



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

**Intervenções não farmacológicas na Prevenção da
doença mental em Adolescentes**

Ana Máisa Lázaro Peralta

—

**Lisboa
2022**

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

Relatório de Estágio

**Intervenções não farmacológicas na Prevenção da
doença mental em Adolescentes**

Ana Maísa Lázaro Peralta

Orientador: Professor Doutor António Jorge Soares Antunes
Nabais



**Lisboa
2022**

É a partir das relações humanas que “nos tornamos responsáveis, amamos, amadurecemos, reconhecemos e cuidamos”, mas também somos representados como “vulneráveis na pele e no corpo, na vida e na morte, no amor e no sofrimento, nos afetos e nas relações racionais, na lembrança e no esquecimento”.

De la Torre, 2012, pp.18-19

AGRADECIMENTOS

Por singular e considerável apreço, gratidão e infindável confiança, motivação, suporte e paciência, o meu agradecimento premeia a minha **Mãe**, o meu **Pai**, a minha **Irmã**, o meu **Cunhado**, o meu **Irmão** e a minha **Cunhada**; os meus seis **Sobrinhos**, de quem despojei de tempo e carinho; a minha **Avó**, cuja não pude acompanhar de perto durante um longo período... *Se ela conseguisse compreender este momento, iria ficar certamente orgulhosa. Por isso eu contei-lho, ela sorriu e certamente ficou orgulhosa!*

Este percurso começou com a crença de que iria ser árduo, mas possível. Iria ser intenso, mas inspirador. Iria ser desafiante, mas promotor de mudança.

Agradeço ao Professor António Nabais por me ter levado a acreditar neste caminho.

É uma demanda o meu agradecimento às minhas Orientadoras Clínicas, cujas ajudaram-me a dar novos significados à Saúde Mental, facilitaram a doação de um sentido àquilo em que acredito e ajudaram-me a transformar as palavras na relação.

Expresso a minha gratidão ao Professor Alberto Duarte, por me ter ajudado a dar um lugar importante à defesa dos valores que merecem o maior respeito no cuidar.

Com elevada consideração agradeço à Dr.^a Dulce, pela dedicação, pela persistência e por ser impulsionadora de muitos projetos pessoais, tão somente por nunca ter deixado de acreditar.

Uma reconhecida gratidão ao Enfermeiro Franco, pelas inestimáveis palavras e carinho de outrora, que ainda hoje perduram e são fonte de alento.

Aos meus Colegas de trabalho devo um profundo agradecimento por terem sido contentores de horas sem fim, destinadas a conversas sobre conquistas do meu percurso e dificuldades. Em particular revejo a necessidade de realizar um apreço especial à minha Colega Sofia, cuja soube ensinar o poder da resiliência; à Nádía, com quem pude sentir-me vulnerável para reencontrar novas potencialidades; à Lénia, que ouviu e partilhou as melhores estratégias para simplificar o caminho; à Rosie, que sempre acreditou em mim; à minha Equipa de então, que me deram o ânimo certo para continuar; à minha equipa atual pela força e genuidade; à minha Chefe, que me facilitou, numa fase pandémica crítica, o horário e o tempo importantes para que este projeto profissional fosse exequível.

Obrigada aos meus Colegas de Especialidade, com quem foi possível partilhar desafiante caminhada. Às minhas Colegas e Amigas mais próximas da Especialidade, *Andreia, Marta, Nânci e Sónia*, com quem emergiu o poder da palavra, da cumplicidade, da vulnerabilidade e confiança.

A todos os meus AMIGOS que me acompanharam durante este percurso e os que me levaram a conquistar este momento, por acreditarem em mim, e que sabem bem o lugar que ocupam na minha Vida: Joana B., Francisco L.; Cláudia; Maria João, Sónia, Diana; Joana M., Lisete, Catarina; Elisabete G., entre OS outros igualmente importantes.

“Mais do que isso, também sentia que lhe tinha sido dada uma inesperada oportunidade de repetir uma etapa da sua vida [...] e, desta vez, acertar em tudo: podia permitir-se, finalmente, a ser livre e autónoma” (Yalom, 2016, p.51)

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ABREVIATURAS

Art.º – artigo

N.º – número

Sic – segundo informação do/a cliente

H – hora

Min – minutos

P.e. – por exemplo

SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CE EESMP – Competência(s) específica(s) do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro especialista

EESMP – Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ER – Enfermeiro de Referência

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SM – Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente Relatório tem como objetivo narrar as experiências em contexto de Estágio, por forma a adquirir competências de EE e Mestre e a espelhar a prestação de cuidados de EE ESMP, numa abordagem holística, previligiada pela relação, baseada num padrão de qualidade que garanta a recuperação das Pessoas cuidadas.

Este Relatório foi delineado em três partes, nomeadamente a implementação do Projeto de Estágio; as atividades desenvolvidas no contexto de Comunidade, num serviço de internamento de Pedopsiquiatria e na Enfermagem de Ligação; e a aquisição de competências.

A SM é uma área da Saúde cada vez mais prioritária, visto que a violação dos direitos humanos, aliado à vulnerabilidade de vários grupos na comunidade, compõe a base do desenvolvimento de perturbações mentais, promovendo estigma e discriminação. A atuação na prevenção primária e secundária é fundamental na promoção de estratégias que ajudem o Adolescente a ultrapassar o seu período de transição desenvolvimental, crítico e permeável a fatores de risco no desenvolvimento de doenças mentais, pela sua Vulnerabilidade acrescida.

Estar em relação com adolescentes em sofrimento mental implica disponibilidade e criatividade na implementação de estratégias que fomentem o reconhecimento dos seus recursos internos e direitos fundamentais, numa parceria de cuidados no processo de prevenção da doença mental e recuperação da saúde.

Para responder às intervenções de Enfermagem que previnem a doença mental nos Adolescentes, foi realizada uma revisão sistemática da literatura.

O programa de intervenção: “Intervenções não farmacológicas na prevenção da doença mental em Adolescentes”, realizado num serviço de internamento, teve como finalidade o desenvolvimento de intervenções psicossociais que se revelaram num meio holístico de relação e cuidado. Diferentes intervenções terapêuticas com jovens com diferentes necessidades emocionais, geraram diversas oportunidades no desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais cruciais para a sua SM, facilitando a reintegração psicossocial e representando-se fundamental nesta fase de Vida.

Palavras-Chave: Adolescente; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Prevenção secundária; Intervenções psicossociais; Intervenções não farmacológicas.

ABSTRACT

The present report aims to narrate the experiences in the internship context, in order to acquire Psychiatric Nursing and Master skills and to mirror the provision of specialized nursing care in Mental and Psychiatric Health, in a holistic approach, privileged by the relationship, based on a quality standard that ensures the recovery of the people cared for.

This Report was outlined in three parts, namely the implementation of the Intervention Program, the activities performed in the Community context, in a Paediatric inpatient service and in Liaison Nursing; and the acquisition of skills.

Mental Health is an increasingly priority area of Health, since the violation of human rights, combined with the vulnerability of several groups in the community, forms the basis for the development of mental disorders, promoting stigma and discrimination. The action in primary and secondary prevention is fundamental in promoting strategies that help Adolescents to overcome their developmental transition period, which is critical and permeable to risk factors in the development of mental illnesses, due to their increased vulnerability.

Being in relationship with adolescents in mental suffering implies availability and creativity in the implementation of strategies that promote the recognition of their internal resources and fundamental rights, in a care partnership to prevent mental illness and health recovery.

To respond to Nursing interventions that prevent mental illness in Adolescents, a systematic literature review was carried out.

The intervention program: "Non-medical interventions in the prevention of mental illness in Adolescents", was carried out in an inpatient service, aimed at the development of Psychosocial interventions that proved to be a holistic means of relationship and care.

Different therapeutic interventions with young people with different emotional needs generated several opportunities to develop social and emotional habits, crucial to their mental health, promoting psychosocial reintegration and representing fundamental in this stage of life.

Keywords: Adolescent; Psychiatric Nursing; Secondary prevention; Psychosocial intervention; Non-medical intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
1. Enquadramento Teórico da Problemática em Estudo.....	19
1.1. Saúde e Doença mental do Adolescente	19
1.2. A Vulnerabilidade na Adolescência	19
1.3. Prevenção da doença mental na Adolescência	21
1.4. Cuidar na Vulnerabilidade	22
1.5. Contributos da Teoria de Transições de Afaf Meleis	23
1.6. As Intervenções não farmacológicas no cuidado ao Adolescente	25
2. Implementação do Projeto de Estágio	28
2.1. Percurso metodológico do Projeto de Estágio: “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”.	28
2.2. Pertinência da temática	28
2.3. Finalidade e objetivos do Projeto de Estágio	28
2.4. Caracterização dos Participantes	29
2.5. Metodologia	29
2.6. Sessões Desenvolvidas e Instrumentos de Intervenção e Avaliação em contexto do Projeto de Estágio	30
2.7. Avaliação das intervenções	40
2.6.1. <u>Sessão de Relaxamento: “O relaxamento pelo Mindfulness”</u>	
2.6.2. <u>Sessão de Psicoeducação: “Elevar a AutoEstima”</u>	
2.6.3. <u>Sessão de Cineterapia: “Lady Bird – A hora de Voar”</u>	
2.6.4. <u>Sessão de Autocuidado</u>	
2.6.5. <u>Sessão de Terapia pela Arte: “Express’arte ao som da emoção”</u>	
2.8. Considerações Éticas e Deontológicas	42

PARTE II - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	44
1. Cuidados de Enfermagem especializados num Serviço de Internamento para Crianças e Adolescentes	44
1.1. Jornal de Aprendizagem	44
1.2. Intervenção em contexto de relação dual	44
1.3. Estudo de Caso	46
2. Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental e Psiquiátricos Na Comunidade.....	49
2.1. Intervenções em grupo de Crianças e Pais	49
2.2. Consultas de Enfermagem em Saúde Mental	55
2.3. Articulação com a Equipa de Saúde e Reuniões Multidisciplinares	56
3. Cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiatria no contexto de Enfermagem de Consultoria e Ligação	57
PARTE III – AVALIAÇÃO REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EE ESMP	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
APÊNDICES	81
APÊNDICE 1 – Cronograma De Estágio	82
APÊNDICE 2 – Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento.....	84
APÊNDICE 3 – Intervenção Psicoterapêutica: Psicoeducação	92
APÊNDICE 4 – Intervenção Psicoterapêutica: Cineterapia	105
APÊNDICE 5 – Intervenção Psicoterapêutica: Autocuidado.....	115
APÊNDICE 6 – Intervenção Psicoterapêutica: Terapia pela Arte	125
APÊNDICE 7 – Estudo de Caso da “N”	133
APÊNDICE 8 – Esquema Ilustrativo da Janela de <i>Johari</i>	146
APÊNDICE 9 – Quadro de Desenvolvimento de Competências.....	148

INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O Relatório tem como objetivo descrever criticamente as experiências vividas em contexto de Estágio, por forma a expressar a mobilização de competências de Enfermeira especialista (EE) através de uma reflexão prática, a partir de situações novas e inesperadas, com posterior discussão pública. Alicerçado nos princípios de uma Enfermagem Avançada – cuja acolhe competências de nível superior e é baseada num processo de tomada de decisão consciente, pressuposta num modelo teórico – o propósito é a progressão gradual de competências de principiante a perito, conforme o modelo de Benner (Brykeznski, 2004; McEvoy & Duffy, 2008). Com a prestação de cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Mental (SM) é possível uma abordagem holística no planeamento e gestão dos cuidados de competência comum de EE, na integração de conhecimentos e habilidades que promovam a melhoria contínua da qualidade, na asseveração da segurança dos clientes, baseados numa prática científica e reflexiva [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019b].

No sentido de expressar o meu percurso, estruturei o Relatório em três partes.

Na Parte I é apresentado o Projeto de Intervenção intitulado de “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”, inicialmente descrito com o enquadramento teórico da problemática em estudo, dando uma visão da SM, assim como o impacto que as políticas de Saúde têm sobre os grupos vulneráveis, dos quais, neste Projeto, são destacados os adolescentes. Na compreensão da vulnerabilidade inerente ao Adolescente, e reconhecendo nesta fase do ciclo de Vida um momento de transição crítico, potenciador de desenvolvimento de perturbações mentais, dou apreço à perspetiva dos meus cuidados numa filosofia baseada na Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, na prevenção da doença mental. Neste contexto em particular surgem as “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”, onde é possível compreender a pertinência do Projeto de Estágio. Posteriormente é explanada a implementação do Projeto de Intervenção, onde se destaca a Metodologia do Projeto e as atividades desenvolvidas em contexto do mesmo.

Na Parte II são descritas as atividades que decorreram em contexto de Estágio como EESMP, nomeadamente num serviço de internamento, em contexto de cuidados de Enfermagem de Consultoria e Ligação e na Comunidade.

Na Parte III é explanado como foram adquiridas cada uma das quatro competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (CE EESMP), em articulação com as de EE e de Mestre, com base nos descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior [DGES, 2022]).

Por fim é apresentada a conclusão que avalia criticamente todo o processo.

A aquisição de CE EESMP, em particular, é de crucial importância e destaca-se das demais na medida em que o foco da intervenção recai sobre a Pessoa e as relações humanas. Das competências específicas propostas para o desenvolvimento profissional destacam-se a obtenção de um elevado conhecimento de si mesmo, num processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, que permita gerir questões complexas com base no pensamento crítico; a assistência do indivíduo, grupo ou família, na otimização da Saúde Mental; a ajuda ao indivíduo, grupo ou família na recuperação da SM, compreendendo o seu contexto familiar, desenvolvimental e comunitário, garantindo os princípios éticos inerentes à situação; e a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, em contexto individual ou de grupo, por forma a garantir, melhorar e recuperar a sua Saúde, com a aplicação de conhecimentos e julgamento clínico na resolução de problemas em situações novas e não familiares, numa dinâmica multidisciplinar (Decreto-Lei 65/2018, Série I — N.º 157, 2018; OE, 2018a, 2019a).

