos de tristeza, depressão, ansiedade e manifestam um atraso de desenvolvimento psicossocial significativo (Towsend & Morgan, 2018, citados por Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A. In Barbieri-Figueiredo, M.C., 2020, p. 210). Por estas especificidades, são vários os autores que continuam a aprofundar o conhecimento desta doença.

Mansilha, H. Guerra, J., Saraiva, J. in Monteiro, P. (2014), referem que os quadros clínicos da anorexia nervosa se mantêm sobreponível ao longo do tempo e nos diferentes países. Esmiúçam sim, diferentes perspetivas que é importante reter:

- O corpo encontra-se emagrecido, os adolescentes usam roupa larga, apresentam olhos encovados e as proeminências ósseas salientes, no entanto, os mesmos apresentam uma alteração da imagem corporal;

- A perda constante de peso proporciona-lhes sentimentos de satisfação e de conquista que acentuam a negação do perigo a que se expõem;

- O sentimento de controlo e de domínio é constante no íntimo destes adolescentes;

- A vida relacional destes adolescentes é vincada por um comportamento paradoxal, mantêm uma relação de dependência e vinculação aos seus cuidadores, o que corresponde a uma forma de controlo. E por outro lado, tentam afirmar a sua autossuficiência negando a esta ligação e necessidade dos mesmos.

A evolução sintomática destes quadros difere de adolescente para adolescente, que maioritariamente necessitam de internamento hospitalar e de intervenção específica por cada elemento das equipas multidisciplinares. O enfermeiro ESMP é o profissional que se encontra presente 24h conseguindo atribuir significado aos sinais e sintomas presentes no adolescente com perturbação do comportamento alimentar. Pelo exposto existe espaço (e urgência) para que seja este profissional a implementar intervenções psicoterapêuticas junto dos mesmos contribuindo para o tratamento em situação de crise de forma eficiente e eficaz.

#### 5.4 Patenteando a Teoria de enfermagem do défice de autocuidado, Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem, nasceu no ano de 1914 em Baltimore, Maryland. Uma das teóricas mais avançadas da América, licenciou-se no início dos anos 30 e obteve o grau de Bacharel em Ciências de Educação em Enfermagem em 1945, pela *Catholic University of America* (Foster, P., Bennett, A., In George, J., 2000). Com especial interesse pela questão de quais as condições que existem na pessoa quando a própria ou outros determinam que deve estar sob cuidados de enfermagem? Dorothea Orem, apresentou uma estrutura conceitual sobre o autocuidado em 1959 e, continuou o seu trabalho culminando na Teoria Geral de Enfermagem de Orem formulada e apresentada em 1971 com a primeira publicação no seu livro *Nursing: Concepts of Practice*.

Desenvolveu a teoria de enfermagem de autocuidado (sua teoria geral), que é composta de três teorias inter-relacionadas: (1) a teoria do autocuidado, (2) a teoria do défice de autocuidado e (3) a teoria dos sistemas de enfermagem (Foster, P., Bennett, A., In George, J., 2000, p. 84). Os pressupostos essenciais da presente teoria são cinco, segundo, a própria, Orem (1995) citada por Taylor, S. (In Tomey, A. M. & Alligood, M. R., 2004, p. 217):

- Os seres humanos precisam de entrada de informação deliberada contínua para si próprios e para o seu ambiente para permanecerem vivos e funcionar de acordo com os dons humanos naturais.

- A atividade humana, o poder de agir deliberadamente, é exercida sob a forma de cuidados por si e pelos outros na identificação de necessidades e efetuando o que for necessário.

- Os seres humanos maduros experimentam privações sob a forma de limitações para agir nos cuidados por si e pelos outros envolvendo e efetuando ações de suporte de vida e reguladoras de funções.

- A atividade humana é exercida na descoberta, desenvolvimento e transmissão de formas e meios de identificar necessidades e efetuar ações para si próprio e para os outros.

- Os grupos de seres humanos com relações estruturadas agrupam tarefas e atribuem responsabilidades para fornecer cuidados aos membros do grupo que experimentam privações para efetuar o que é necessário e deliberado para si e para os outros.

A Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado:

Teoria do Autocuidado:

Segundo Petronilho, F. (2012) na Teoria do Autocuidado, este é visto como uma função humana reguladora, não inata, uma vez que necessita de ser aprendida e desenvolvida, de forma a suprir as necessidades reguladoras dos indivíduos (p. 19). Orem (2001) parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo denominado de agente de autocuidado (*self-care* agente). Quando o indivíduo não tem esta capacidade de autocuidado e necessitam que esse cuidado seja realizado por pessoas com responsabilidades sociais e que aceitam a responsabilidade por esses cuidados (por exemplo: familiares, amigos), denominam-se de agente dependente de cuidados (*dependent care* agente). Se estes cuidados resultaram da ação profissional dos enfermeiros, estes são denominados de *therapeutical self-care agent* (citado por Petronilho, F., 2012). Outro conceito de extrema importância, é a ação de autocuidado ou ação deliberada (*self-care agency*), que é definido por Orem (2001) como a capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção do bem-estar (citado por Petronilho, F., 2014, p. 20).

A Teoria do Déficit de Autocuidado:

Esta teoria é segundo a autora o elemento essencial da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidados, pois exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos requerem cuidados de enfermagem. De forma sucinta, Orem (2001) diz-nos que quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo autocuidar-se, surge um déficit de autocuidado e identifica cinco métodos de ajuda:

1) Agir ou fazer para outra pessoa, 2) Guiar e orientar, 3) Proporcionar apoio físico e psicológico, 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e 5) Ensinar (citado por Petronilho, F., 2014, p. 24).

Decorrente destes métodos de ajuda, Dorothea Orem propõe cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

- *Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até que o doente não necessite de cuidados de enfermagem;*
- *Determinar se e como os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem;*
- *Responder às solicitações, desejos e necessidades do doente em relação ao contato e à assistência do enfermeiro;*
- *Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes (e às pessoas significativas) numa perspectiva de enfermagem;*
- *Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação necessários. (Petronilho, F., 2014, p. 25).*

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem:

Orem (2001), refere que a teoria dos sistemas de enfermagem estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem. É nesta teoria que é determinado como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos dão resposta as necessidades de autocuidado do doente. Segundo Foster, P., Bennett, A., (In George, J., 2000), a teórica de enfermagem Dorothea E. Orem descreve três classificações de sistemas de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado do doente, estes sistemas são: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (p. 87).

O sistema totalmente compensatório (*Wholly Compensatory Systems*), representa as situações em que o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependentes de outros para a sua sobrevivência e bem-estar (Petronilho, F., p.26). O sistema parcialmente compensatório (*Partly Compensatory Systems*), ocorre nas situações em que o enfermeiro, indivíduo ou outros, realizam tarefas de cuidados que envolvem a deambulação ou tarefas manipuladoras (Petronilho, F., p.26-27). Sucintamente, os cuidados prestados pelos enfermeiros assumem a função de compensação de limitações. Neste sistema tanto o enfermeiro como o doente podem desempenhar um papel principal no autocuidado.

Por último, o sistema de apoio – educação (*Supportive-Educative Systems*), em que o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado (Petronilho, F., p.27).

Aquando das minhas intervenções, mantive presente este modelo teórico em especial os seus pressupostos, os elementos essenciais e áreas de atividades para a prática de enfermagem dando sempre espaço para o cuidar do cuidado do outro.