A minha experiência na área da SM está relacionada com Pessoas adultas e idosas com doença mental grave, pelo que a realização de um Projeto com adolescentes suscita-me a necessidade de desenvolver, não só as competências previstas como EE e Mestre, mas também a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos fora da área de conforto, e que revelam o desafio a que me propus, particularmente num domínio que me inspira grande apreço, descrita pela OE como a primeira CE EESMP, o autoconhecimento (OE, 2018b). A OE destaca esta competência na medida em que o elevado conhecimento de si mesmo e tomada de consciência de sentimentos, emoções, situações e valores que se revelam na relação terapêutica podem comprometer os resultados esperados das “intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”, durante o processo de Enfermagem (OE, 2018a, p.

21428). É igualmente no propósito de aplicação de conhecimentos e “resolução de problemas em situações não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”, com fim a maior grau de autonomia, conferido ao grau de Mestre, que me dedico a esta experiência (Decreto-Lei 65/2018, Série I — N.º 157, 2018, p. 4162). Neste âmbito, surge-me a possibilidade de promoção da maturidade pessoal, intelectual e profissional, imprescindíveis à aquisição do autoconhecimento e da harmonia interna essenciais ao desenvolvimento de uma melhor prática profissional (McEvoy & Duffy, 2008).

Para além do desafio supradito, sabe-se que os jovens sofrem alterações hormonais e neurodesenvolvimentais potencialmente críticas no domínio do controlo inibitório e em regiões cerebrais que ativam a regulação emocional ou geradores de *stress*, que poderão expor alguns destes a comportamentos mal adaptativos, que levam os adolescentes a comportamentos de risco (Schaffer, 2007; Spear, 2013; Nabais & Nunes, 2020). É neste processo que surgem frequentemente fenómenos de elevada transferência e contratransferência, que provavelmente emergem em resposta a problemas anteriormente não resolvidos, e que nos fazem ponderar até que ponto o nosso processo de autoconhecimento, gestão emocional e mecanismos de defesa são adequados para lidar com estas situações de grande sofrimento. Nesta perspetiva, o desafio impôs-se com o objetivo de tornar-me mais disponível para reconhecer estes fenómenos e evitar que eles interfiram na relação (Golan, Yaroslavski & Stein, 2009).

Com o objetivo de responder às intervenções de Enfermagem que previnem a doença mental nos Adolescentes, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, integrando revisões integrativas da literatura, livros de Enfermagem, documentos reguladores da profissão e do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, documentos emanados pela World Health Organization (WHO), Legislação portuguesa e documentos orientadores referentes à SM, assim como literatura cinzenta.

Em apêndice (Apêndice 1) é apresentado o cronograma do Estágio.

O presente trabalho foi realizado segundo o Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos para Relatórios de Estágio e Mestrado, e de acordo com as normas do Guia para elaboração de Citações e Referências Bibliográficas da sétima edição da *American Psychological Association*, que se encontra em vigor na ESEL.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. Enquadramento Teórico da Problemática em Estudo

1.1. Saúde e Doença mental do Adolescente

A SM é definida pela WHO (2019) como um estado de bem-estar em que uma Pessoa compreende as suas próprias capacidades para lidar com o *stress* normal da vida e poder contribuir para a sociedade. Assim, é de crucial destaque a proteção da SM, decretada pela Lei de SM, através de medidas que contribuam, assegurem e restabeleçam o equilíbrio psíquico, não só no desenvolvimento da personalidade, como na integração da Pessoa no seu meio social, assegurando o reconhecimento da SM como um direito humano fundamental, reiterando que não existe Saúde sem SM (Lei n.º 36/98, Série I-A, 1998, Lei n.º 65/2018, Série I-A, 2018; WHO, 2019).

O grande fator relacionado com o aparecimento de perturbações mentais está associado às desigualdades sociais, sendo destacado pela WHO (2004), no desenvolvimento da doença mental, os seguintes principais fatores de risco: biológico, psicológico, social e fatores ambientais e psicossociais relacionados com as interações, ao longo do ciclo de vida, salvaguardando que são igualmente os principais fatores de proteção e de promoção de um desenvolvimento saudável (WHO, 2004, 2018). Já a doença mental reconhece a existência de um problema, sintoma ou perturbação, incluindo sintomas associados a sofrimento temporário ou persistente, que aumentam inclusive o risco de comorbilidades físicas (WHO, 2004).

1.2. A Vulnerabilidade na Adolescência

A adolescência integra-se numa fase do desenvolvimento, dos 10 aos 19 anos, que implica transformações físicas, psicológicas e sociais, num período de transição da puberdade para a fase adulta, onde se destaca a construção da sua personalidade com a procura da sua identidade pessoal e social, a autonomia em relação aos pais e a permeabilidade na relação com os pares (Sampaio, 2010; WHO, 2020).

Este período do ciclo de Vida é permeável a vários fatores que podem tornar os adolescentes pertencentes a um grupo particularmente vulnerável a vários problemas de SM, como a exclusão social, a discriminação, o estigma, dificuldades educativas, comportamentos de risco, doença física, risco mais elevado de exposição à pobreza,

abuso ou violência (WHO, 2002, 2004, 2018, 2020). Destacam-se como fatores de *stress* o desejo de autonomia, a pressão para se relacionar com os pares, a exploração da identidade sexual, o aumento do acesso à tecnologia, a influência dos meios de comunicação social, as normas de género, a qualidade de vida familiar, a violência (familiar e *bullying*), problemas socioeconómicos, entre outros (WHO, 2020).

Na Europa, as condições de SM são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões entre adolescentes, e cerca de 20% das crianças manifesta pelo menos um episódio de perturbação mental ao longo do seu desenvolvimento [WHO, 2020; Almeida *in* Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2021]. Kessler et al. (2007) acrescentam que metade de todas as condições de SM começam aos 14 anos, mas a maioria dos casos não é detetada e tratada.

A nível mundial, cerca de 10 a 20% das crianças e adolescentes sofre de doenças mentais, sendo descritos como principais problemas as perturbações emocionais, perturbações de comportamento, perturbações do comportamento alimentar (PCA), psicose, suicídio, comportamentos auto-lesivos e comportamentos de risco, sendo um dos objetivos a atingir até 2030 a redução da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio da prevenção e do tratamento da doença mental e promoção da SM e bem-estar, na garantia de vidas saudáveis (WHO, 2020).

Relativamente a doenças não transmissíveis e geradoras de incapacidade nos adolescentes, dos 10 aos 14 anos, a ansiedade é a sexta maior causa, e a depressão é a décima quinta causa de incapacidade. Já nos adolescentes dos 15 aos 19 anos, a depressão é a quarta causa principal de doença e incapacidade, e a ansiedade a nona causa (WHO, 2020). Como exemplo das causas de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, temos o suicídio com a representação da quarta principal causa de morte entre os 15 e os 29 anos, de ambos os sexos (WHO, 2021a).

A WHO (2021b) explica que se não forem priorizadas as estratégias de prevenção do suicídio, a taxa atual desta causa de mortalidade prematura, embora em ligeiro decréscimo, não reduzirá a mortalidade por suicídio em um terço até 2030 a nível global, pelo que se manterá um problema de saúde pública mundial.

Com a chegada da pandemia por Covid-19, a SM dos adolescentes veio revelar dados ainda mais alarmantes. De acordo com a *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2021), já em 2019 Portugal detinha o segundo lugar na Europa, com maior percentagem de adolescentes com doenças mentais, sendo que a verdadeira escalada de problemas

mentais é ainda difícil de avaliar. Os principais preditores deste agravamento da SM dos adolescentes, associado à pandemia, estão relacionados com o isolamento social que demarca a socialização com os pares, a exposição exagerada às informações, a redução da atividade física, a mudança de dieta, a alteração do padrão de sono, a falta de comunicação aberta na família, entre outros (Gao et al., 2020; Loads et al., 2020; Miliauskas & Faus, 2020; Stanton et al., 2020; Zhang, Y., Zhang, H. & Ma, 2020; Hussong, Midgette, Richards, Petrie, Coffman & Thomas, 2021).

1.3. Prevenção da doença mental na Adolescência

Considerando que metade das causas de incapacidade e morte prematura em todo o mundo tem por base condições clínicas psiquiátricas, faz sentido então a abordagem da promoção da saúde e prevenção da doença, na redução dos riscos de perturbação mental, com fim à proteção dos direitos humanos (OE, 2015a; SNS, 2020).

Existe uma diversidade de programas e políticas de prevenção na SM, no combate à desigualdade a partir da prática baseada na evidência, que revela que a redução dos fatores de risco da doença mental e o fortalecimento dos fatores protetores da SM diminuem os sintomas psiquiátricos, assim como a incapacidade e o aparecimento de outras perturbações (WHO, 2004). É desta forma que surge a pertinência da minha abordagem da prevenção da doença mental na realização deste projeto, destacando a prevenção secundária com o objetivo da redução da incidência, prevalência e recorrência de perturbações mentais, ou a condição de risco para uma doença mental através da diminuição das recorrências da perturbação (em Pessoas com diagnóstico pré-estabelecido), que proporciona a diminuição do impacto da doença na Pessoa/Família afetada (WHO, 2004, 2021b). Este modelo de prevenção só é alcançável através de estratégias para a promoção de Saúde, no princípio da SM positiva, com estratégias de promoção de bem-estar psicológico, de competências e fomento da resiliência; e identificação precoce, avaliação e acompanhamento das Pessoas com elevado risco de suicídio (WHO, 2004, 2016, 2021b).

Para alcançar o desenvolvimento sustentável é imprescindível o combate à desigualdade social pelas determinantes sociais, ambientais, económicas, individuais e familiares da SM; a execução de estratégias eficazes e intersectoriais universais que facilitem a igualdade de oportunidades, assim como a atenção a grupos vulneráveis (European Commision, 2005; SNS, 2017; WHO, 2004, 2016, 2019).

É neste contexto que a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da SM (SNS, 2017, p. 55) e a WHO (2018) preconizam a priorização da implementação de estratégias na área da prevenção e promoção da SM “baseados em modelos ecológicos de intervenção e sustentados na articulação intersectorial”, assumindo como área de intervenção prioritária da Saúde, a SM da Infância e Adolescência.

A promoção da Saúde e prevenção da doença permite aos adolescentes a compreensão dos seus direitos à saúde física, mental e de bem-estar, oportunidades sociais e económicas e a capacitação na participação plena na formação de sociedades sustentáveis, sendo este um objetivo a alcançar pelo programa *Every Woman Every Child* (2015), garantindo a promoção dos direitos da Criança (UNICEF, 1990).

Neste contexto surgem as intervenções não farmacológicas como modelo de intervenção que promovem o bem-estar emocional dos adolescentes. A evidência científica ao nível de intervenções não farmacológicas associadas à doença mental em adolescentes no internamento é limitada. No entanto, existe uma diversidade de intervenções que demonstraram a sua eficácia e pertinência em Pessoas com necessidades emocionais, com resultados positivos e sustentáveis, com possível adequação de algumas das atividades descritas ao contexto de Estágio e pela possibilidade de serem transponíveis em contexto social.

1.4. Cuidar na Vulnerabilidade

Kemp e Rendtorff (2007), descrevem a Vulnerabilidade como um princípio bioético que se refere à integridade como um princípio básico relativo ao respeito pela proteção humana. A mesma dita duas ideias importantes: a Vulnerabilidade expressa a finitude e a fragilidade da própria Vida; e é objeto de um princípio moral que exige proteção aos mais vulneráveis. Esta impõe a noção de Vulnerabilidade como uma condição humana, sendo que eu reconheço ser vulnerável e consigo identificar a condição vulnerável no Outro. Isto significa que apenas na minha existência como Pessoa e no respeito pelo Outro, é possível criar uma relação e permitir as condições necessárias para a valorização da mesma condição humana (Tassinari & Durange, 2014; Morais & Monteiro, 2017).

Este princípio ético é bastante complexo e espelha diferentes conceitos filosóficos. No entanto, considerando que a Vulnerabilidade é uma condição humana universal que apela ao cuidado dos que mais estão suscetíveis às assimetrias sociais, culturais,

biológicas e económicas, apelo à valorização do compromisso pela solidariedade e altruísmo. Compreendo que, enquanto Ser Humano, eu não conseguiria garantir a minha própria proteção individual. Em relação com o(s) Outro(s), é possível interagir, comunicar e estabelecer relações que facilitam o meu processo de desenvolvimento pessoal e emocional, visto que é a partir das relações humanas que “nos tornamos responsáveis, amamos, amadurecemos, reconhecemos e cuidamos” (De la Torre, 2012, p.18). Ao perceber que estou suscetível à doença, à fragilidade, à carência de cuidados, compreendo igualmente a necessidade de proteger a autonomia, a dignidade e a integridade dos que mais necessitam e, altruisticamente, comprometer-me a garantir o respeito pela Dignidade Humana, pelo que a Vulnerabilidade “representa o limite do cuidar” (Torralba & Roselló, 2005, citado por Almeida, 2014, p. 84). Por isto, estes princípios são valores gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE)(OE,2015a).

Ao poder identificar-me na mesma condição humana, permito o Outro acreditar que possui os recursos internos necessários para o seu desenvolvimento, quando munido de oportunidades iguais, sendo necessário para esta a presença do respeito, compaixão, atenção, carinho, solidariedade, entre outros (Waldow & Borges, 2008).

Para cuidar em relação na SM, é imprescindível o autoconhecimento que permite compreender a minha vulnerabilidade e a do Outro, promovendo o respeito por este princípio bioético (Gardner, 2010; OE, 2018a).

1.5. Contributos da Teoria de Transições de Afaf Meleis

Na lógica da assistência da Pessoa ao longo do ciclo vital e otimização da SM, em particular na adolescência, alicerçado num modelo teórico de Enfermagem, a filosofia de cuidados da Teoria das Transições de Afaf Meleis é aquela que considero melhor adequar-se ao contexto, por integrar o diagnóstico e apoio nas transições de vida do Cliente/Família, ajustando a adequação dos cuidados que facilitam os padrões de resposta aos novos processos de transição (Silva, 2007; Meleis, 2012; OE, 2018a).

De acordo com Meleis (2010, *in* Meleis, 1986), as transições são explicadas como mudanças que decorrem no período do ciclo vital de uma Pessoa ou no meio ambiente envolvente, e que são percebidas pela própria ou por outros que a rodeiam. A mesma Teórica enumera como tipos de transição as de saúde-doença, as desenvolvimentais, as situacionais e as organizacionais (Meleis, 2012).

A preocupação com a transição em que se encontram os adolescentes relaciona-se com o facto da experiência transitória do seu desenvolvimento ser um risco potencial para a geração de problemas mentais. Tendo em consideração o processo desenvolvimental do Adolescente, em combinação com o contexto de internamento, é evidente que este processo de transição desenvolvimental acompanha um padrão de transição simultâneo, o de saúde-doença (Meleis, Im, Messias & Sawyer, 2000). Destaca-se este último, conforme Meleis (2012), pela mudança do estado de saúde dos adolescentes, num processo de doença temporária ou crónica, com necessidade de internamento. Compreender esta dinâmica é crucial nas minhas intervenções e resultados esperados com os adolescentes e famílias, com fim à melhoria do bem-estar, maximização do funcionamento e domínio das atividade de autocuidado (Meleis, 2010).

Afaf Meleis propõe um modelo de cuidados baseado em 3 tipos de intervenção: 1.º) avaliação da aptidão do Cliente, isto é, compreender as condições de transição da mesma, por forma a reconhecer os padrões de experiência; 2.º) preparação do cliente para a transição, de forma a facilitar o seu novo processo de transição; 3.º) facilitação na suplementação de papel, ou seja, que o cliente compreenda o seu novo papel que lhe permite nova transição a partir do efetivo cumprimento do mesmo, com a aquisição de competências pessoais. Sabendo que o ciclo da Vida se revela permeável a vários eventos que promovem instabilidade no processo de transição, o importante é que a Pessoa consiga alcançar um período de equilíbrio e estabilidade comparativamente à sua situação prévia (Meleis, 2010).

A escolha da Teoria das Transições prende-se com a possibilidade de compreender a Pessoa numa perspetiva dinâmica de alguém que pertence e é influenciada pela sociedade e comunidade onde se insere, permite albergar o contexto de transição/transições múltiplas, num *continuum* de procura dos melhores recursos internos e nas relações interpessoais, de forma a ultrapassar a sua condição de maior vulnerabilidade da forma mais saudável possível.

De acordo com a Teórica, a Vulnerabilidade é definida como a procura da manutenção da qualidade de vida diária, através da significação das experiências dadas pelo Cliente, assim como as respostas dos mesmos nos momentos de transição. Assim, esta depende de vários fatores que podem promover problemas potenciais, falha nas estratégias de enfrentamento ou, ao invés, a recuperação do problema (Meleis, 2000).

De acordo com a Teoria das Transições (Meleis, 2010), a Vulnerabilidade está diretamente relacionada com as condicionantes de transição ao nível dos fatores facilitadores ou inibidores, nomeadamente as condições pessoais, significados, crenças culturais e atitudes, *status* socioeconómico e preparação e conhecimento, numa relação direta com a comunidade e sociedade onde se inserem. Estas condicionantes geram padrões de resposta dos quais se crê obter como resultado esperado a mestria das intervenções – na criação de um novo equilíbrio nas relações interpessoais no processo de recuperação, assim como a integração fluída da identidade no processo de ressignificação de papéis face à nova situação.

1.6. As Intervenções não farmacológicas no cuidado ao Adolescente

Cuidar significa estabelecer uma relação terapêutica de confiança, baseada na Verdade e autenticidade. Cuidar implica preocupar-me genuinamente pelo Outro. Significa acreditar, dar esperança e ter competências profissionais que promovam a preparação do Outro para a suplementação do papel nesta nova transição.

Cuidar do Adolescente implica o desafio do silêncio de quem não se sente compreendido, daquele que manifesta a sua dificuldade em gerir as emoções e que muitas vezes leva o seu sofrimento a níveis extremos de risco para a sua própria Vida. Numa fase em que os próprios adolescentes balançam entre a procura da autonomização e desenvolvimento emocional – presos a um corpo que sofre transformações físicas que os faz crescer mais rápido do que o seu desenvolvimento cognitivo – as dúvidas sobre a sua própria identidade pessoal (quem é, quem quer ser e quem gostaria de ser) geram conflitos internos que dificultam a própria expressão do sofrimento.

O Projeto de Estágio esteve pensado num conjunto de intervenções do domínio da quarta CE EESMP, destinadas aos adolescentes, e incluem diferentes intervenções não farmacológicas, de forma a demonstrar a importância das diferentes intervenções na promoção da relação. A utilização de intervenções diferentes possibilitou a emergência e participação dos Clientes em função dos seus interesses e características pessoais. Ademais, enquanto especialista, permiti-me reconhecer nas intervenções não farmacológicas, aquelas cujo me identificava mais e assim, facilitar a relação de forma a estabelecer a relação de confiança necessária à mudança. Este foi essencialmente um processo de autoconhecimento e desenvolvimento profissional essencial à compreensão dos fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica (OE, 2018a).

As intervenções não farmacológicas são descritas como uma panóplia de sistemas, práticas e prescrições de saúde que não integram o modelo de medicina convencional (Park , Hirz , Manotas & Hooyman, 2013). Estas intervenções introduzem uma filosofia de cuidados com base numa abordagem holística em Enfermagem, pela utilização de um paradigma social de SM, facilitador da inclusão das pessoas, ao nível da sua funcionalidade e na sua adaptação (Saraceno, 2004; Freshwater, 2016).

A inexistência de uma categorização destas intervenções torna permeável a ausência de uma definição consensual, e as intervenções não farmacológicas regem-se por diferentes definições consoante as revisões da literatura existentes.

Freshwater (2016) categoriza as intervenções não farmacológicas para a depressão em crianças e adolescentes como Intervenções psicológicas (Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia cognitiva baseada na atenção plena, Psicoterapia individual e/ou familiar), Intervenções educacionais nas escolas e Intervenções baseadas no estilo de vida (dieta e exercício físico), com eficácia evidenciada.

Destacam-se também aquelas que têm efeito sobre o bem-estar mental ou psicológico, embora associados a outras áreas da Saúde. Das intervenções mencionadas por Xavier et al. (2020) emergem a atividade física, jogos, intervenções psicológicas incluindo terapias com animais, musicoterapia, prática de *Mindfulness* e desenvolvimento de competências sociais.

Segundo Costa et al. (2021) são propostas outras atividades, comprovadamente eficazes na promoção da SM, no âmbito da prescrição social, tais como voluntariado, atividades artísticas, aprendizagem em grupo, jardinagem, culinária, conselhos sobre alimentação saudável, atividades físicas ou desportivas. Estas intervenções estão integradas em diferentes domínios, nomeadamente: atividades relacionadas com a arte, atividade física, desenvolvimento pessoal, atividades de interação social, cultural e religioso e atividades tecnológicas/técnicas.

Woodall et al. (2018) promovem intervenções não farmacológicas no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, ainda no setor primário, e definem como domínios de atividade na SM o aconselhamento, aulas de aptidão física, áreas de suporte emocional e grupos criativos, com o objetivo de melhorar o bem-estar, a SM e física, o isolamento e solidão. As intervenções descritas por Morton, Ferguson e Baty (2015), após a realização de seis cursos disponibilizados através da Meditação, Pintura, Fotografia, Joalheria, Artes e ofícios e Cerâmica, demonstraram melhorias significativas na

depressão e ansiedade, com indicadores importantes ao nível do impacto no bem-estar mental e auto-eficácia, através do aumento da autoconfiança, melhoria social e de capacidades de comunicação e melhoria da motivação.

Das atividades de Buller e Venter (2014) destacam-se a pintura, os têxteis, a música, a fotografia e o filme como promotoras da SM, na medida em que os participantes reviram nestas intervenções a oportunidade de expressão de emoções e sentimentos, assim como o desenvolvimento de uma autoimagem positiva.

Jensen e Bonde (2018) conseguem revelar o impacto positivo da arte e da cultura na saúde, através da terapia artística e intervenções artísticas em Pessoas com diferentes manifestações de sofrimento mental, com efeitos psicológicos benéficos e fiáveis, nomeadamente: melhoria da capacidade de enfrentamento, redução de sentimentos negativos, maior qualidade de vida, maior bem-estar, redução da ansiedade, melhoria da autoimagem corporal, redução da agitação psicomotora, distração positiva, aumento da interação social, redução do *stress*, aumento da autoconfiança, autovalorização e autoconceito, redução dos sintomas da depressão, aumento da esperança e melhoria da autoestima. Os benefícios apresentados revelam uma ajuda promissora no processo de recuperação e na prevenção da doença, numa perspetiva impulsionadora da utilização de recursos psicossociais na melhoria da autoestima, na promoção da construção da identidade e na criação de novas oportunidades.

De entres todas as intervenções não farmacológicas descritas, as que se revelaram mais evidenciadas como promotoras do bem-estar foram as do domínio da arte e *Mindfulness*, com maior eficácia na redução de sintomas físicos, melhoria dos problemas mentais, redução dos reinternamentos e promoção do bem-estar (Buller & Venter, 2014; Jensen & Bonde, 2018; Sumner et al., 2019). A promoção da SM e prevenção da doença nos adolescentes facilita o desenvolvimento de estratégias na gestão dos desafios a que estão sujeitos, na transição desenvolvimental em que se encontram, da adolescência para a idade adulta.

Ao promover algumas intervenções não farmacológicas supraditas, adaptadas ao contexto clínico do serviço de internamento, estou a prestar “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” (OE, 2018a, p. 21428).

2. Implementação do Projeto de Estágio

2.1. Percurso metodológico do Projeto de Estágio: “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”.

Para a concretização de um Projeto de Estágio é importante a determinação do seu planeamento, partindo para a sua formulação a partir dos princípios de Dewey (1968), nomeadamente a observação do ambiente, que se realizou durante as duas primeiras semanas, com interações progressivamente mais envolvidas nas atividades. Posteriormente, para o conhecimento prévio e consolidado sobre situações da mesma natureza foram levantadas as reais necessidades dos adolescentes e estruturado um conjunto de intervenções de Enfermagem pertinentes que pudessem dar sentido à minha intervenção enquanto EESMP. Quanto à avaliação da observação, que permite a pertinência da implementação do Projeto, esta admitiu a construção de um Projeto em função das necessidades dos adolescentes internados num serviço de Pedopsiquiatria, procurando a criatividade e dinâmicas no contexto.

2.2. Pertinência da temática

O presente Projeto tem como título: “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”.

Como tem sido descrito, a SM do Adolescente é uma prioridade no domínio da Saúde, visto que a promoção de hábitos sociais e emocionais saudáveis facilitarão o crescimento deste grupo vulnerável, numa sociedade ativa e sustentável. A atuação na promoção da Saúde e prevenção da doença é fundamental na garantia dos direitos da Criança, na promoção de estratégias que facilitem o Adolescente a ultrapassar o seu período de transição do ciclo de Vida, crítico e permeável a fatores de risco elevados no desenvolvimento de doenças mentais (European Commision, 2005; SNS, 2017; WHO, 2004, 2016, 2019).

2.3. Finalidade e objetivos do Projeto de Estágio

O programa de intervenção executado num serviço de internamento de Pedopsiquiatria tem como finalidade o desenvolvimento de intervenções não farmacológicas com adolescentes em risco de doença mental.

Pretende-se que, com a implementação do Projeto, seja possível a melhoria da autoestima ou autoimagem positiva e autoconceito dos adolescentes, o desenvolvimento da sua autoconsciência face ao seu problema de Saúde com reconhecimento dos fatores protetores individuais de SM, a melhoria da qualidade da interação entre pares e com os Profissionais de Saúde, o aumento da autoconfiança e de capacidades de comunicação, a redução de sentimentos negativos ou redução da agitação psicomotora.

Para alcançar o objetivo geral do Programa de Intervenção: “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”, delinearam-se como objetivos específicos (1) a identificação das necessidades dos adolescentes; (2) o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem segundo CIPE® (sistema de taxionomia estandardizado para os diagnósticos de SM regulamentado pela OE); (3) o planeamento das Intervenções do Programa de Intervenção; (4) a implementação do Projeto de Intervenção; (5) avaliação das intervenções realizadas.

2.4. Caracterização dos Participantes

Definiu-se como população alvo todos os adolescentes de um serviço de internamento na área da Pedopsiquiatria, com idades entre os dez e os dezoito anos. Embora a *WHO* preconize a adolescência entre os dez e dezanove anos, o presente serviço estabelece como idade pediátrica limite em Portugal os 17 anos e 364 dias, uma vez que a partir desta idade os mesmos são seguidos em contexto de adulto.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os adolescentes que apresentassem: autoestima comprometida, comunicação comprometida, interação social comprometida, ansiedade, vontade de viver diminuída, risco de comportamento autodestrutivo e juízo crítico comprometido.

Os critérios de exclusão incluíram adolescentes com agitação psicomotora e/ou com atividade alucinatória ou delirante exacerbada que não permitam completar a sessão ou que comprometa os objetivos da intervenção para os outros Adolescentes.

2.5. Metodologia

Com o objetivo de responder às intervenções de Enfermagem que previnem a doença mental nos Adolescentes, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (*Prisma Flow* da Joanna’s Briggs Institute, de Page et. al, 2021). Realizei a pesquisa inicial na plataforma EBSCO, nas bases de dados da CINAHL *Complete* (263 artigos) e

MEDLINE *Complete* (717 artigos) e foram definidas como palavras-chave: “Adolescen*”, “Nondrug Therapy” OR “Non-medical intervention” OR “Psychosocial intervention” OR “Psychiatric Nursing” AND “Mental Health” OR “Well-being” OR “Secondary Prevention”. Foi ainda realizada pesquisa nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, por citação em revistas eletrónicas científicas (n=4) e livros (n=8). Posteriormente foram excluídos estudos por leitura de título (n=301), por leitura de resumo (n=52) e aplicados como critérios de inclusão (estudos publicados entre 2010-2021, resumo disponível, artigos em língua portuguesa e inglesa e população entre os 10-18 anos). Obtiveram-se no total 22 artigos.