## 5.5 Refletindo na Teoria de enfermagem a filosofia e a ciência do cuidar, Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson, nasceu no sul de West Virginia. Após o término da sua licenciatura em enfermagem em 1961, casou-se e mudou-se para o Colorado onde frequentou o mestrado em enfermagem de saúde psiquiátrica (1966), doutorou-se em psicologia e aconselhamento educativo (1973) e desenvolveu a sua teoria de enfermagem.

O fundamento da teoria de enfermagem de Jean Watson foi publicado em 1979 em *Nursing: The philosophy and science of caring*. Talento, B. (In George, J., 2000), menciona que Jean Watson acredita que o principal enfoque da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base de conhecimentos científicos (p. 253). Assim, propõe sete pressupostos sobre a ciência do cuidado e dez fatores de cuidados primários para a constituição da estrutura da sua teoria:

### Pressupostos básicos:

- *O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente.*
- *O cuidado consiste de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas.*
- *O cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento individual e familiar.*
- *As respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora, mas como ela poderá tornar-se.*
- *O ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento potencial enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma em um determinado momento.*
- *O cuidado é mais healthogenic que a cura. A prática dos cuidados integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes. A ciência do cuidado é, portanto, complementar à ciência da cura.*
- *A prática de cuidados é essencial para a enfermagem.*

(Talento, B., In George, J., 2000, p. 254).

### Fatores de cuidado primários:

- *A formação de um sistema de valores humanístico-altruísta;*
- *A estimulação da fé-esperança;*
- *O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros;*
- *O desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança;*
- *A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;*
- *O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões;*
- *A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;*
- *A provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual sustentador, protetor e(ou) corretivo;*
- *Auxílio com a gratificação das necessidades humanas;*
- *Aceitação das forças existenciais-fenomenológicas.*

(Watson, J. 1979, citada por Talento, B., In George, J., 2000, p. 254).

A teórica de enfermagem, Jean Watson (1985/1988) afirma que “o cuidado” é o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade (...) é a essência da enfermagem e denota a reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa, a enfermeira participa com a pessoa (citada por Talento, B., In George, J., 2000, p. 254). Na sua teoria defende que o cuidado pode auxiliar a pessoa a obter controle, tornar-se versátil e promover as modificações na saúde. No sistema humanístico de valores de Watson, existe uma alta consideração pela autonomia e pela liberdade de escolha, que leva à ênfase ao autoconhecimento e ao autocontrole do cliente e ao cliente como pessoa encarregada (citada por Talento, B., In George, J., 2000, p. 254).

Sem perder de vista este modelo teórico, compreendo que aquando das minhas intervenções, mantive presente o sistema humanístico de valores, senti uma elevada responsabilidade no cuidado ao outro especialmente quando colaborava na autonomização, na liberdade de escolha, no autocontrole e no autoconhecimento da adolescente.

## 5.6. Percurso de aprendizagem:

### 5.6.1. Intervenções Realizadas, descrição e análise

As intervenções terapêuticas implementadas, com vista à promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica, na unidade de internamento de pedopsiquiatria com a adolescente SM, foram validadas pela minha enfermeira orientadora que era simultaneamente enfermeira de referência da adolescente.

Em primeiro lugar, realizei uma primeira intervenção em conjunto com a minha enfermeira orientadora e com a adolescente SM. Reunimo-nos, disponibilizando-nos para uma “escuta ativa” e “suporte emocional” tendo em vista a elaboração do projeto terapêutico personalizado com e para a adolescente. Tendo a mesma um papel ativo, na realização do mesmo, nesse dia entendemos as suas necessidades, preocupações e o que gostaríamos de priorizar e trabalhar durante o internamento – a “Ansiedade”. Elaboramos e validamos junto da minha enfermeira orientadora o Projeto Terapêutico da SM no documento oficial da unidade, que se encontra descrito seguidamente. Este projeto foi também partilhado e validado com o segundo enfermeiro de referência da adolescente, privilegiando-se o trabalho em equipa e a continuidade dos cuidados aquando do término do meu estágio.

Projeto Terapêutico da SM:

1) Problema:

- Risco orgânico

Intervenções:

Vigilância permanente por muito alto risco de patologia orgânica / Articulação com a pediatria;

Vigilância de parâmetros vitais / terapêutica / peso / plano hídrico / alimentação.

2) Problema:

- Plano por etapas

Intervenções:

Participação em equipa multidisciplinar na elaboração do plano por etapas;

Clarificar de questões/dúvidas.

3) Problema:

- Autocuidado comprometido

Intervenções:

Promoção do autocuidado higiene e vestir/despir;

Intervenções individualizada todas nos cuidados de higiene: utilização de músicas escolhida pela SM, escolha do uso de esponja, aplicação de creme hidratante de forma diferenciada (o toque da sua mão no seu corpo);

Identificar estratégias para a promoção do autocuidado com a participação da SM;

Vigilância do estado cutâneo.

4) Problema:

- Ansiedade (problemática identificada pela SM)

Intervenções:

Promover momentos individuais para a expressão de sentimentos e emoções;

Promover momentos individuais para identificar estratégias ajustadas;

Identificar ferramentas para mobilizar nos momentos de marcada ansiedade (Por exemplo: “régua da ansiedade” e “Kit SOS ansiedade”);

Promover o momento de ensino de técnicas de respiração abdominal;

Promover momentos de escuta de música num espaço tranquilo.

5) Problema:

- Socialização

Intervenções:

Incentivar atividades recreativas de grupo.

6) Problema:

- Alteração da imagem corporal

Intervenções:

Disponibilizar presença;

Promover momentos individuais para a expressão de sentimentos e emoções sobre a sua alteração da imagem corporal;

Articular com a psicometricista RP.

7) Problema:

- Processo familiar comprometido

Intervenções:

Mediar visitas / mediar chamadas telefônicas;

Participação em reunião familiar para clarificar e gerir conflito entre os pais e/ou outras situações;

Promover Aliança terapêutica;

Trabalhar as competências parentais/autonomização.

8) Problema:

- Preparação para a alta

Intervenções:

Consulta pedopsiquiatria/psicologia/dietista;

Carta de alta.

Relativamente ao primeiro problema e respetivas intervenções, foram avaliados os parâmetros vitais à adolescente diariamente. O seu padrão tensional manteve-se estável, assim como a frequência cardíaca. Relativamente ao peso, avaliado semanalmente existiu várias vezes necessidade de disponibilizar suporte emocional onde a SM expressou os seus sentimentos e emoções. Existiu um momento de crise em que para além da escuta ativa foi necessário recorrer a terapêutica farmacológica em SOS, com efeito. O plano hídrico suscitou preocupação à SM no início do internamento, pois referia ter sede. Junto da equipa multidisciplinar expressei a necessidade de ajuste e após validação foi ajustado. A alimentação, foi gradualmente cumprida na totalidade – sendo que a minha principal intervenção foi disponibilizar a minha presença.

No levantamento do segundo problema, e como já foi anteriormente referido o plano terapêutico por etapas foi realizado conjuntamente com a SM. Contudo, existiu alguns momentos de dúvidas e questões que foram clarificadas em relação dual.

O terceiro problema, “Autocuidado comprometido” foi realizado por mim a estimulação do autocuidado higiene e vestir/despir. O primeiro passo foi aplicação escala do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA-adaptada), já validado e autorizado pela administração do hospital onde se insere a unidade de internamento de pedopsiquiatria. É um instrumento aplicado pelos enfermeiros semanalmente. Na primeira avaliação percebo as necessidades da adolescente SM, entendo onde se encontra autónoma e onde necessita de maior ajuda/substituição. Início a intervenção psicoterapêutica no autocuidado, tendo por base o modelo teórico do EESMP proposto por Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluh-Canut & Martins (2018) e que considero terem

resultados positivos, uma vez que na sétima e, última avaliação a SM encontra-se autónoma em todos os itens.