2.6. Sessões Desenvolvidas e Instrumentos de Intervenção e Avaliação em contexto do Projeto de Estágio

O Projeto de Estágio foi desenhado para ser aplicado num serviço de internamento de Pedopsiquiatria, com adolescentes.

Neste serviço de internamento, a prevenção de recorrências da perturbação e a recuperação da doença são promovidas num processo de relação de ajuda, mobilizada pelo estabelecimento de uma relação de confiança e parceria de cuidados com os adolescentes, através de intervenções especializadas e integradas num padrão de qualidade que garante a recuperação dos mesmos (OE, 2018b). São realizadas intervenções psicoterapêuticas como a Cinesioterapia, Avaliação semanal, Psicoeducação, Dança e Movimento, Culinária, Autocuidado, Expressão Dramática e Terapia pela Arte.

A relação de ajuda proporcionada gera a tomada de consciência do seu problema e a possibilidade de mudança (Chalifour, 2009), partindo do princípio humano para o processo da mudança descritas por Rogers e Kinget (1969), em que a Pessoa tem a capacidade de tomar consciência de si mesmo e de promover a resolução dos seus problemas com fim à satisfação e eficácia intrínsecas a um funcionamento adequado.

Comunicar com o adolescente é um desafio que se impõe visto que, mais importante do que as estratégias de comunicação com estes, é necessário estar-se sensível ao estadio de desenvolvimento do mesmo (Sequeira, C. & Sequeira, A., 2016).

No contexto do Projeto foram desenvolvidas intervenções terapêuticas em grupo. Destacam-se, das atividades dinamizadas sob minha liderança, uma sessão de Relaxamento, uma sessão de Psicoeducação, uma sessão de Cinesioterapia, uma sessão de Autocuidado e uma sessão de Terapia pela Arte. No entanto, outras intervenções

realizadas no âmbito das intervenções não farmacológicas enquanto EESMP são igualmente exploradas na sua essência na Parte II deste Relatório, noutros contextos.

A escolha da utilização de diferentes técnicas de intervenção psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas foi deliberada. Visto que o tema sugere diferentes formas de intervenção não farmacológica, o objetivo foi experimentar as técnicas com que mais me identificava e a partir das quais poderia integrar futuramente nas minhas intervenções enquanto EESMP. Para cada sessão foram delineados diferentes objetivos gerais, consoante a indicação terapêutica da intervenção e as características dos adolescentes participantes. Os Planos das Sessões encontram-se discriminados nos Apêndices 2 a 6.

A avaliação das sessões foi realizada maioritariamente através da narrativa. Esta surge numa forma de “vazão à mistura de emoções e sentimentos que percorre o corpo de modo difuso e que aos poucos toma a forma de palavras” (Piccardi, 2016, p. 806). Muitas vezes as respostas dos adolescentes são dadas em função das expectativas, podendo ser difícil expressar sentimentos e emoções que poderão ser incompreendidos pelos pares. Neste contexto, à medida que o Adolescente vai desenvolvendo várias competências socioemocionais e permitir-se confiar nos Enfermeiros e outros terapeutas, vão admitindo a possibilidade de expor-se e serem compreendidos no grupo. Ainda que possam ser verbalizadas novas formas de pensar e sentir, a narrativa permite expressar, de forma anónima e confidencial, aspetos mais sensíveis e íntimos que pretendam partilhar com quem promove a intervenção.

A narrativa permite também compreender a subjetividade do que é narrado, pelo que não é feita interpretação do que é dito, mas transmitido de forma clara e sem julgamento (Piccardi, 2016). Muitas destas narrativas tornam-se importantes porque focam dificuldades e potencialidades a serem trabalhadas ou desenvolvidas posteriormente pelo Enfermeiro de Referência (ER). Estas emergem num contexto em particular de uma atividade onde é destacado determinado tema (ou foco de Enfermagem) e pode ser trabalhado segundo a perspetiva do mesmo, consoante a relevância que o próprio Adolescente concede.

2.6.1. Sessão de Relaxamento: “O relaxamento pelo Mindfulness”

O plano de sessão de Relaxamento, a fundamentação da intervenção e avaliação da sessão pelos adolescentes encontra-se no Apêndice 2.

Na avaliação das sessões de Relaxamento a que assisti, antes da execução de uma sessão, os adolescentes referiam que a sua maior dificuldade era manter a concentração nas instruções, sendo que o pensamento divergia frequentemente para as suas preocupações, pelo que não poucas vezes, gerava maior ansiedade. Veja-se que os adolescentes internados se encontram em sofrimento mental e que a transição de saúde-doença pela qual estão a passar está bastante presente e marcada, pelo que a disposição psicológica para permitir-se relaxar é deveras um desafio que aceitam com muita dificuldade. A maioria dos jovens apresenta ansiedade com manifestações físicas de tensão corporal, pensamentos ruminantes em torno do seu problema de Saúde e acrescenta-se a polimedicação que poderá induzir sonolência e dificuldade de concentração e/ou comprometimento do pensamento. Neste sentido, foi escolhida a utilização do *Mindfulness*, de forma a demonstrar que esta técnica de relaxamento permite aceitar a inevitabilidade da invasão dos pensamentos e a compreender melhor as nossas necessidades emocionais.

Em particular, do *Mindfulness* à SM, García-Campayo (2018) e Huguet e Alda (2019) descrevem benefícios na melhoria da capacidade de manutenção e concentração; diminuição do comportamento impulsivo, com melhorias significativas do autocontrolo e regulação emocional; aumento da tolerância à frustração; promoção do reconhecimento de mudanças recorrentes ao nível do pensamento, sensações e emoções; promoção da introspeção e autoconhecimento; aumento da empatia e melhoria das relações sociais; redução do stress; aumento do bem-estar psicológico e melhoria da qualidade de Vida.

Nesta sessão participaram 14 adolescentes.

No início da sessão foram questionados sobre a experiência de prática de relaxamento, sendo que a maioria iniciou esta técnica no internamento. Apenas duas jovens haviam experimentado em casa.

Utilizou-se inicialmente uma luz de fibra ótica (frequentemente utilizada em salas *Snoezelen* por estimular e captar a atenção) para simbolizar o pensamento. Posteriormente foi escolhida a técnica *Body Scan* (ou *Scanner* corporal) por ter por base o relaxamento a partir das sensações corporais.

O desafio imposto era o não julgamento, a aceitação das coisas tal como elas são, no momento presente sem procurar mudar, assim como a adoção de uma atitude gentil em relação a si mesmo, numa perspetiva compreensiva com as próprias experiências e vivências. Miguel e Ruiz (2020) reiteram que o “foco nas sensações corporais permite-

nos escapar dos pensamentos ruminativos e das emoções negativas” (p. 264). Não obstante, houve um cuidado acrescido com a redução do tempo de foco nas áreas do corpo com as áreas mais problemáticas nas Pessoas com autoimagem negativa.

Numa perspetiva avaliativa, no final da sessão alguns jovens referiram que era uma técnica eficaz e importante na redução da ansiedade, ponderando extrapolar esta prática de relaxamento aquando da alta hospitalar e uma das jovens refere que a técnica a fez sentir “calma, relaxada, leve e fez-me lembrar o yoga” (sic “DM”). Os adolescentes que já realizaram esta sessão noutros momentos do internamento não conheciam a técnica do *BodyScan*, e destacaram como ponto positivo a utilização da luz escolhida para ajudar a focar e concentrar-se na atividade. Apenas duas adolescentes referiram não conseguir concentrar-se por causa dos pensamentos ruminantes em torno da sua situação de doença. A atividade decorreu de forma positiva, com bom *feedback* dos adolescentes.

Como dinamizadora desta intervenção, compreendo que houve uma progressiva adaptação pessoal à técnica, ao longo da sessão, remetendo-me para a tomada de consciência da necessidade da experiência prévia na realização de intervenções, de forma a não comprometer os resultados esperados (OE, 2018a).

2.6.2. Sessão de Psicoeducação: “Elevar a AutoEstima”

O plano de sessão de Psicoeducação, a fundamentação da intervenção e avaliação da sessão pelos adolescentes encontra-se no Apêndice 3.

A Psicoeducação como intervenção terapêutica foi aquela com que me identifiquei desde o início, pela experiência prévia desta intervenção noutros domínios da Enfermagem e pelo foco de Enfermagem escolhido pelos adolescentes: a autoestima.

O foco da autoestima, como domínio mais evidenciado no autoconceito, valorizado pela sua importância pessoal na interação (Harter, 2011 citado por Shpigelman & HaGani, 2019), é um tema pelo qual sinto um apreço desigual.

A importância de trabalhar a autoestima está diretamente relacionada com a promoção da SM e bem-estar psicológico e pelo grande impacto que a baixa autoestima tem em fenómenos mentais negativos como a depressão e suicídio (Mruck, 1998), sendo uma preocupação presente e real associado à mortalidade prematura por doenças não transmissíveis nos adolescentes (WHO, 2020, 2021a).

Num serviço de internamento, a Psicoeducação, quando liderada por um EESMP, não é o seu tratamento, mas sobretudo ser uma parte inclusiva do seu regime terapêutico

(Amaral, Almeida & Sousa, 2020), por forma transformar significados, a dar um nova compreensão e sentido à expressão da sua doença, “fomentando a sua aprendizagem acerca das estratégias para lidar com a doença e seus efeitos” (Amaral, Almeida & Sousa, 2020, pp. 175), e a intervir sobre o diagnóstico de conhecimento diminuído.

Nesta sessão estiveram presentes 13 jovens. Por haver quem falasse outra língua materna que não o português, no grupo, houve necessidade de adaptação da intervenção, tendo sido salvaguardado não só a presença de um Enfermeiro que pudesse facilitar a tradução da atividade, como foi disponibilizada toda a informação traduzida para que não fosse perdida informação importante e para que toda a gente pudesse sentir-se parte integrante dos cuidados que são prestados.

O meu maior desafio no que concerne a esta intervenção foi torná-la numa intervenção em que os próprios conseguissem reconhecer-se nela. O primeiro passo foi dar uma intencionalidade terapêutica a intervenções não farmacológicas como o jogo de tabuleiro ou jogo de cartas como meio de relação com os adolescentes. Neste contexto foi possível retirar, de momentos de grupo ou individuais, conhecimento sobre características individuais, gostos e interesses que foram referidos como fatores internos positivos e potenciadores do seu desenvolvimento pessoal e emocional. A partir desta estratégia eu consegui que a intervenção psicoeducacional pudesse transparecer uma preocupação e interesse da minha parte, ao retribuir como estratégias positivas algumas daquelas que outrora foram partilhadas e valorizadas.

Numa segunda fase, na atividade adaptada de “Como os outros me vêem... e eu, como é que eu me vejo?”, de Anna Maria Becattini (Manes, 2007), sinto que foi possível que emergisse em grupo a coesão, o interesse, o cuidado na avaliação interpessoal com o Outro que se encontra na mesma situação de vulnerabilidade acrescida (em contexto de doença). Inicialmente foi solicitado ao próprio que fizesse uma descrição sintética sobre características pessoais suas. Sem que fosse possível ver a autoavaliação pelos outros, todos os elementos do grupo descreveram a/o jovem em questão (uma característica física, um adjetivo, algo que a representasse). Esta atividade teve uma adesão muito positiva, dinâmica e permitiu fomentar a autoestima a partir de descrições positivas, assim como o reconhecimento da unicidade. Ao mesmo tempo, cada jovem conseguiu perceber que a forma como se veem pode ser diferente daquela que os vê, sendo crucial compreenderem neste contexto que, o comprometimento na autoestima, promove um pensamento, um juízo crítico e uma interação social comprometidos.

Com fim ao destaque desta intervenção, e de forma a avaliar a mesma, foi promovida a atividade final que deu origem ao título, por ter sido o auge desta intervenção: “Elevar a AutoEstima”. Foi dado um cartão personalizado e produzido manualmente onde deveriam escrever, “Autoestima é...”. No outro lado do cartão deveriam completar: “Para elevar a minha autoestima, é importante...”. O cartão foi anexado a um fio preso a um balão com hélio. No final foram convidados a juntarem-se num círculo, agachados e com o balão rente ao chão. Foi promovida a mensagem de que todos nós somos únicos, ninguém é livre de ter momentos de autoestima comprometida, mas que ali (naquele espaço, naquele contexto), poderia assistir-se a vários balões que seguravam mensagens importantes sobre estratégias reais, exequíveis e pessoais para melhorar a autoestima de cada uma das Pessoas presentes. Foi solicitado que fossem deixando o balão voar, compreendendo que há vários jovens com a mesma necessidade em aumentar a autoestima, não se sentindo sós nos seus problemas e necessidades pessoais, facilitando a possibilidade de crescimento e mudança (Lieberman, 1979, citado por Guerra, Lima & Torres, 2014). Os Enfermeiros presentes participaram ativamente nesta atividade, tendo sido um momento importante para salientar que os profissionais de saúde estão acessíveis, numa dimensão de compreensão empática com a sua situação, e disponíveis para ajudar a tornar as suas estratégias possíveis. Esta dinâmica veio apelar sentimentos de pertença entre o grupo, importantes numa relação de ajuda.

No final da sessão foi possível ler-se como definição de Autoestima: “ter confiança em nós mesmos, saber o nosso valor em todos os aspetos e ter amor-próprio” (sic “NC”) ou “Amor próprio, uma necessidade humana (...)” (sic “C”).

2.6.3. Sessão de Cineterapia: “Lady Bird – A hora de Voar”

O plano de sessão de Cineterapia, a fundamentação da intervenção e avaliação da sessão pelos adolescentes encontra-se no Apêndice 4.

O planeamento da sessão de Cineterapia foi aquela que me suscitou maior curiosidade e que me fez compreender o verdadeiro âmago desta intervenção, pelo potencial que lhe é inerente, como intervenção psicoterapêutica, sócio terapêutica, psicossocial e psicoeducativa.

Com recurso ao filme como intervenção não farmacológica, é possível a cocriação de metáforas que se referem a um cenário, com a possibilidade de descrever um cenário pessoal através das perspetivas de outra pessoa (Eppler & Hutchings, 2020; Fortunato &

Schwartz, 2019). Esta perspectiva é fundamental na adequação à fase da adolescência, já que se estão num processo de desenvolvimento na aquisição do raciocínio lógico e abstrato, assim como aptidão nos julgamentos morais, que permitem aos mesmos uma visão de si de forma independente das outras Pessoas, tendo em consideração as perspectivas dos outros (Slater & Bremner, 2017).

Nesta sessão estiveram presentes 11 jovens.

Foram seguidos os passos que Dantzler (2015) recomenda seguir, a partir dos princípios da terapia da realidade de Glasser, para que este mediador seja reconhecido como expressivo. Foi revisto o filme antes de o propor; foi oferecida uma breve sinopse do filme; foi solicitado que tomassem consciência das suas respostas físicas decorrentes da visualização do filme; foi processado o filme enquanto espetador. No final, foi obtido o *feedback* sobre o mesmo. Desta proposta, a explanação sobre a sinopse do filme não pareceu trazer benefícios para a sessão.

De todos os aspetos mais relevantes em relação à utilização do filme como mediador expressivo, o que se salientou foi descrição escrita (narrativa), no final, sobre a identificação com os personagens e/ou situações particulares do filme com que os adolescentes se identificaram. Alguns referem não se terem identificado com os personagens, mas com situações em particular, ou vice-versa. Ainda assim, foi possível compreender que, independentemente do processo de identificação, houve de facto confronto com a existência de realidades semelhantes, de sentimentos mútuos e a presença de emoções partilhadas sobre os julgamentos morais que vão construindo, importante na normalização das experiências (Eppler & Hutchings, 2020). Houve a possibilidade efetiva de permitirem-se ter uma perspectiva diferente dos problemas ou até se identificarem com problemas semelhantes. Toda esta expressão manifesta é fundamental na compreensão das dificuldades sentidas e construção de estratégias de enfrentamento eficazes, fomentadoras de resiliência.

Um filme que promova a “elevação cinemática”¹ e gere a impressão de realidade para um grupo grande e heterogéneo acarreta uma escolha difícil e delicada, principalmente para jovens com humor deprimido e em sofrimento mental, com reduzida disponibilidade psicológica para assistir a uma “inspiração advinda da superação”

¹ Processo a que se refere a presença de sensações fisiológicas geradas pela observação de um comportamento positivo, que promove, por modelagem, o desejo que realizar igualmente um comportamento positivo (Niemiec & Wedding, 2008).

(Bernadet, 1985, citado por Fortunato & Schwartz, 2019, p.4). Uma das jovens descreve que no filme a mensagem representa “a dificuldade de ser adolescente/crescimento de forma profunda e crua” (traduzido sic “N”). Foi escolhido um filme que destacasse o foco da resiliência, de forma a facilitar este processo de tomada de consciência nos adolescentes, indo igualmente de encontro ao foco anteriormente abordado na sessão da autoestima: “não desistirmos dos nossos sonhos e sermos persistentes” (sic “G”).

2.6.4. Sessão de Autocuidado

O plano de sessão de Autocuidado, a fundamentação da intervenção e avaliação da sessão pelos adolescentes encontra-se no Apêndice 5.

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN, 2016, p.42), o Autocuidado é definido como “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” e refere-se como conceito multidimensional importante que Birken, Wong, McPherson e Killaspy (2021) descrevem como o domínio da autorregulação emocional e da promoção do bem-estar. Quando este desenvolvimento é perturbado, emergem dúvidas, constrangimentos e confusões sobre o seu papel na vida (Towsend, 2011). É neste processo que surgem frequentemente alterações do autoconceito que tem um papel decisivo nesta fase de desenvolvimento, já que se trata da perceção que o indivíduo tem de si mesmo (Serra, 1988) e integra os sentimentos, conscientes ou não, atitudes e perceções sobre si mesma (Potter & Perry, 2006).

Na presente sessão participaram 14 adolescentes.

De forma a introduzir o tema do Autocuidado no presente grupo, foi importante solicitar a colaboração dos jovens que já assistiram previamente a esta sessão para explicar a sessão aos que participavam pela primeira vez. Assim poderia compreender o que os jovens apreenderam deste conceito e introduzir nova informação pertinente.

Esta é uma atividade terapêutica muito importante e desejada pelos jovens, por ser um momento de cuidado, seja ao próprio ou ao outro e, por isso, a minha maior preocupação é que eles pudessem usufruir desta intervenção. Habitualmente é feita uma introdução do tema e posteriormente são providenciados os seus itens pessoais de autocuidado (material para o cabelo, barba, manicure, cremes, perfumes, entre outros).

Foi realizada uma introdução sobre o Autocuidado e entregues folhas de cores variadas, com brilho, acetinadas ou com textura e disponibilizados vários materiais de

arte criativa, com o objetivo de estimular a criatividade e facilitar o autoconhecimento. Posteriormente foi solicitado que escrevessem o seu nome no centro da folha como representação pessoal de cada jovem como o centro do Autocuidado. A partir de cada letra do seu nome deveriam escrever uma palavra ou uma frase sobre o que é para si importante para o Autocuidado, nas diferentes dimensões, descritas pela UNICEF (2020) (no Apêndice 5). De forma a facilitar o processo, construí uma lista de palavras relacionadas com o Autocuidado, sendo que mais uma vez, intervenções não farmacológicas como o jogo de tabuleiro ou construção de puzzles revelaram-se essenciais para a intervenção atual. Com a promoção da relação em atividades recreativas foi possível conhecer os adolescentes e obter informações importantes sobre o seu autocuidado e, assim, promover nesta intervenção psicoterapêutica a preocupação e cuidado, a partir de ideias de autocuidado dadas pelos mesmos.

Houve uma boa adesão à atividade, onde se presenciou a possibilidade de se perceber a importância do autocuidado. A maioria dos jovens referiram a importância que dão em cuidar dos outros, sobrepondo-se esta preocupação ao autocuidado, tendo sido por isso descrito por “C.” que o que mais gostou na sessão foi “cuidar dos outros” (sic “C.”), sendo importante para o seu autocuidado o “bem-estar, identidade, estar com amigos, penteados, cuidar de mim, arte, música, maquilhar” (sic “C.”).

Uma situação em particular representou o auge desta experiência. Uma das jovens presentes referia que preferia cuidar a ser cuidada. E em duas sessões seguidas promoveu esse cuidado às outras jovens sob a forma de maquilhagem. A meio desta sessão, a mesma referiu que precisava do seu tempo para poder cuidar de si e esse momento foi respeitado. No final da sessão, uma das outras jovens manifestou o desprazer da sessão por não ter sido maquilhada pela jovem. E esta situação tornou-se a epígrafe do autocuidado, na medida em que naquele momento relembrei a importância do respeito pelo tempo individual que cada Pessoa necessita para si mesma. A primeira jovem referia que preferia ser cuidadora e, durante o internamento, pouco se disponibilizava para falar sobre si e as suas preocupações. Neste momento ela soube ser assertiva e pôde colocar-se numa situação vulnerável em que a mesma refere que precisa do seu tempo pessoal. O meu papel foi o de valorização da sua atitude, de forma empática, destacando a importância de sabermos valorizar as necessidades individuais, de forma a facilitar o autoconhecimento, promover a autoestima e estabelecer relações interpessoais saudáveis. Foi salvaguardada, no entanto, a importância daquele momento

esperado de maquilhagem para a segunda jovem. Percecionou-se um momento de silêncio no grupo, fosse pela empatia que se gerou, fosse pelo reconhecimento do respeito pelo lugar que se ocupa numa relação.

2.6.5. Sessão de Terapia pela Arte: “Express’arte ao som da emoção”

O plano de sessão de Terapia pela Arte, a fundamentação da intervenção e avaliação da sessão pelos adolescentes encontra-se no Apêndice 6.

A sessão da Terapia pela Arte foi realizada por mim e por outra Colega que se encontrava a realizar igualmente o Estágio de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica. A ideia surgiu pelo tema do Projeto da Colega estar relacionado com os mediadores expressivos, nomeadamente a pintura e o desenho, e eu poder integrar uma nova intervenção não farmacológica, nomeadamente a música.

Cowen, Fang, Sauterb & Keltner (2020) expõem a música como uma parte universal e vital da vida social entre as culturas e Cook (2000) destaca a música como um meio importante na identidade dos adolescentes, relevando-a como facilitador da identidade social dos mesmos. Este mediador tem efeitos terapêuticos numa relação corpo-mente e na expressão de emoções em adolescentes, com fomento da criatividade, da comunicação, socialização, alívio da dor, promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual (McFerran, K., 2019; Ribeiro, 2020).

A harmonia da terapia pela arte com a música permite uma distinta combinação de técnicas com fins psicoterapêuticos que compreendem a melhoria das funções físicas, emocionais e cognitivas dos indivíduos, a resolução de conflitos e redução do stress (Pies, 2008), promovido pela combinação de experiências sensoriais que facilitam a expressividade daqueles envolvidos no processo criativo. A combinação das cores no desenho e as expressões visuais com estímulos auditivos/musicais é ativada de forma catalisadora das ligações entre os sistemas motor e o cognitivo, criando significados suplementares à aprendizagem (Barksdale, 2003).

Na presente sessão participaram 10 adolescentes. Todos os jovens participaram ativamente na sessão. Consideraram a atividade inicialmente difícil pelo curto *timing* das músicas, mas conseguiram expressar sem dificuldade os sentimentos que as músicas faziam emergir. Neste momento foi percebido que não é a qualidade do desenho que dá significado à experiência, mas a expressão das emoções, sensações e sentimentos no processo da criação (Bucho, 2009). Num grupo, a criação de uma relação de confiança

e um ambiente terapêutico são fundamentais para que as Pessoas possam dar um novo significado para a sua experiência (Guerra et al., 2014).

A música evocou sentimentos e partilha de momentos especiais de cada um dos jovens, tendo sido percecionado e verbalizado pelos mesmos que, mesmo sujeitos à mesma experiência (ouvir a mesma música), a perceção e sensações que emerge em que cada um é tão diferente quanto a unicidade intrínseca, resultante das suas vivências. Destacou-se, assim, a importância da construção da identidade pessoal.

Numa música em que os jovens identificaram como maioritariamente triste, uma das jovens descreve-a como “energia mágica” (sic “O.”), salvaguardando que foi a sua música favorita. Esta tomada de consciência permite compreender que cada um pode e consegue um resolver as suas dificuldades de forma diferente e tornar-se mais resiliente.

2.7. Avaliação das intervenções

Quando eu avalio os pontos fortes do meu Projeto, revejo a possibilidade de compreender que o tema trabalhado não é suficientemente abordado numa perspetiva relacional, sendo preferido um foco e uma intervenção em particular.

A preocupação com a SM dos adolescentes é um tema particularmente importante, pelo número preocupante e crescente de adoecimento mental dos mesmos, agravado pela pandemia. Por isto continua a ser um foco de intervenção valorizado a nível mundial ao nível de programas de atuação na promoção da Saúde e prevenção da doença mental.

A utilização de intervenções não farmacológicas permite um conjunto de intervenções especializadas que visam não só a prevenção da doença, mas o restabelecimento da saúde, anterior ao estado de doença que levou os adolescentes a necessitarem de apoio e cuidados particulares. Note-se que as sessões descritas integram intervenções não farmacológicas de cariz psicoterapêutico e socioterapêutico e podem ser integradas no seu dia a dia, conforme aquelas com que se identificam e que lhes permite a reintegração psicossocial tão importante nesta fase de Vida.

Da mesma forma, a realização de diferentes intervenções especializadas permite não só adquirir competências dos diferentes domínios de CE ESMP, como compreender, numa perspetiva de autoconhecimento profissional e na criação de uma identidade enquanto especialista, o tipo de intervenção com que me identifico.

Este autoconhecimento, imprescindível na obtenção do título de EE, e em particular de EESMP, é essencial para a garantia dos melhores cuidados de qualidade, em segurança, de forma a não condicionar os resultados esperados (OE, 2018a, 2019a).

Criaram-se as circunstâncias para promover diferentes meio de reflexão sobre o sentido que o meu Projeto foi transformando, havendo disponibilidade para dar um significado à minha intervenção enquanto especialista, com muitos momentos de reflexão escrita e oral, assim como o desenvolvimento de um pensamento crítico.

As intervenções do Projeto foram realizadas em contexto de internamento, mas o sentido dado ao mesmo foi extrapolado para o contexto comunitário e de Ligação.

Relativamente às limitações do Projeto, destaca-se a falta de domínio das intervenções sendo que poderia ter sido eventualmente uma ameaça ao Projeto, visto que “para garantir o sucesso de um procedimento novo, ele deve, antes de tudo, experimentá-lo longamente” (Païn & Jarreau, 2001, p.18). No entanto, esta limitação foi percebida à luz do valor do desenvolvimento de competências que me permite a aprendizagem ao longo da Vida, de forma autónoma (Decreto-Lei 65/2018, 2018).

Durante a implementação do Projeto houve necessidade de reformulação do mesmo por questões de Saúde, pelo que este aspeto poderia ter-me exposto a uma ameaça. A Dança e Movimento foi uma intervenção particularmente estimada e a partir da qual pude fazer emergir uma ligação mais profunda. No entanto, esta foi superada com determinação, empenho, na resolução de problemas em situações novas.

No que concerne às oportunidades do Projeto, a minha experiência de Estágio em si, num serviço de internamento de Pedopsiquiatria, mostrou-me a relevância da intervenção do EESMP e o papel deste junto das famílias. A oportunidade de assistir Pessoas ao longo do ciclo de Vida veio mostrar-me diferentes capacidades, competências e revelar a possibilidade de trabalhar junto de Pessoas em sofrimento mental de qualquer idade. Considero muito relevante a possibilidade de estagiar num serviço onde já existe um conjunto de intervenções psicoterapêuticas não farmacológicas lideradas por EE, que me deu a oportunidade de intervir com os adolescentes, podendo assistir a formas dinâmicas de atuação.

Em relação às ameaças, expõe-se a carga horária que dificulta a disponibilidade psicológica para a realização de mais sessões em grupo, de forma a poder realizar um acompanhamento mais regular.