Na primeira semana a SM apresentava-se tensa e apreensiva sempre que entrava para a casa de banho. Lentificada e com fâcies ansioso, não apresentava interesse em escolher a roupa/acessórios, preparava o material com ajuda e a entrada para a banheira era um momento de grande tensão. Não olhava para o seu corpo, necessitava de ajuda para temperar a água, lavar o cabelo, lavava o seu corpo negligenciando a aplicação de gel de banho caso não fosse incentivada verbalmente. Negava a aplicação de creme hidratante e necessitava de ajuda para secar-se e vestir-se. Realizava a sua higiene oral, contudo não se olhava ao espelho. Descurava o cuidado com o cabelo, com incentivo verbal começava a pentear-se, porém desistia e recusava secar o cabelo, pelo que a tinha de substituir.

Existiu um segundo momento de relação dual, para identificar estratégias para a autonomização e promoção do autocuidado. Embora a SM apresentasse dificuldade em expressar as suas dificuldades em evocar diferentes estratégias, foi possível incentivar o uso de esponja (como mediador entre a sua mão e o toque ao seu corpo) e o uso de músicas escolhidas pela própria. Valorizado o seu empenho.

Denota-se uma diminuição da tensão da SM ao longo da segunda e, especialmente terceira semana de estimulação do autocuidado higiene, como intervenção psicoterapêutica. A utilização da esponja foi altamente eficaz, denotando-se menor dificuldade da adolescente em cuidar do seu corpo. Por vezes, olhava para o seu corpo, mas de forma pouco consistente. A aplicação de creme hidratante, continuava a ser um momento difícil e de apreensão para a SM. Nesta altura apresentava-se menos lentificada e colaborava na escolha da roupa e na arrumação do material. A música era colocada no início da intervenção, mas em geral escolhida por mim tendo em conta as bandas e compositores que a SM tinha verbalizado serem as suas preferidas.

Na quarta semana, a SM começou a escolher a roupa e a preparar o material. A entrada na banheira ocorria sem tensão, lavava e secava o corpo de forma mais cuidada e eficaz. Começou a aplicar o creme hidratante. Ao realizar a sua higiene oral, olha para o espelho de forma mais consistente e surpreendentemente começava a cuidar dos seus lábios (com um batom de cíeiro). Penteia-se e seca o cabelo de forma autónoma. Pontualmente, solicitava uma música.

Existiu sempre espaço para uma escuta ativa, expressão de sentimentos, reforços positivos e elogios que fundamentalmente corroboraram para o autoconhecimento e autoestima da SM. Presenti o gosto e importância que a SM passou a conceder ao seu autocuidado.

Nas restantes semanas e de forma geral, a SM encontrava-se à espera da intervenção psicoterapêutica do autocuidado, já com o material preparado, a roupa escolhida e solicitava a banda ou músicas que queria escutar enquanto realizava o mesmo. Conseguimos estabelecer uma aliança terapêutica, pelo que intervenho com questões que promovem o autoconhecimento da SM, promovem a capacidade de auto-reflexão e de *insight* sobre si e sobre a sua doença. Tendo sempre por base a conjugação dos modelos teóricos de enfermagem que sustentam esta intervenção.

Ainda sobre as intervenções específicas sobre o autocuidado e que devem ser realizadas por um EESMP, a SM participou na sessão de psicoeducação sobre o “Autocuidado” realizada por mim sob supervisão da enfermeira orientadora.

A quarta problemática, a que foi identificada pela SM, foi especialmente trabalhada denotando sempre que a mesma tem também que ver com o seu autocuidado. O primeiro momento de relação dual, específico para a implementação de intervenções específicas para a “Ansiedade” denota-se facilidade na enumeração das questões que considera que a deixam ansiosa:

- “os dias de pesagem”;
- “sítios, pessoas e situações novas”
- “frustração – quando as coisas não são como eu planeio”
- “testes ou ser avaliada”
- “falar com o pai” (SIC).

Com incentivo consegue verbalizar diferentes estratégias que utiliza e que pensa poder utilizar no futuro:

- “Leitura”
- “Pintar mandalas”
- “Falar com a mãe”
- “Respirar fundo”
- “Arte do Sidarta: Pensar, Esperar e Jejuar”
- “Ouvir música”
- “Andar a pé”
- “Banho de emersão” (SIC).

Promovida a aliança terapêutica e enfatizado que pode e deve também pedir ajuda (aos enfermeiros ou no pós-alta à sua mãe/pai) sempre que considerar necessário ou nos períodos de maior ansiedade. Sugerida a realização e utilização da “Régua da Ansiedade” e posteriormente um “Kit SOS Ansiedade”. A SM apresenta-se colaborante e com iniciativa para a intervenção terapêutica.

Em cada intervenção dual, era aplicada a régua da ansiedade no início e no fim. Perspetivando, maioritariamente uma diminuição da ansiedade. Foi elaborada a caixa representativa do “Kit SOS Ansiedade”, tendo em conta as escolhas da adolescente SM (por exemplo, cores que mais gosta, imagens significativas, etc). No decorrer das semanas foi possível, várias intervenções relacionadas com esta problemática e foi deveras revelador e compensador para a SM, que foi gradualmente esboçando sorrisos e expressando verbalmente os seus sentimentos e emoções.

Realizado um banho de emersão, onde a SM expressou uma diminuição franca da ansiedade significativa. Tanto na aplicação da régua da ansiedade (posicionou-se no início da intervenção na “cara amarela” = stressada e no final da intervenção na cara verde-clara” = calma e tranquila), como verbalizando gratidão por tê-lo feito. Refere que pretende repetir no pós-alta.

Noutro momento do internamento foi realizada a intervenção de ouvir música clássica num local tranquilo e com a utilização de auscultadores. A SM posicionou-se na “régua da ansiedade” no início da intervenção na “cara amarela” = stressada e no final da intervenção na “cara verde-clara” = calma e tranquila. Refere que pretende solicitar novamente esta intervenção especialmente em dias de pós-pesagem e foi repetida a seu pedido, neste dia foi realizado um reforço positivo uma vez que a adolescente conseguiu pedir ajuda (algo que refere em determinada altura sentir dificuldade).

Uma das estratégias referidas pela SM foi “Respirar fundo” pelo que adapto uma técnica de Exercícios de Respiração Profunda, de Towsend, M.C. (2011). A SM fica aparentemente satisfeita e treinamos a técnica em conjunto. Também nesta intervenção a SM, refere que o seu nível de ansiedade baixou e expressa bastante agrado por poder repetir sempre que considerar necessário de forma autónoma.

Outras intervenções: realização de um texto sobre o gato Myu, onde foi solicitado escrever sobre o que sente quando está com ele e perspectivando-se no futuro na sua casa com um animal de companhia; realização de um “Saquinho das Frases Motivacionais” e escolha de um livro que deseja ler. Estas intervenções foram sempre acompanhadas de intenções terapêuticas, como não podia deixar de ser, estando a SM internada numa unidade especializada um *milieu* terapêutico onde tudo importa, onde cada intervenção tem um fundo terapêutico. Acresce neste caso, a fundamentação das teóricas Orem e Watson que mantive em ação aquando das mesmas. Por exemplo, escrever sobre o seu gato foi algo que à partida ambas sabíamos que traria prazer e satisfação, no entanto, a minha intenção passava especialmente pelo fato da SM ter dificuldade em projetar-se no futuro. A escolha de um livro por parte da SM foi uma intervenção altamente reveladora, pois esta entendeu que pode e deve fazer escolhas diferenciadas da sua mãe e que este facto lhe traz satisfação e confiança a ela própria.