2.8. Considerações Éticas e Deontológicas

A sustentação deontológica da Enfermagem, emanada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e CDE baseia-se primariamente no respeito pelo princípio da Dignidade Humana, que reconhece um valor inerente e incondicional, pelo que a Vida Humana não tem um preço, revendo assim que as Pessoas que foram cuidadas por mim durante o percurso de Estágio, representaram um fim em si mesmo e não apenas um meio (Duarte, 2008; OE, 2015a, 2019a).

A Dignidade manifesta-se na capacidade intrínseca do Ser Humano de auto-realização e impõe a necessidade do reconhecimento pessoal e interpessoal desse valor, através da manifestação de respeito, garantia da liberdade, da solidariedade e da responsabilidade. O Altruísmo surge neste contexto na perspetiva de que o cuidado é prestado e realizado em função das necessidades e benefício do Outro, ao invés do interesse pessoal (OE, 2005). Assim são salvaguardados os princípios da Beneficência e Não Maleficência, em prol do melhor interesse daquele que é cuidado, onde a relação terapêutica conjetura a presença sentida, a reciprocidade, o cuidar, a empatia e o convite ao diálogo autêntico (Teixeira, 2006), numa relação baseada na Autenticidade.

Todos princípios éticos são promovidos e enquadrados segundo o princípio da Solidariedade e Responsabilidade, numa perspetiva de Justiça e Equidade, na prevenção de recaídas, promoção de estratégias potenciadoras de desenvolvimento social, emocional e físico saudáveis, considerando que todas as Pessoas “nascem iguais em direitos e em dignidade” (Santos, 2004; Kemp & Rendtorff, 2007; OE, 2015b, p.41).

A promoção de um ambiente securizante e dinamizador parte por uma Responsabilidade moral, cívica e deontológica na promoção dos cuidados (OE, 2019a). A responsabilidade emerge a par com a Competência e Aperfeiçoamento Profissional ao longo da vida, que me permite ser autónoma e auto-orientada, com o objetivo de integrar os conhecimentos e cuidados, com responsabilidade ética e social, na excelência do exercício da profissão (Lei n.º 65/2018, Série I-A, 2018; OE, 2005, 2019a).

Foram tidos em consideração os aspetos legais no que respeita à Confidencialidade e direito à Privacidade. Foi explicado aos adolescentes que a informação é sigilosa e respeitou o critério da pertinência da informação recolhida para a prestação de cuidados personalizados, sendo partilhada apenas com os profissionais envolvidos no plano terapêutico (OE, 2005). Foi mantido o anonimato ou a doação de

nomes fictícios e dados clínicos que não permitam o reconhecimento da Pessoa a partir do seu estado de saúde, prognóstico, diagnóstico e/ou tratamento (OE, 2015a).

Estudos indicam que os adolescentes (10 aos 24 anos) não apresentam uma maturidade cerebral para facilitar a Liberdade de escolha responsável, estando na base de comportamentos impulsivos e imaturos (Arain et al., 2013). Assumindo uma autonomia limitada, a minha intervenção parte por ajudar os adolescentes a pensar a ação. A par com os cuidadores, é possível fomentar maior autonomia (Progressiva Autonomia Deliberativa) e redefinição do seu papel social (Meleis, 2010; Nunes, 2020).

Duarte (2008) explica que o facto das crianças e jovens serem menores não compromete a sua dignidade, pelo que os seus direitos devem ser tidos em consideração relativamente à tomada de decisão, em contexto de cuidados de Enfermagem, em função das suas competências cognitivas, psicossociais e maturidade. Caso não seja possível a sua partilha na tomada de decisão (Consentimento Informado livre e esclarecido), o Enfermeiro deve obter um Assentimento Informado, visto estarem evidenciados os benefícios da inclusão das crianças/adolescentes no processo de decisão (Baston, 2008; Duarte, 2008). No serviço de internamento, a intervenção realizada junto de adolescentes com PCA é baseada num programa de tratamento onde os jovens estão envolvidos no processo terapêutico e onde são estimulados a escolher ativamente os tópicos nos quais desejam trabalhar, aumentando a motivação e a autoeficácia, essencial no processo de desenvolvimento da autonomia e independência (Schmidt, Startup & Treasure, 2019).

Note-se que todos os princípios e valores supraditos estão intrinsecamente relacionadas com o princípio do Superior Interesse da Criança, por vezes como limite ao exercício da parentalidade. Com o destaque da WHO (2020) sobre a violência na infância e adolescência, identifico a proteção e salvaguarda da criança/adolescente como imprescindível ao bem-estar de crianças em risco, assim como na elaboração do diagnóstico de SM da criança, família ou comunidade (Lei 142/2015, Série I, 2015; OE, 2018a). Deparei-me com jovens com perturbações emocionais e de comportamento que foram institucionalizadas por não existir uma vinculação segura, colocando em risco o desenvolvimento integral dos mesmos, já que “uma vinculação forte (..) com um cuidador psicologicamente nutrienste tem uma função biologicamente protectora”, preparando a criança para as situações potenciadoras de risco e facilitando os diferentes momentos de transição (Portugal, 2009, p. 47).

PARTE II - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DE ESTÁGIO

1. Cuidados de Enfermagem especializados num Serviço de Internamento para Crianças e Adolescentes

1.1. Jornal de Aprendizagem

O Jornal de Aprendizagem foi realizado em todos os contextos terapêuticos (ambulatório, internamento e Enfermagem de Ligação). O mesmo baseou-se no Ciclo Reflexivo de Gibbs por apresentar uma forma estruturada de reflexão que facilita o desenvolvimento de um pensamento crítico, num processo cognitivo organizado, ativo, propositado, envolvendo criatividade, reflexão, resolução de problemas, julgamento intuitivo e racional, atitude inquisitiva e orientação filosófica dirigida ao pensamento sobre o pensamento (Mariano, 2007). A prática de reflexão implica a descrição da situação, a compreensão dos sentimentos que emergem na mesma, a avaliação e a análise que permitem dar sentido à experiência, a conclusão do que poderia ter feito de forma diferente e, finalmente, o que detive desta aprendizagem significativa e que me preparou futuramente para antecipar novos eventos (Jasper, 2003; Jonhs, 2009).

Este modelo reflexivo revelou-se uma ferramenta particularmente útil no desenvolvimento da primeira CE EESMP, a tomada de consciência de mim durante a relação terapêutica, nomeadamente na identificação das emoções e sentimentos que podem interferir na relação, na gestão dos fenómenos de transferência e contra-transferência; manutenção do contexto e limites da relação profissional para garantir a integridade do processo terapêutico; e compreensão da minha presença, dando conta das reações corporais e comportamentos no momento da relação (OE, 2018a).

1.2. Intervenção em contexto de relação dual

A intervenção do EE ESMP destaca-se pelas características pessoais do Enfermeiro relativamente às competências relacionais e comunicacionais do mesmo.

Numa relação dual é possível compreender a complexidade da natureza de uma relação terapêutica, onde o domínio da competência do autoconhecimento é e foi um fator determinante para o sucesso da relação. Veja-se que Waldow e Borges (2008) descrevem características importantes no cuidar em relação e que se revelam compatíveis com as qualidades pessoais (personalidade e atitudes) do Enfermeiro que

favorece uma relação terapêutica em SM (Pereira & Botelho, 2014). Revêem-se nestas a empatia, a autenticidade, o estar disponível, a capacidade reflexiva, a compaixão, a promoção de esperança, a promoção do conforto, entre outros, como qualidades comuns às descritas nas CE EESMP pela OE (Pereira & Botelho, 2014; OE, 2018a). Estas qualidades são imprescindíveis e indissociáveis numa relação terapêutica, enquanto meio de ajuda ao Outro, e no reconhecimento de uma Vulnerabilidade comum, evidenciado pelo processo de autoconhecimento (Gardner, 2010).

Recordo uma situação em particular de acompanhamento de uma adolescente de 17 anos, a “M”, internada no serviço de internamento por uma PCA e com comportamentos autolesivos. Após um episódio de ansiedade em escalada, foi necessário direcionar a jovem para um quarto terapêutico de contenção ambiental, onde é possível a expressão de qualquer sentimento que facilite a catarse emocional (exceto auto e hétero agressão). Ao chegar ao quarto, “M” verbaliza: “Já não aguento mais isto. Sou péssima filha. A minha mãe não me merece. Eu quero morrer” (sic “M”).

Neste momento compreendi como a intensidade do sofrimento do Outro leva-nos (profissionais) subtilmente a desviarmo-nos do foco e ativarmos mecanismos de defesa inconscientes que nos ajudam a evitar a interação em situações que nos causam igualmente sofrimento. Após esta tomada de consciência, procurei identificar os fatores pessoais que pudessem interferir na relação, reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais na gestão de sentimentos e emoções (OE, 2018a; 2019a). Assim, procurei aproximar-me, garantindo o espaço pessoal e, após breve silêncio, pude transmitir-lhe que imaginava que o seu sofrimento deveria ser realmente intenso, mas que estávamos lá para ajudá-la a ultrapassar a sua situação. Foi possível olhar empaticamente para a “M” e perceber que, de facto, ela não vê nenhuma saída possível naquele momento. Ao mesmo tempo procuro perceber que no sofrimento da “M”, e na dificuldade que ela outrora apresentava na autogestão emocional, havia a possibilidade de ajudá-la a reencontrar os seus recursos internos para a recuperação da sua SM.

Destaco neste momento de relação dual o suporte, a presença sentida, quando lhe dei as minhas mãos e ela expressava verbalmente a sua angústia. Foi igualmente importante o silêncio, enquanto gerador de cumplicidade, compreensão e empatia. Uma adolescente com PCA, que se arrisca a morrer, *para corresponder às expetativas sociais, às exigências familiares e que invariavelmente procura reconhecimento, integração e valorização entre pares*, com história de comportamento autolesivo, e que verbaliza

concomitantemente que quer morrer, mas pede ajuda para terminar com o seu sofrimento, representa a ambivalência característica da adolescência (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). O sofrimento sentido pela “M” é notório e chega a ser reproduzido nas palavras de Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001, p. 511) quando descrevem que “chega a arriscar-se morrer para se viver”. Percebendo a contratransferência que este momento de relação com a “M” evocou em mim, e abrindo espaço para a compreensão dos sentimentos mais comuns que os jovens com PCA evocam nos Profissionais de Saúde (Golan et al., 2009), revejo a importância da dimensão da psicopatologia compreensiva neste contexto, mas de forma a não “fechar a compreensão no nosso sentido” (Enfermeira “T”), de forma a tomar consciência não só do que sinto, mas perceber se esta facilita a relação. Tomando consciência de que a transmissão de emoções fortes que a jovem despoletou advêm naturalmente da sua regulação emocional instável, que afeta e conduz elevada contratransferência (Golan et al., 2009), pude assumir que este processo de desenvolvimento profissional é um caminho possível e a forma como eu lido com ela será sempre numa perspetiva ulterior de aprendizagem na minha gestão emocional e autoconhecimento.

1.3. Estudo de Caso

O Estudo de Caso integra-se na 3.^a CE EESMP, nomeadamente enquanto Terapeuta/ER, com fim à qualidade e garantia da continuidade de cuidados, enquanto responsável por preparar a unidade, receber e acompanhar o Adolescente na admissão e realizar a avaliação inicial (com a participação dos familiares); identificar os diagnósticos de enfermagem segundo CIPE®, para o planeamento, prescrição e avaliação de intervenções de Enfermagem; prestar cuidados centrados no Adolescente; e planear a alta (Rego & Coelho, 2016; OE, 2018a).

No presente serviço, cada Adolescente é acompanhado pelo menos com um EE ESMP, por forma a garantir cuidados especializados e que permitam a consecução de um Processo de Enfermagem eficaz e com intervenções autónomas em SM, possibilitando um acesso aos cuidados de saúde personalizado e multidisciplinar, na coordenação da informação que é partilhada em contexto terapêutico, dando resposta à unidade de competência em que o EE ESMP recorre à metodologia de gestão de caso “no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar

o Cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”. (OE, 2018a, p.21429).

Em SM o processo de Enfermagem é um processo complexo e exige o estabelecimento de uma relação de ajuda profissional, que requer tempo, competências técnicas comunicacionais e relacionais, adequáveis à(s) Pessoa(s) cuidada(s).

A criação de um clima de segurança e livre de julgamentos, no estabelecimento da relação, é crucial para que o Adolescente possa, gradualmente, adquirir as condições necessárias para a mudança, isto é, envolver-se na relação, chegar ao seu real pedido de ajuda, preocupações e expectativas; tomar consciência de si mesmo na relação com os outros; revelar, de forma progressiva, os seus medos e mecanismos de defesa; conhecer os seus recursos internos e aumentar a confiança no terapeuta; compreender os diversos fatores que afetam o seu desenvolvimento e estado de saúde; fazer escolhas que promovam o seu bem-estar (Chalifour, 2009).

Para a realização do Estudo de Caso tive a oportunidade de acompanhar uma adolescente de 15 anos, a “N”, com uma evolução estatura-ponderal adequada até aos 14 anos. Após o segundo confinamento causado pela pandemia pelo Sars-Cov2, começou a apresentar comportamento persistente de restrição de ingestão calórica, com objetivo intencional de perda de peso e, conseqüentemente com complicações orgânicas, ficando internada com o diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN) do tipo restritivo.

A adolescência é um período do ciclo de vida onde se destaca a importância da redefinição do *self* e onde a independência do adolescente na tomada de decisões é um passo importante na conquista da autoestima positiva. Quando este desenvolvimento sofre alterações significativas emergem frequentemente comportamentos de risco, onde surge as PCA e, neste caso em concreto, a AN do tipo restritivo, como insuficiência do papel psicossomático a nível alimentar (Nabais & Nunes, 2020).