Incentivada no pós-alta a manter a utilização do “Kit”, salientando que o mesmo não é estante pois pode acrescentar estratégias ou reformular as existentes, por exemplo.

No quinto problema levantado, a socialização foi sendo trabalhada ora em relação dual ora aproveitando as intervenções terapêuticas de grupo realizadas diariamente na unidade de internamento de pedopsiquiatria. A SM apresenta crítica quanto às suas dificuldades de socialização, contudo percebe-se desinteresse em trabalhar de forma mais efetiva esta área. Verbaliza ter algumas amigas que se encontram afastadas há alguns meses, mas que tem vontade de reatar os laços de amizade. Já no internamento tem dificuldade em identificar um ou uma jovem com que gostasse de realizar uma atividade recreativa, por exemplo um jogo de tabuleiro. Com incentivo verbal, acaba por dizer um nome, a AL, porém, não consegue comprometer-se em realizar alguma atividade com a adolescente.

Durante as sessões de terapia pela arte e psicoeducação, evidencia-se progressivamente uma maior capacidade de interação com o grupo e em expressar os seus pensamentos, sentimentos e escolhas.

Em relação à “Alteração da imagem corporal”, as intervenções foram-se encaixando e complementando. Por exemplo, num dos dias de pesagem em que a SM se focou no seu peso e na sua

imagem corporal foi disponibilizada a minha presença, num espaço tranquilizante onde pode escutar música clássica. Sem qualquer uso da palavra, somente disponibilizada presença. No dia seguinte a SM consegue agradecer e reconhecer a importância do afastamento do grupo e da mudança de foco. Presenti que foi securizante e reconfortante para a mesma.

O sétimo problema levantado “Processo familiar”, considero que as intervenções que delineei não foram todas alcançadas. E sem passar para o papel, mas na minha mente as intervenções foram-se reformulando. Pelo conflito existente entre a mãe e o pai da SM, as visitas em conjunto foram mediadas pela médica assistente. Assim não tive oportunidade de mediar estas visitas, no entanto, transformo o meu papel no auxílio de desenvolvimento de competências de autonomização da adolescente e o entendimento do seu papel no processo familiar. Incentivando as suas escolhas, elogiando os seus ganhos durante o internamento, promovendo o seu autoconceito, autoestima e autoconhecimento. Estimulando o seu autocuidado: psicológico, físico, espiritual, emocional e social, na medida em que este é protetor da nossa saúde física e mental e será importante num pós-alta para a continuidade da construção da sua identidade.

O último problema levantado, no projeto terapêutico da SM: “Preparação para a alta” considero que as intervenções individuais e de grupo foram e são pensadas nesta unidade sempre numa perspetiva de preparação para a alta. Em momentos de relação dual, a SM teve oportunidade de expressar os seus sentimentos relativos ao momento da alta e projetar objetivos após a mesma.

Sinto que todas e cada uma das intervenções foram um verdadeiro desafio para mim enquanto pessoa e profissional de saúde, todavia vivi-as no aqui e agora, com profundo respeito pela adolescente SM oferecendo-me como um instrumento terapêutico com o intuito de melhoria e recuperação da saúde da mesma sem descurar os princípios éticos e deontológicos desta mui nobre profissão.

### 5.7 O Autocuidado como Intervenção Psicoterapêutica

O autocuidado, um foco central na área da enfermagem! Segundo Miller & Grise-Owens (2020, citadas Brito, A., Martins, T., 2021, p. 11) autocuidado representa um alicerce essencial para melhores práticas, permitindo um crescimento da profissão de enfermagem. Crescimento esse que pode e deve passar por interpretar a promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica.

A esta altura o autocuidado dispensa novas definições, mas intervenção psicoterapêutica deve agora ser aclarada. Segundo Norcross (Zeig & Munion, 1990 citado por Sampaio, Sequeira, Lluch-Canut, 2020, p.171) a intervenção psicoterapêutica *pode ser definida como a execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais*. Para o caso específico da Enfermagem, as técnicas encontram-se descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Já a estrutura que deve ser seguida pelos enfermeiros especialistas em ESMP é um

modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, de Sampaio, Araújo, Sequeira, Lluch-Canut & Martins (2018), do qual retenho:

- 1) *a intervenção psicoterapêutica deve basear-se numa abordagem integrativa, ou seja, técnicas de diferentes escolas de Psicoterapia podem ser utilizadas, de forma dinamicamente, para dar resposta ao problema (diagnóstico de Enfermagem);*
- 2) *a intervenção psicoterapêutica deve ser de breve a média duração, perfazendo um total de 3 a 12 sessões (mediante os progressos apresentados pelo utente);*
- 3) *as sessões de intervenção psicoterapêutica devem ter uma duração compreendida entre 45 e 60 minutos;*
- 4) *na base da intervenção devem estar, sempre que possível, as taxonomias de Enfermagem, entenda-se, um diagnóstico de enfermagem [em linguagem classificada da CIPE (ICN, 2016) ou Nanda internacional, INC. (NANDA-I) (Herdman e Kamitsuru, 2017)], ao qual se pretende dar resposta por via NIC, devendo os resultados ser avaliados com recurso a resultados classificados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead, Jonhson, Maas & Swanson, 2016).*

(citados por Sampaio, F., Sequeira, C. Lluch-Canut, T., in Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 171-172).

Os adolescentes com perturbações do comportamento alimentar, mais especificamente com anorexia nervosa apresentam questões relativas à distorção da imagem corporal, baixa autoestima relativas a si próprios, dificuldades na tomada de decisão, dificuldade na expressão de sentimento, dificuldade na formação de identidade e na autonomização que com os cuidados personalizados do EESMP é possível trabalhar de forma personalizada e sustentada. Tal como, descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nº 515/2018 (p.21427), o EESMP *compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a sua saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.*

Maioritariamente o *setting* terapêutico que utilizei foi a casa de banho. Implementei sessões individuais de estimulação do autocuidado higiene e vestuário onde trabalhei com a adolescente de forma intencional e personalizada questões como as acima descritas. Carpenito (2002), reforça a minha visão quando refere que *a participação do cliente no autocuidado promove a autoestima e diminui os sentimentos de dependência (...) se a pessoa realizar uma tarefa sozinha vai servir como reforço dos sentimentos de autossuficiência e de autonomia* (citada por Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. In Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 114).

O autocuidado como intervenção psicoterapêutica passa pelo estabelecimento de uma relação terapêutica em que é permitido “dar voz ao seu próprio corpo”. De acordo com Nabais, A. e Nunes, L. (In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C, 2020, p. 270-271):

*estimular a criança/adolescente com a sua mão, passar o gel de duche no corpo, envolver a toalha no corpo após o banho, aplicar creme hidratante no corpo, incluindo em simultâneo o estímulo verbal de organização e satisfação do corpo em ser cuidado (dar voz ao corpo), promove o que Tavares (2013) diz ser o encontro entre o que eu vejo e o que os outros vêm do meu corpo, aumenta a crença sobre o meu corpo, confirma a existência e singularidade, pela linguagem e ação a criança/adolescente desenvolve a capacidade de controlar, reparar, reconstruir o seu corpo.*

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nº 515/2018 (p.21427) EESMP, *para além da mobilização de si mesmo como instrumento, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.* A vertente dual, enfermeira ESMP – adolescente é efetivamente uma prioridade, na implementação de um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem. A mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, indicou-me que deveria desligar-me de mim e “dar palco ao outro”, e penso ter feito isso mesmo, menciono Nabais, A. et al (2018) que nos transmite que para uma intervenção terapêutica em saúde mental com os adolescentes é importante o enfermeiro estar disponível para desenvolver algum trabalho pessoal no âmbito afetivo/emocional permitindo utilizar-se como instrumento terapêutico na relação com o cliente e família (citado Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A., In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C., 2020, p. 209-210).

O EESMP, pese embora qualitativamente observe e descreva mudanças positivas na implementação da intervenção psicoterapêutica autocuidado, pode e deve recorrer a aplicação de escalas ou instrumentos validados. Assim, coadjuvando com a parte qualitativa apliquei um instrumento de avaliação: GAIA (adaptada) - Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado. Os instrumentos de avaliação, segundo Couto, G. (2012), *são recursos que permitem medir determinado constructo de forma mais objetiva e sistemática, úteis até para avaliar aspetos mais subjetivos* (p.45).

Relativamente, ao instrumento de avaliação: GAIA (adaptada) - Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado, é um instrumento já validado e utilizado no serviço de internamento de pedopsiquiatria, apliquei-o antes da primeira sessão de estimulação, semanalmente e na última sessão verificando a evolução da adolescente.

O instrumento de avaliação GAIA (adaptada), é constituída por itens, avaliados numa escala ordinal tipo Likert, que varia entre 1 e 4. Avalia o autocuidado “Higiene e Vestuário” e “Eliminação”, sendo que na escala cada número significa o seguinte:

- 1: Dependente - O utente está totalmente incapacitado de colaborar;
- 2: Ajuda moderada - O utente inicia a atividade mas requer ajuda de terceiros na maior parte da realização da tarefa;

3: Ajuda mínima - O utente realiza a atividade mas necessita de incentivo e/ou supervisão (como medida de confiança e/ou por precaução de segurança) com ou sem recurso a produtos de apoio;

4: Independente - O utente é independente com ou sem recurso a produtos de apoio.

Resultante desta interpretação, é essencial sob o ponto de vista de intencionalidade de ação, que enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica direcione a minha abordagem para o domínio do autocuidado como intervenção psicoterapêutica, e efetivamente existiu uma franca recuperação na autonomia comparando, neste caso verificando-se numericamente o resultado da GAIA na primeira e na última sessão. Putten et al. (2005) mencionado por Couto, G. (2012), refere que, medir os resultados dos cuidados de saúde é componente central para determinar a eficácia terapêutica e, por conseguinte, a prestação baseada em evidências de saúde (p.46).

### 5.8. Considerações Éticas

Os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem e do processo de investigação, foram sempre uma prioridade durante o processo de planeamento e realização das fases do projeto de aprendizagem assim como na elaboração do presente relatório. Segundo as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem providas do *International Council of Nurses*, são seis os princípios éticos que devem nortear a investigação em enfermagem: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, confidencialidade (Nunes, 2013).

Relativamente aos requisitos básicos, a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação, referindo Nunes (2013) devem estar presentes em todas as fases pelo que procurei ter sempre em conta: a relevância do estudo, validade científica, seleção da população em estudo, relação risco-benefício, revisão ética independente, garantia de respeito dos direitos dos participantes (consentimento informado, esclarecido e livre, confidencialidade e proteção dos dados).

No sentido de garantir a o anonimato e a confidencialidade dos dados, os locais de estágio não foram identificados, os nomes dos participantes não foram revelados, nem dos profissionais de saúde.

Para a aplicação do instrumento de avaliação: GAIA (adaptada) - Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado, e uma vez que é um instrumento já validado e utilizado no serviço de internamento de pedopsiquiatria não foi necessária autorização da comissão de ética. No entanto, a adolescente SM foi informada e esclarecida da sua aplicação. Sublinhou-se que poderia questionar sempre que considerasse necessário e desistir caso fosse o seu desejo.

A conduta ética numa população que é deveras vulnerável, pois trata-se de uma menor em situação de doença mental acresce a responsabilidade pelo respeito dos direitos da participante do estudo, implicando assim o reconhecimento dos princípios enunciados na Declaração de Helsínquia (2008), Relatório de Belmont (1979), Código de Nuremberg (1947), Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (2001) (Nunes e Melo, 2007; Veiga, 2006; Nunes, 2013), entre muitos outros.

## PARTE II – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Passo a passo, fui palmilhando um percurso que enquanto mestranda e futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica realizando diversas e importantes aprendizagens, no sentido de adquirir um conjunto de competências que caracteriza o mestre e o especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Se não vejamos...

### 6. PASSO A PASSO... CHEGAREI A MESTRE

Durante esta caminhada, enquanto mestranda e futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria realizei inúmeras e marcantes aprendizagens, passo a passo para a aquisição de um conjunto de competências que caracteriza o mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Segundo o Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior Decreto-Lei n.º 74/2006 publicado em Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:*
  - i) *Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
  - ii) *Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*
- b) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- d) *Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- e) *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

2) *O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.*

Passarei a explicitar o que concretizei almejando atingir o grau de mestre, em ambos os estágios. E começo por referir que compreendo à partida que a intervenção especializada na área da saúde mental implica a avaliação das necessidades, a realização de diagnósticos de enfermagem, antevisão de resultados esperados e gestão do processo de enfermagem. Pelo que me senti uma privilegiada, pois enquanto mestranda e futura enfermeira especialista tive inúmeras oportunidades de analisar a história de crianças, adolescentes, famílias e realizar a avaliação das suas diferentes necessidades, realização de diferentes diagnósticos, planeamento de intervenções e antevisão de resultados esperados.

Mais especificamente com a adolescente com perturbação do comportamento alimentar, foi realizado pormenorizadamente e em conjunto com a mesma a avaliação das suas necessidades e a elaboração do seu processo de enfermagem e do seu plano terapêutico. Sem nunca descurar as questões éticas, legais e deontológicas.

Nos grupos terapêuticos em que me inseri na consulta externa e também no internamento, mantive um papel promotor da saúde mental e de prevenção da doença de cada criança, adolescente e família. Em especial, na comunidade entendi a importância do apoio e articulação entre parceiros de cuidados. O encaminhamento e a personalização de cuidados são um direito da criança, adolescente e família dando uma continuidade de cuidados inteiramente desejável.

Motivada pela unidade curricular de Supervisão Clínica, realizei reflexões sobre a prática clínica e os contextos de trabalho em conjunto com as enfermeiras orientadoras com uma postura atenta, crítica e reflexiva e sempre com uma atitude construtiva e pretendendo uma maior qualidade de cuidados.

As variadas oportunidades de estar presente e participar em reuniões de equipa multidisciplinar, reuniões de discussão de casos e planeamento de intervenção foi fundamental para aplicar conhecimentos e desenvolver a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares.

A procura de conhecimento, que não pode ser descurado por mestres em enfermagem levou-me, à procura de conhecimento e de aprendizagens específicas na área que decidi desenvolver o meu projeto de aprendizagem, seja através de pesquisa bibliográfica, observação, partilha de ideias com peritos desta área e participação em formações. Sem descurar, de agora em diante a pesquisa de evidência científica na prática de cuidados de enfermagem, numa área tão específica como é a psiquiatria da infância e da adolescência.

Realço o trabalho em equipa desenvolvido em ambos os estágios, onde o partilha de conhecimentos e a valorização de cada técnico tomou uma forma distinta na definição e aplicação de um projeto terapêutico comum para cada criança, adolescente e família.