A AN é uma patologia com graves consequências para a saúde a nível orgânico, psicológico e social, com evolução crónica e incapacitante quando não diagnosticada e intervencionada precocemente (American Psychiatric Association, 2013). Geralmente inicia-se na adolescência e afeta aproximadamente 9 mulheres para cada homem e é uma condição psicopatológica com importante impacto negativo, associado ao incomensurável sofrimento do próprio e da família, pelo que a integração de todos os elementos no plano de cuidados é uma demanda (Litmanovich-Cohen, Yaroslavsky,

Halevy-Yosef, Shilton, Enoch-Levy & Stein, 2021; Tourinho, Feixas, Medina, Paz, & Evans, 2021; Wittek et al., 2021).

A “N” encontra-se a passar por uma transição desenvolvimental – a adolescência como processo de maturação no seu ciclo de vida; em combinação com uma transição situacional – com o contexto de internamento, onde se depara com a necessidade de ajustar-se de um contexto familiar a um internamento hospitalar com Pessoas, ambiente, regras e objetivos próprios, uma vez que “nunca tinha ficado tanto tempo separada dos meus pais” (sic “N”); num contexto de transição simultâneo, a de saúde-doença – num processo consciente e efetivo da sua situação de saúde, já que, de acordo com “N”, “eu não sabia que estava assim tão doente, achava que como estava a ser acompanhada, estava tudo controlado” (sic “N”) (Meleis, Im, Messias & Sawyer, 2000).

Por forma a adaptar o modelo de cuidados baseado nos três tipos de intervenção de Afaf Meleis, foi avaliada a aptidão da “N”, isto é, foram compreendidas as condições de transição da mesma, através da Entrevista. Posteriormente, o objetivo parte para a preparação da “N” para a transição, cujo é realizado durante o internamento. Por fim, a terceira intervenção terapêutica é a suplementação de papel, ou seja, que a “N” compreenda o seu novo papel que lhe permite nova transição, com a aquisição de competências pessoais, na recuperação do seu estado de Saúde anterior (Meleis, 2010).

Os componentes da Apreciação clínica da “N” encontram-se no Apêndice 7.

Acompanhar uma adolescente em sofrimento mental, com PCA, foi um verdadeiro desafio, percebendo de antemão que iria incitar o desenvolvimento do meu autoconhecimento, compreender os meus limites pessoais e profissionais, capacidade de gestão emocional e uma superação de ideias pré-concebidas relativamente à SM.

Realizar uma entrevista em SM a uma Adolescente em grande sofrimento mental, com disponibilidade reduzida para falar, foi um repto a que me propus. Houve necessidade compreender o que é relevante para o momento da relação, que não tivesse sido do meu interesse, mas que fosse pertinente para a “N” abordar.

Quando assistimos a jovens com imensos recursos internos passíveis de facilitar a recuperação e a redução de incidência, o desejo que o Outro entenda essa capacidade latente pode gerar mecanismos de defesa. Compreendo que estes são a resposta ao processo de contratransferência que provavelmente surge como replicação de problemas pessoais anteriormente não resolvidos (Golan et al., 2009). No entanto agora eu sinto-

me mais disponível para compreender que «o caminho é o dela e o tempo de recuperação é o que ela precisar» (Enfermeira “T”).

Nas sessões de grupo a “N” participou na Psicoeducação sobre a Autoestima: “Elevar a AutoEstima”; na Cineterapia: “Lady Bird, Time to Fly”; no Autocuidado; e na Terapia pela Arte. Em momentos individuais recorri à música como mediador expressivo, à psicoeducação, à escuta ativa e o suporte emocional. Das várias intervenções, destaco o Projeto Individual do “Pote do Autocuidado”. Durante a consecução deste Projeto foi possível a realização de uma atividade recreativa com intencionalidade terapêutica, com fim à promoção do bem-estar emocional da “N”, tendo sido possível integrar intervenções não farmacológicas do domínio da intervenção artística, na prevenção da SM do Adolescente. Esta intencionalidade terapêutica utilizada através de um mediador expressivo facilitou a aliança terapêutica, a redução da tensão e criou um elo entre mim e a “N”, na construção de um projeto terapêutico que promoveu os objetivos supraditos. Neste tempo e neste espaço da relação, foi possível abordar vários assuntos importantes como a inexistência da perfeição, a dificuldade de fazer escolhas, a possibilidade de pedir ajuda e ser ajudado ou de errar sem que isso determine as suas capacidades. Foi possível mostrar que existem caminhos alternativos ao nosso pensamento e ideias e ainda que é possível ajustar expectativas. Sinto que esta intervenção promoveu um momento de relação onde a “N” foi o cerne da construção do seu Autocuidado.

2. Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental e Psiquiátricos Na Comunidade

2.1. Intervenções em grupo de Crianças e Pais

Salgueiro et al. (1994) explicam que o desenvolvimento e a inserção social da criança dependem de várias determinantes como as genéticas, mas é destacada, com elevada apreciação, a qualidade da relação com o meio. A Família ocupa um lugar preponderante no desenvolvimento de uma boa SM, cuja influenciará na saúde escolar e social, com impacto futuro na saúde profissional, de cidadania e cultural.

Com fim a evitar as perturbações da vida mental da criança, cujas estão associadas a situações continuadas de crise familiar, com problemas na relação entre os mesmos, são apresentadas como intervenções em SM infantil a valorização das redes relacionais,

seja intra ou extra-familiares; o estabelecimento de uma relação empática com as crianças e pais; a compreensão das dinâmicas familiares, assim como as vivências internas da criança, descritas pelos autores supraditos como “o modo como se organizam face à realidade” (Salgueiro et. al, 1994, p. 52).

Durante o Estágio tive a oportunidade de integrar diferentes grupos terapêuticos, em contexto de ambulatório. As dinâmicas de grupo decorriam com crianças entre os 4 e os 6 anos, em sessões de 1h15min, em 2 grupos constituídos por 4 crianças cada. Estas eram referenciadas por alterações da linguagem, perturbações da conduta/comportamento, perturbações emocionais ou hiperatividade. No entanto, como a qualidade dos vínculos afetivos entre a criança e os pais são determinantes para o desenvolvimento da SM da criança, é simultaneamente realizado um grupo com os pais, destacando-se a perspetiva sistémica na adequação dos cuidados, garantindo igualmente a segunda competência do EE ESMP (OE, 2018a).

Partindo do conceito de família de Sampaio & Gameiro (1985), citado por Alarcão (2000, p.37), esta pode ser definida como o “conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior [e] que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificada”. Numa perspetiva sistémica a família detém duas importantes funções: a de facilitar o processo de desenvolvimento durante o ciclo vital e a de permitir um crescimento saudável dos seus elementos, no que se refere à proteção, autonomia, integração social e cultural. Visto este ser um processo dinâmico, está inerente alguma estabilidade dos sistemas de forma a garantir a flexibilidade da família na necessidade de mudança ou transformação (Alarcão & Gaspar, 2007).

Já quando falamos em imprevisibilidade familiar, referimo-nos à “falta de consistência dos padrões de comportamento e dos sistemas de regulação familiar [que] dificulta não só a construção das próprias regras de interação como perturba o equilíbrio necessário à transformação” (Alarcão & Gaspar, 2007, p.2). Estas falhas nas responsabilidades do cuidar, nos sistemas de regulação ou nos mecanismos de manutenção de expectativas, remetem para um risco aumentado de problemas de comportamentos e dificuldade de ajustamento social e escolar, comprometendo a autoestima (Ross e Hill, 2000, 2002, citado por Alarcão & Gaspar, 2007).

Desconstruindo aos poucos as minhas noções de regras e conceitos pré-definidos sobre educação, e gerando novas oportunidades, foi possível perceber que, com as

crianças, a autenticidade é o segredo da relação. Nesta cabe a segurança, a imaginação, a verdade, o brincar. Com esta experiência reconheço ter aprendido o imo significado de “acolhimento, suporte, contenção, organização (...) e estimulação” (Salgueiro, 1996, p. 54). Neste tempo das crianças, elas permitem-se exprimir, através da brincadeira, o modo como têm aprendido a compreender a realidade que os rodeia, seja pelo desenho ou pela brincadeira imaginária, uma vez que “ao brincar, a criança manipula os fenómenos exteriores; coloca-os ao serviço do sonho e investe os fenómenos exteriores escolhidos conferindo-lhes o significado e o sentimento do sonho” (Winnicott, 1971, p. 73).

Nestas dinâmicas recorria-se essencialmente à expressão dramática com a utilização de diversos meios de comunicação: “a verbal, a mímica-expressiva, a emocional, a comunicação gráfica”, estimulando a fantasia, o “faz de conta” e a criatividade (Costa, Santos & Vidigal, 2005, p.87). Recorria-se muito aos contos de fadas, com histórias começadas por “Era uma vez...”, já que estas permitem integrar as histórias nas suas experiências internas pessoais e representá-las através de um meio controlado (Costa et al., 2005). Promovia-se o “prazer de ser capaz de fazer”, indissociável ao prazer do brincar, já que nesta fase, o simbólico dá significado ao espaço transicional, onde constrói novas verdades sobre o mundo (Salgueiro, 1996, p.54).

A segurança que procuram é a de serem entendidos. E a sua linguagem corporal e/ou verbal é a que conseguem expressar. Para que a autonomia destes meninos seja possível, são prescritos momentos de disciplina, de forma que eles possam sentir a segurança de serem entendidos nas suas birras e comportamentos. É crucial que elas possam sentir alguma organização no caos dos sentimentos que envolvem estes momentos, já que a “criança que se sentiu acolhida, confortada e serenada, dirige-se naturalmente para as pessoas e para as situações estimulantes e *aproveita-as para crescer (...)*” (Salgueiro, 1996, p. 56). A ideia de que uma criança, numa das dinâmicas de grupo, começou a pontapear particularmente uma folha em branco, com comportamento de oposição, *dando pontapés ao confronto com o vazio que sente* e organizar-se após contenção física e suporte emocional, fez-me compreender o alcance das abordagens realizadas neste contexto. Nestas dinâmicas promove-se a satisfação das necessidades emocionais das crianças, onde Festas, Quelhas e Braga (2020) elevam as palavras amor, segurança, disciplina, independência e autoestima.

Neste espaço terapêutico, as intervenções foram adaptadas conforme as necessidades emocionais das crianças presentes. Houve momentos em que a

representação da história dos “Três porquinhos”, como elucidativa do crescimento, do controlo de impulsos, da ingenuidade ao “bom senso”, foi a intervenção mais adequada (Costa et al. 2005). Todavia, houve momentos em que a escolha intencional da utilização de um papel lustroso, de tamanho A2, pincéis e tinta permitiram a manifestação da liberdade, do movimento, do desenvolvimento da motricidade fina e a mediação do impulso de emoções. Uma das crianças iniciou a primeira intervenção a chorar durante toda a sessão, com necessidade de ser contida emocionalmente. Ao longo do tempo tornou-se capaz de começar a interagir com as outras crianças. Passou de um desenho todo preto, sem saber o que representa para si e recusando outras cores, a atribuir os riscos a um espaço que lhe é familiar, criando a oportunidade de fazer emergir um desenho cada vez mais colorido e diferenciado. Esta criança passou a preferir esta intervenção durante as sessões, já que o desenho permite a representação gráfica do seu verdadeiro *palco interno* (Bléandonu, 1999). Inicialmente apresentava dificuldade de atenção, dificuldades de comunicação, pouca expressividade emocional, com dificuldade de representação simbólica, comportamentos repetidos e obsessivos com máquinas, assim como lentificação psicomotora. Ao fim de 20 sessões em grupo, a mesma criança dirigia-se aos profissionais de Saúde, verbalizava mais, interagia com os outros meninos, conseguiu desenvolver maior representação simbólica (agora capaz de representar animais). Através destas intervenções não farmacológicas foi igualmente possível recorrer ao jogo, ao desenho, à representação de animais e à criatividade espontânea, já que com as crianças é deveras importante estar-se preparado para a imprevisibilidade, com “disponibilidade interna para dar cor ao espaço” (Enfermeira “G”).

Se o meu cuidado é a relação, esta só é possível na garantia de uma boa relação com os pais, que se encontram a experimentar um processo familiar onde os sistemas de regulação levantam dificuldades no reequilíbrio necessário à transformação. Empoderar as Famílias no estabelecimento de relações saudáveis e facilitar a vinculação promotora de autoestima, segurança e contenção, é proporcionar harmonia nas necessidades percebidas para o equilíbrio interno da criança. Este *empowerment* é conseguido através dos grupos terapêuticos ou dinâmicas de grupo.

As dinâmicas de grupo formam-se com fim à promoção e coesão de Pessoas que reconheçam semelhanças dos seus problemas, de forma que juntas possam sentir o suporte social (Guerra et al., 2014). É no seio do grupo que se analisam pensamentos, emergem emoções, e compreendem-se os comportamentos de cada elemento integrante

deste, tendo em consideração a Janela de *Johari*, cuja me permitiu assistir à evolução de cada Pessoa nos diferentes quadrantes e ter sido tão importante no processo de mudança (Apêndice 8). Estar num grupo onde se abordam questões delicadas sobre o desenvolvimento emocional dos filhos e partilhar esta responsabilização de educação com um profissional ou em grupo, implica que cada mãe/pai possa sentir-se numa condição vulnerável que não é o desejável para o próprio, permitindo dar lugar ao suporte e à partilha das mesmas ou diferentes dificuldades.

Assisti, em diferentes momentos, a processos de identificação das mães com os filhos, tendo sido verbalizado ocasionalmente: “Eu também era assim e ele/ela é igual a mim”. Numa das últimas sessões em que estive presente, uma das mães chegou a verbalizar: “Eu sei que é mais de mim a dificuldade de separar-me deles do que eles de mim” (sic mãe “D”), justificando o atraso do desenvolvimento por dificuldade de separação da figura de vinculação à necessidade de ter um filho pequeno para “dar amor” (sic D), já que na sua infância foi várias vezes vítima de abandono e violência familiar. Desta forma, os mecanismos de transferência emergem de forma prejudicial no desenvolvimento normal do ciclo de Vida do seu filho.

Mello e Lima (2010) destacam o desafio ético de não substituir a técnica pelo momento de relação, que aqui realço como as dinâmicas de grupo com os pais. Esta relação implica um clima de segurança, tolerância, sustentação, proteção e confiança, garantido pela autenticidade do terapeuta, evidenciando a preocupação da Enfermeira terapeuta e co-terapeuta pelos valores e crenças dos pais/Família (Mello & Lima, 2010).