## 7.PASSO A PASSO... COMPETÊNCIA A COMPETÊNCIA...SEREI ESPECIALISTA

À semelhança do grau mestre desejava para mim o desenvolvimento e aquisição de cada uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, portanto ao longo dos estágios realizei, desenvolvi e agarrei oportunidades para que passo a passo se fosse tornando em realidade!

Como já referi anteriormente a minha experiência com crianças e adolescentes enquanto enfermeira era praticamente nula, contudo sinto que não poderia ter tido melhores locais de estágio e especialmente a riqueza e singularidade das experiências que vivi. Nunca pensando em desenvolver as minhas competências nas faixas etárias em que acabei por desenvolver sinto-me uma privilegiada por ter feito caminho em locais de referência nacional na pedopsiquiatria e que me permitiram trabalhar tanto com as crianças/adolescentes e com as suas famílias em processos de saúde e doença complexos que requeriam uma intervenção ora individual ora de grupo, mas sempre no sentido da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Vivi, experienciei, participei e integrei cuidados especializados que até então me eram quase desconhecidos.

Previstas no Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as quatro competências são as seguintes:

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

Passo a passo... Competência a competência...

A primeira competência do EESMP, a competência basilar: *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.* Desde logo que a frequência no curso de mestrado e especialidade em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica concorreu para o desenvolvimento desta competência. Convictamente acreditava que um dia ingressaria numa especialidade, mas parecia que esse dia tardava em chegar... casamento, primeiro filho, mudança de residência/cidade, segunda filho (melhor escrevendo filha), curso do marido, mas finalmente chegou a hora e sei que logo aqui pressenti a minha “vontade de mudar”, de “crescer pessoal e profissionalmente”. Depois de todos, consegui

comprometer-me comigo própria, com quem faz parte da minha vida, com a minha profissão e com os meus utentes... e ingressei nesta especialidade.

Unidades curriculares como Desenvolvimento Pessoal e Profissional e Relação Terapêutica nortearam uma maior consciência de mim enquanto pessoa e profissional. Por exemplo, narrar oralmente a minha história de vida e posteriormente escrevê-la foi algo que me despertou para o processo de autoconhecimento imprescindível para cuidar de mim e do outro.

Já em estágio, nomeadamente no primeiro contexto de estágio – Consulta Externa, onde tive oportunidade de integrar um grupo terapêutico de crianças com 3-4 anos entendi que o facto de ter uma filha também com 3 anos poderia interferir na relação terapêutica com cada uma destas crianças. Identifiquei no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e fatores pessoais e circunstanciais mobilizando o meu autoconhecimento e desenvolvendo-me pessoal e profissionalmente. Bem sei que tive a sorte da minha enfermeira orientadora me proporcionar um espaço de reflexão e também de refletir por escrito que aliás, reconhecer é uma das formas que melhor consigo expressar-me.

Nas reuniões multidisciplinares em que existia a discussão de casos, pude identificar fenómenos de transferência e contra-transferência pelo que coloquei por escrito refletindo sobre a forma de jornal de aprendizagem.

Também o fato de integrar um grupo de sociodrama com adolescentes, foi deveras excepcional para o desenvolvimento desta competência. Se por um lado trabalhei o limite da relação profissional num contexto diferenciado e completamente novo para mim enquanto pessoa e profissional, por outro foi possível monitorizar as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante as dez sessões. Por exemplo, era sempre realizado o plano de cada sessão, contudo grande parte das sessões não foi possível o seu cumprimento em geral por questões que os adolescentes traziam para o grupo o que fazia constantemente “dar conta de mim” e situar-me no aqui-e-agora para que em conjunto com o professor orientador e a minha colega mudássemos o plano e, portanto, o rumo da intervenção. A frustração sentida por diversas vezes, era contida em determinadas alturas, mas conversada e refletida em conjunto com a enfermeira orientadora e o professor elevando o meu autoconhecimento mesmo no meio da exaustão física e psíquica que por vezes chegava a sentir.

Na sessão de relaxamento que realizei em conjunto com a minha orientadora do estágio em internamento, entendi a importância que tem a monitorização das minhas reações corporais quando tomei consciência que a minha tranquilidade e moderação na leitura da história preservou a integridade do processo terapêutico com o grupo. Após reflexão com a orientadora do estágio em internamento, constatei o impacto positivo que esta intervenção suscitou em mim enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Deixando uma porta aberta para aprofundar esta área.

O estabelecimento da relação terapêutica com a adolescente SM, incitou em mim uma capacidade de resiliência que desconhecia. Pois se verbalmente a adolescente afirmou que se disponibilizava para trabalharmos em conjunto o seu plano terapêutico, a sua expressão corporal transmitia um “NIM”.

Efetivamente a construção da relação terapêutica foi feita com avanços e recuos, e estando na posição de enfermeira estagiária em que se tem “tempo limitado” foi deveras desafiante! Mas, eu reconheço... eu gosto mesmo de desafios... E com passinhos de bebê fomos construindo uma relação terapêutica com bases fortes e sólidas onde tomo consciência dos meus limites, da minha assertividade, da minha capacidade de dizer sim e não quando o outro necessita e a minha capacidade de esperar pelo outro num processo de aliança terapêutica. Sobretudo, aprendi a importância da minha presença e do silêncio que também a mim apazigua e tanto me ensinou sobre mim.

Ter bases teóricas de enfermagem sustentando as minhas intervenções, deu-me um “saber saber” que considero profundo e distinto.

Em ambos os estágios senti o pulsar deste processo de autoconhecimento, pelo que confesso que tanto teria para partilhar, mas este é um processo contínuo que jamais descurarei, pois, só estando consciente e comprometida comigo mesma é que continuarei a desenvolver-me pessoal e profissionalmente.

A segunda competência do EESMP: *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental*. No sentido de dar resposta e desenvolver a segunda competência do EESMP tive a oportunidade de prestar cuidados diferenciados a crianças, adolescentes (dos 3 aos 17 anos) e aos seus pais. Participei num grupo de desenvolvimento linguístico, num grupo de sociodrama com adolescentes e num grupo de pais onde se realizava a promoção de uma parentalidade positiva sempre acompanhada por enfermeiras(os) especialista em SMP.

No primeiro local de estágio realizei um estudo de caso de grupo (sociodrama), enfatizando a história de saúde mental de cada adolescente e do respetivo grupo.

No estágio de internamento, o segundo local de estágio tive oportunidade de ser enfermeira de referência em conjunto com a minha enfermeira orientadora da adolescente SM. Realizei um estudo de caso individual, onde foi efetuada uma avaliação global a uma adolescente, permitindo-me descrever a sua história de saúde, dando ênfase à sua história de saúde mental e da sua família. Realizei várias intervenções a nível dual, tanto a nível da implementação do meu projeto como ao nível da realização de um “Kit de Ansiedade”.

Para o desenvolvimento desta competência, gostaria de ter envolvido a família da adolescente S. como parte dos cuidados de forma direta. Contudo não foi possível, por diferentes motivos o que não invalidou o cuidado de forma indireta à mesma e que me tornou mais capaz de *pensar e repensar* nos meus cuidados integrados.

Em ambos, os estudos de caso, foi perceptível a importância de assistir a pessoa, neste caso adolescentes, sem descurar o fato de cada um estar inserido em famílias diferentes e que a otimização da saúde mental deve ser realizada em consonância com as mesmas.

Terceira competência do EESMP: *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.* Relativamente ao desenvolvimento desta competência, foi para mim de extrema importância poder fazer parte do grupo multifamiliar da consulta externa onde realizei o meu primeiro estágio. Tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de realizar diagnósticos de situação, identificar fatores promotores e protetores da saúde mental da família e ainda, sempre em conjunto com a equipa multidisciplinar a capacidade de intervir em processo de crise familiar.

Um especial olhar para os momentos em que a equipa multidisciplinar se reunia para partilha reflexiva de vivências e para os momentos de supervisão clínica onde senti que o meu olhar observador, e pensar reflexivo a desenvolver-se.

Ainda no primeiro estágio, o fato de ter desempenhado o papel de coterapeuta no grupo de sociodrama, foi fundamental para mobilizar dinâmicas próprias deste contexto tão específico e tão libertador para o grupo de adolescentes, pois embora todas as dificuldades que referi anteriormente o feedback das famílias era extremamente positivo e motivador.

No que concerne ao segundo local de estágio, o internamento de pedopsiquiatria tive a oportunidade de trabalhar com a metodologia de enfermeiro de referência o que me permitiu verdadeiramente mobilizar diferentes dinâmicas onde tive de apelar à minha criatividade e resiliência. Tive oportunidade de ser verdadeiramente um “instrumento psicoterapêutico”.

Relativamente à quarta competência do EESMP: *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.* Na quarta competência, que igualmente almejava desenvolver em ambos os estágios tive inúmeras oportunidades e experiências. Entendo que muitas destas oportunidades surgiram por me encontrar a estagiar num verdadeiro *milieu* terapêutico, mas também porque me encontrei sempre disponível para aprender e apreender o que o meio me proporcionava.

No primeiro estágio as sessões de sociodrama, tive a oportunidade de aprender enquanto coterapeuta prestando cuidados psicoterapêuticos. Onde me desafiei, desafiam-me e desenvolvi esta competência a par da constatação da melhoria da saúde mental dos adolescentes que faziam parte do grupo em intervenção.

No internamento da pedopsiquiatria, o *milieu* terapêutico do qual me orgulho de ter estagiado, tem previstas todos os dias da semana uma atividade terapêutica. Nomeadamente, *expressão dramática, dança e movimento, expressão pela arte, culinária, psicoeducação, cineterapia, balanço semanal, autocuidado e relaxamento* tendo todas em vista a facilitação da comunicação verbal e não verbal, vivências e emoções dos adolescentes e a promoção de respostas adaptativas visando a melhoria ou recuperação da saúde mental de cada um. Felizmente pude integrar todas elas, desempenhando diferentes papéis. Trazendo e levando algo de diferente em cada uma delas, mas sempre consciente da

importância do desenvolvimento desta competência para mim enquanto enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica e em especial da evolução positiva da saúde de cada adolescente.

Por outro lado, também foi importante poder observar a adolescente SM em diferentes contextos, em diferentes grupos em diferentes desafios. Observar a mudança e transformação de diferentes adolescentes ao longo do meu estágio e internamento de diferentes adolescentes foi surpreendentemente positivo. Relembrando e refletindo em alguns dos momentos significativos:

*Expressão dramática:* em geral o grupo iniciava-se com uma atitude pouco colaborante, mas ao longo das sessões em que participei em diferentes papéis, essa atitude passava a uma atitude de empenho em que o corpo comunicava automaticamente. Recordo-me que no final de uma das sessões quando os adolescentes refletiam através da palavra apreciava a facilidade de alguns em expressar-se pela palavra com uma maturidade emocional que me surpreendeu e dei por mim sempre no aqui e agora, presenciando e escutando cada um dos adolescentes.

*Dança e movimento:* planos de sessão elaborados, músicas adequadas, terapeuta e coterapeuta motivadas. Ingredientes para que estas sessões fossem sempre perfeitas... mas não foram. Pensando no meu desenvolvimento pessoal e profissional, cada sessão em que estive presente (no papel de coterapeuta) foram riquíssimas. Por exemplo, numa das sessões estava planeado usar um lençol e em conjunto levantarmos cada um dos adolescentes de forma que cada um se sentisse acolhido e que o grupo entendesse que a união faz a força. No entanto, uma das adolescentes presente era obesa e aquando do planeamento da sessão não foi pensado nesta situação. De forma célere e com alguma cumplicidade e entendimento entre terapeuta e coterapeuta, resolveu-se a situação no momento sem que os adolescentes tivessem percecionado e sem prejuízo para o desenrolar da sessão.

*Terapia pela arte:* mais uma vez as sessões em que participei, estavam excecionalmente bem preparadas, contudo cada adolescente reage e responde conforme a sua história, a sua personalidade e as suas emoções. Aprendi tanto... em primeiro lugar que nestas sessões ninguém precisa ser “artista”, saber desenhar, ou trabalhar com diferentes materiais, mas é preciso estar disposto a expressar sentimentos e emoções. Numa das sessões, em que estava presente a adolescente SM foi importante perceber através da arte como é que a SM se identificava caso fosse um objeto e pensar na representação que fez sabendo ou não por que estava internada espelhava profundamente o seu sentir, a sua perceção perante os outros. A forma como pegava no pincel, a forma como pincelou o seu objeto foi de uma profundidade que me tocou, que me fez redirecionar de certa forma a evolução da aliança terapêutica que se encontrava em franco desenvolvimento.

*Culinária:* para mim à partida seria mais um desafio, não gosto de cozinhar..., no entanto, desde a primeira sessão em que participei depressa percebi que a confeção não era propriamente o mais importante, mas sim tudo o que se pode trabalhar com cada um dos adolescentes e com o grupo. Desde a escolha do doce ou salgado, à preparação e confeção em grupo tudo é pensado como intervenção terapêutica. A adolescente SM após ter progredido no seu plano de etapas pode participar numa sessão e foi importante para mim ter oportunidade de observar a sua atitude e comportamento durante a mesma.

Foi interessante o feedback no final da mesma onde a adolescente SM direciona o olhar para mim e diz: “consegui estar calma e trabalhar em equipa” dois aspetos que estávamos a trabalhar.

*Psicoeducação:* As sessões de psicoeducação revelaram-se fontes de aprendizagem “*In loco*”, mas sobretudo em reflexões partilhadas verbalmente ou escritas com a minha enfermeira orientadora. Desde a primeira sessão em que participei, como coterapeuta até à sessão em que com supervisão liderei a sessão com o tema “Autocuidado: Eu cuido de mim! E tu?”, desenvolvi esta competência e a primeira competência sem dúvida. Segundo Smeltzer & Bare (2005), *a educação para a saúde fornece uma base para o bem-estar do utente. O ensino é um instrumento que deve ser utilizado para que o utente atinja resultados e ganhos em saúde pretendidos pelo profissional de saúde, sendo também uma forma de promover a autonomia do utente* (citados por Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. In Sequeira, C., Sampaio, F., 2020, p. 115).

*Cineterapia:* tive oportunidade de estar presente numa destas sessões, apenas como observadora, contudo entendo que é possível trabalhar uma panóplia de situações, emoções e sentimentos com recurso a esta terapia.

*Balanço semanal:* como coterapeuta, senti a importância que o balanço da semana tem para os adolescentes, mas também para os profissionais. Já como terapeuta, com a supervisão desde o planeamento da sessão e durante a mesma pela minha enfermeira orientadora entendi que o meu lado maternal sobressai e que talvez por isso tenha tido uma excelente colaboração dos adolescentes. Compreendo que enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica procuro a minha linha condutora e que me é importante experimentar diferentes formas de intervir.

*Autocuidado:* Em grupo é, pois, possível aprender a cuidar de nós próprios.

*Relaxamento:* Na primeira sessão de relaxamento em que estive presente como observadora foi notório que a maioria do grupo adere com agrado. Durante a sessão, entende-se que alguns adolescentes apresentam maior facilidade em relaxar e outros menor, porém, não existe dúvida nos seus benefícios. Por exemplo, observar uma adolescente que apresenta dificuldade na atenção, na concentração conseguir manter-se do início ao final da sessão é uma vitória.

Já no papel de terapeuta, senti que viver o aqui-e-agora nesta terapia é simplesmente fundamental. Entendo que o facto de ter facilidade na leitura, e outras características já adquiridas facilitaram a minha intervenção. Contudo, devo preparar-me para futuras sessões com diferentes grupos pois tenho a consciência que pode existir situações em que tenho de responder rapidamente ou de forma diferente.

No meu processo de desenvolvimento de competências entendi que as atividades terapêuticas em que me sinto “como peixe na água” são a Expressão Dramática, Dança e Movimento, Psicoeducação e Relaxamento. Pelo que devo continuar a desenvolver de forma mais perentória, todas as outras no sentido de me desenvolver profissionalmente.

## 8. NOTAS FINAIS

Como devo começar o capítulo final desta esperançosa caminhada, onde sinto que tudo o que tive oportunidade de aprender, conhecer, participar e experienciar nunca foi sorte, foi sempre Deus!

A frequência no curso de mestrado e especialidade em saúde mental foi deveras revelador para mim enquanto pessoa e profissional. Saliento que os estágios surgiram como um momento privilegiado para a aquisição de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando a formação exclusivamente centrada na escola (Simões, 2004). Viver o momento, viver no aqui e agora enquanto mestranda e estudante da especialidade em SMP deixou transparecer o melhor de mim o melhor do meu cuidado. Pressinto que consegui, passo a passo atingir os objetivos do projeto de aprendizagem e os objetivos do presente relatório de estágio.

A promoção do autocuidado como intervenção psicoterapêutica, é, pois, um processo moroso, porém a especialidade em saúde mental e psiquiátrica necessita deste tempo de reflexão e amadurecimento. Área nobre em enfermagem, o autocuidado parece necessitar de uma colaboração para o seu entendimento em cada um de nós enquanto pessoas, mas também enquanto profissionais privilegiados para a sua promoção em especial numa franja da população que não deve descurá-lo de todo, devendo sim integrá-lo no seu dia-a-dia com ganhos para o próprio e para quem se relaciona.

Enquanto intervenção psicoterapêutica, parece não deixar dúvida que os contributos para a prática de enfermagem em regime de internamento não se colocam em questão. No entanto, perceciono que é necessário tempo de cuidados, disponibilidade do profissional e colaboração da equipa.

O exercício de escrita do presente relatório, teve especial impacto. Desde o construto teórico sobre o tema em questão, o aprofundamento das teorias de enfermagem e a análise e reflexão do desenvolvimento das competências de mestre e especialista em ESMP fomentou um crescimento pessoal e profissional. Motivada, a viver o presente, mas com olhos postos no futuro sei que o trabalho por mim desenvolvido não terminou. Parafraseando Benner (2001), *que refere que o modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto coletivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica* (p.12). Será esse o meu desejo, sem descurar as questões éticas e deontológicas na divulgação dos resultados pois, é imprescindível que se mantenham todos os princípios de proteção dos participantes.

Termino (e recomeçarei) com um pensamento de Coimbra de Matos (2021), que me inspira e emociona quando penso nos próximos passos de uma nova caminhada:

O pensamento na lua, pé na estrada, olhos nos outros...

## 9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ª Ed. Lisboa: Climepsi.
- Becker, D. (1985). O que é a adolescência?. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Benet, A.M., Foster, P.C. (2000). Dorothea E. Orem. In George, J., Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à prática profissional (pp. 83 – 102) (4ª ed.). Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto.
- Brito, A., Martins, T. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In Autocuidado: um foco central da enfermagem (pp. 5 – 14).
- Coimbra de Matos, A. (2002). Adolescência. Lisboa: Climepsi Editores.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Couto, G. (2012). Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Dewey, J. (1968). Expérience et Éducation. Paris: A. Colin.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020) - Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA. Centro de Documentação e Biblioteca.
- Espírito Santo, A. (2014). Transição do internamento para o ambulatório de adolescentes com anorexia nervosa - Perspetiva das adolescentes e da equipa que as acompanha. (Relatório do Trabalho de Projeto para candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). Escola Superior de Saúde de Setúbal, Setúbal.
- Figueira, M.; Sampaio, D.; Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.

- Mansilha, H. Guerra, J., Saraiva, J. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (Coords.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 241 – 261) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Martins, V., Mansilha, H. (2014). Perturbações do comportamento alimentar I. In Monteiro, P. (Coords.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 223 – 240) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Matos, M., Cerqueira, A., Guedes, F., Gaspar, T. (2021). Adolescência. In Leal, I., Ribeiro, J. P. (Coords.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 195 – 199). Lisboa: Edição Pactor – Edições de ciência sociais, forenses e de educação.
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Exploring the meaning and practice of self- care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 17(1), 1–12.
- Monteiro, P., Confraria, L. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (Coords.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 339 – 358) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- 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.
- Nascimento, S. – *Anorexia Nervosa: Percepções familiares*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado. Disponível na internet: [tese\\_mestradosara.pdf](#)
- Nunes, L. (Coord). (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva e etapas. *Revista Percursos*. 15(5), 1-38.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.
- Nunes R., Melo, H. (2007). A nova carta dos direitos do utente dos serviços de saúde. In Nunes, Rui; Brandão, Cristina – *Humanização da Saúde* (pp. 15-59). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.,

Neil, R. (2004). Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. (pp. 163-184). (5º ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Conselho diretivo. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Acedido a 21/04/2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde, Lda.

Pimenta, F., Garcia, I., Rosas, R., (2021). Comportamento alimentar. In Leal, I., Ribeiro, J. P. (Coords.), Manual de Psicologia da Saúde (109 – 113). Lisboa: Edição Pactor – Edições de ciência sociais, forenses e de educação.

Regulamento nº 161/1996 (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido em: 21/04/2023. Disponível em: Microsoft Word - REPE.doc (ordemenfermeiros.pt)

Regulamento nº558/2017 (2017). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Acedido em: 21/04/2023. Disponível em: [aa-raif-acreditação-da idoneidade-formativa-dos-contextos-da-prática-clínica.pdf](#) (ordemenfermeiros.pt)

Regulamento nº 366/2018 (2018) Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Acedido em: 21/04/2023. Disponível em: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica – Ordem dos Enfermeiros A Enfermagem e as Leis.

Regulamento nº 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Acedido em: 21/04/2023. Disponível em: <https://ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em: 21/04/2023. Disponível em: <https://ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

- 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.
- Schoen-Ferreira, T. e Aznar-Farias, M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26(2), 227-234.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Silva C. (2013). A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo (Dissertação de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria não publicada). Instituto politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal.
- Silva, T., Lavrador, V., Alves, R., Baltar, P., Quintas, C., Batista, A. (2020). O Jovem. In Ramos, A.L., Barbieri-Figueiredo, M.C. (Coord.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 193 – 216). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In George, J., *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à prática profissional* (pp.253 - 266) (4ª ed.). Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (pp. 211 – 236). (5º ed.). Loures: Lusociência.
- Teixeira, A.C., Cunha, S., Sequeira, C. (2020). Autocuidado. In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp. 113-115). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Towsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.) Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Veiga, J. (2006) – *Ética em Enfermagem: análise, problematização e [re]construção*. Lisboa: Climepsi Editores.