Nestas dinâmicas de grupo a mediação vai de encontro aos interesses e dificuldades expostas e o objetivo não é o julgamento das suas decisões em relação à educação ou qualidade de vinculação, mas ajudar a repensar as suas tomadas de decisão através do reforço e experiências quotidianas positivas, destacando a interação com fim ao desenvolvimento do ser humano (Mello & Lima, 2010). Recordo uma das mães que dizia que o/a seu/sua filho/a de 4 anos era “um(a) menino/a muito calmo/a, não faz birras, só diz que tem medo” (uma das mães presentes). Não se espera que uma criança de 4 anos seja aquele/a menino/a calmo/a como efetivamente apresenta. Houve necessidade de acompanhamento desta mãe em consultas individuais, visto que a mesma insistia que o comportamento de birras ou de alteração de sono eram, por exemplo, manifestação de um “medo” que o mesmo detinha por uma situação aparentemente traumática decorrida anteriormente. Esta criança começou a substituir

todas as suas necessidades pela palavra “medo”, comprometendo o seu comportamento e adaptação social (não se veste sozinho, tem dificuldade em brincar com outras crianças), a linguagem (não apresenta discurso compreensível e fluente, tem dificuldade em dizer a idade) e até a postura e motricidade global (Direção Geral da Saúde, 2013). Estas vieram a manifestar-se sob forma de problemas emocionais e a intervenção recaiu na promoção do desenvolvimento emocional através de uma vinculação saudável.

Para estas famílias, cujas passaram um longo período de confinamento associado à pandemia por Sars-Cov2, viram-se sujeitas ao aumento de vários stressores pandémicos (perda económica e de recursos, isolamento e separação, necessidades de escolaridade para as crianças, entre outros), mas a presença de uma comunicação aberta, direta, honesta e calma aumentam a resiliência e bem-estar familiar (Hussong et al., 2021). Nestas dinâmicas de grupo, a comunicação foi a principal mensagem na relação entre os pais e filhos. A intervenção psicoeducativa foi fundamental em diversos momentos (fosse sobre a segurança, o sono, as birras, o controlo de esfíncteres, a relação com os irmãos, os limites, entre outros), mas o papel do EE ESMP transforma o conhecimento e experiências dos pais numa forma de comunicação familiar saudável, visto facilitar o sentimento de segurança e competência, necessários à descoberta do Mundo (Maia, 2022).

Os cuidados de Enfermagem especializados vão de encontro à promoção de intervenções não farmacológicas, explanadas na terceira e quarta CE ESMP, através da prescrição de cuidados promotores e protetores da SM, prevenção da doença mental, através da implementação de intervenções “centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições” (OE, 2018a, p. 21430).

Foi interessante tomar consciência das minhas características pessoais e profissionais nestes contextos, já que é importante compreendermo-nos na relação com o Outro. Ainda que me visse e me reconhecessem como uma Pessoa com maior facilidade de expressão por meio da palavra, a verdade é que senti maior facilidade de interação e espontaneidade com as crianças do que com o grupo de pais. Num mundo de crianças onde a criatividade não tem limites e a autenticidade se gera por meio de uma relação natural, crua e sem possibilidade de controlo do ambiente terapêutico (onde é necessário mergulhar na imaginação e necessidades particulares), o comportamento não verbal emergiu como mais facilitador na relação.

2.2. Consultas de Enfermagem em Saúde Mental

A realização de consultas em SM foi uma experiência importante para a compreensão da minha identidade enquanto especialista. Intervir com famílias, em contexto de SM, revela-se importante na medida em que o objetivo não é resolver os problemas intrínsecos das mesmas, mas adequar as necessidades emocionais da família enquanto sistema, na redução do sofrimento e harmonia emocional (Seabra, 2010).

Os cuidados que são prestados em famílias têm uma abordagem sistémica, já que a homeostase familiar é interdependente de todos e de cada um dos elementos que a constitui, com a comunidade onde estão inseridos (sistema aberto e dinâmico). Partindo do princípio da tendência autoatualizante, é possível compreender que o papel do EE ESMP é um mediador das relações familiares, não através de diretrizes sobre como atuar em Família, mas ajudar cada elemento a refletir o lugar do outro na dinâmica familiar e ajudar a encontrar o seu próprio caminho no restabelecimento da saúde familiar (Seabra, 2010). Afinal, quando deixa de existir a capacidade de conseguir ultrapassar uma crise familiar, é a família que fica doente, ao invés *da* Pessoa portadora do sintoma psicológico, tornando a Família o sujeito de cuidado (Seabra, 2010; Santos, Cruz, Mekitarian & Angelo, 2017).

Em consultas terapêuticas geralmente o processo inicia-se por referenciação de crianças por parte de educadores ou médicos de família. Posteriormente é realizada uma avaliação e diagnóstico de Enfermagem de SM e, em equipa multidisciplinar, é discutido o caso e abordadas as intervenções especializadas de cada área de cuidados.

Seabra (2010) explica que a intervenção junto das famílias tem duas funções deveras essenciais, a de suporte emocional e de educação. E eram estas as funções passíveis de observar e compreender nas Consultas. Embora se tenha adotado por vezes um momento mais privado dedicado ao(s) familiar(es) de referência(s) sem a presença da criança/adolescente, havia sempre um momento de reunião onde se poderia compreender a interação familiar.

Numa primeira consulta é realizada a entrevista inicial e é promovido um espaço para a família poder explanar as dificuldades sentidas pela mesma, face à situação que a levou à consulta. A forma como é percebida a aliança terapêutica é essencial para o sucesso das subseqüentes. Assim, desde a técnica da entrevista até às consultas subseqüentes, o ambiente terapêutico ocupa um lugar estrategicamente pensado, uma

vez que a avaliação decorre nos detalhes da observação. As questões surgem à medida que as necessidades da família emergem, sendo possível observar a não diretividade das mesmas. A capacidade de estabelecimento de uma relação empática levou a que alguns pais, sobre a necessidade que sentiam de voltar a marcar novas consultas, afirmassem que se tinham sentido compreendidos e que tinham encontrado um espaço onde parecia mais fácil abordar as dificuldades do(s) filho(s).

Nesta consulta de Enfermagem em SM a educação manifesta-se sob forma de psicoeducação, partindo das experiências já existentes em casa. O suporte emocional funciona como a chave da relação, onde se procura ser livre de julgamentos, valorizado o papel dinamizador e securizante dos diferentes elementos da família. Nas consultas observa-se o comportamento verbal e não verbal em congruência com o discurso apresentado, sendo possível premiar momentos de validação, de compreensão empática, promover a relação afetiva e, quando necessário, recorrer ao silêncio, crucial para dar lugar ao sofrimento percebido. A abordagem familiar foi sempre preferida a consultas individuais, no entanto os constrangimentos de horários, dificuldade em lidar com questões de SM (aceitação de alterações de comportamento ou dificuldades de aprendizagem) e a tendência crescente de núcleos familiares reconstituídos levam ao abandono de consultas ou à impossibilidade de uma intervenção mais eficaz.

Para além da importância da minha presença em consultas de SM destaco a execução dos registos de Enfermagem. A realização de um registo em Enfermagem de SM, mais do que em qualquer outra área, implica a objetividade, clareza na descrição da consulta ou dinâmica de grupo e a utilização cuidada de transcrições dos elementos presentes. Este tornou-se deveras importante para a (re)adequação dos cuidados e para a avaliação global da consulta, ou eventualmente destacar o que preocupa mais uma família.

2.3. Articulação com a Equipa de Saúde e Reuniões Multidisciplinares

A articulação com a Equipa de Saúde realizava-se de diversas formas. Geralmente após as dinâmicas de grupo fazia-se uma reunião multidisciplinar com os profissionais envolvidos (Enfermeiros, Psicomotricista e Terapeuta da Fala) de forma a poder partilhar não só a dinâmica em si de cada grupo, como partilhar conhecimentos de cada área de estudo para a compreensão das interações que se geraram. Esta abordagem multidisciplinar era frequentemente acompanhada posteriormente pelos médicos das

crianças de cada grupo, de forma a delinear um plano de cuidados mais personalizado em função da evolução e prioridade de intervenção individual para cada criança.

Além das reuniões supraditas, em contexto de ambulatório, eram realizadas reuniões semanais onde se discutiam diversos temas em função das necessidades da equipa. Algumas foram dedicadas a um projeto implementado pela equipa presente. Noutros momentos eram apresentados e discutidos estudos de caso entre os diferentes profissionais de saúde e especialidades (Médicos, Terapeuta da Fala, Psicomotricista, Psicólogos, Enfermeiros, entre outros), com apresentação da sua compreensão em função do seu modelo teórico de referência, sendo possível neste espaço a integração de conhecimentos de forma a “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” (Decreto-Lei 65/2018, Série I — N.º 157, 2018, p. 4162).

3. Cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiatria no contexto de Enfermagem de Consultoria e Ligação

A experiência em cuidados especializados de Enfermagem de SMP em Consultoria e Ligação foi uma extraordinária oportunidade de compreender a importante multiplicidade de funções, não só a nível de consultoria, como também no papel psicoeducativo aos Utentes e familiares, na formação dos pares e nas intervenções *per si* (McNamara, Bryant, Forster, Sharrock & Happell, 2008). Este trabalho é sempre em contexto multidisciplinar, seja com a equipa de médicos de psiquiatria, como com os médicos pediatras, psicomotricistas, nutricionistas, auxiliares de ação médica, etc.

O EE ESMP detém características pessoais e competências profissionais acrescidas do domínio da relação e comunicação, com sensibilidade cultural, pelo que o mesmo revela-se um profissional de excelência na avaliação inclusiva do Utente e dos sistemas significativos, com capacidade para adaptar a informação de forma clara, baseada em evidência e personalizada (OE, 2018a).

Zannetti et al. (2019) realizaram um estudo onde revelam a perspetiva do grupo de pares relativamente ao papel do Enfermeiro de Ligação em SMP, revelando que as suas intervenções promovem ações terapêuticas que valorizavam a unicidade pessoal,

facilitavam a reflexão sobre intervenções que incluíssem não só com a dimensão biológica (interrelacionado com o diagnóstico médico psiquiátrico), mas acima de tudo, englobassem os aspetos sociais (a família, os vizinhos, os aspetos económicos...) e os psicológicos (a subjetividade e a experiência vivida pela pessoa).

Reconheço na Enfermagem de Consultoria e Ligação a excelência na continuidade de cuidados. Na Ligação Interna a intervenção do Enfermeiro é realizada em diferentes unidades de internamento do Hospital, enquanto a Ligação Externa promove intervenções maioritariamente no domínio do contexto pós-alta.

Relativamente à **Ligação Interna**, as solicitações mais frequentes da intervenção estavam relacionadas com a Unidade de Adolescentes, onde recebiam os Adolescentes que ficavam internados maioritariamente por PCA, com descompensação orgânica. O primeiro passo de intervenção com os adolescentes é, acima de tudo, a promoção precoce da Aliança terapêutica, com acompanhamento especializado em SMP aos mesmos, à família e à equipa médica e de enfermagem pediátrica. Desta forma é possível estabelecer uma relação com os adolescentes de forma a intervir sobre o autocontrolo ansiedade e a adesão ao regime terapêutico. Gera-se assim uma distinta oportunidade de capacitar o adolescente a partir de uma avaliação precoce e eficaz dos seus recursos internos, mobilizando todo o sistema envolvente (Johnston & Cowman, 2008).

Note-se que um adolescente que se encontra num serviço de internamento está a viver uma situação de crise, cuja se gerou numa fase de desenvolvimento que determina a tomada de consciência de si mesmo, na procura de um sentido para a sua existência (Bullet, 2004). Se integrarmos esta crise, representada pelo trauma do processo de adoecer, num contexto de separação inequívoca do ambiente familiar, onde na maioria das vezes é experienciada a separação da vinculação pela primeira vez, percebemos que o processo de acompanhamento deve ter em conta não só o Adolescente como também os pais (Brun, 2004 citado por Brun, 1991, 1993). Estes vivem este processo de separação acompanhados frequentemente com sentimentos de culpa e a intervenção recai no acompanhamento dos pais de forma a compreenderem a problemática da situação e possam adaptar-se às diferentes fases do internamento (Correia, 2020).

Acompanhei adolescentes com PCA que percorriam todas estas fases de internamento, nomeadamente o internamento de Pediatria médica, seguindo-se o internamento na Pedopsiquiatria e posterior o acompanhamento Pós-alta, o que permitiu compreender, acima de tudo, a noção de continuidade de cuidados holísticos. Para isso

o Enfermeiro de Ligação detém um papel necessário de formação das equipas, no seu *setting* de intervenção, de forma a motivar, capacitar e sensibilizar as mesmas para a compreensão da dimensão emocional causada pela doença, não só nos adolescentes como na família (Schere, Scherer & Labate, 2002; Correia, 2020).

Foi possível compreender a dinâmica dos princípios da Ligação Interna noutros contextos, tais como com uma cuidadora de um jovem institucionalizado e que manifestava alterações de comportamento associada à negação da sua condição de doença crónica. Acompanhei ainda uma criança de 5 anos, internada há um ano para cirurgias recorrentes e complicações diversas subsequentes. Já a conheci no final do seu longo percurso hospitalar, mas a relação que foi construída e o ambiente terapêutico facilitaram a despedida conforme apenas “F” sabia fazê-lo, *colocando o seu coração no meu bolso para nunca me esquecer dela*.

As intervenções na **Ligação Externa** são preferencialmente realizadas por meio de uma teleconsulta entre 8-10 dias pós internamento, e é este contacto “que fecha o ciclo da intervenção” (Enfermeira “T”). A fase do internamento é uma fase muito importante no novo papel que os adolescentes adquirem após a recuperação do seu estado de saúde anterior. Mas este progresso requer o tempo que lhe for necessário (Correia, 2020). A transição à reintegração social é sempre um fator de stress por voltar ao contexto ambiental antes do internamento, pelo que não só a preparação para a alta é fundamental, como o *follow-up* já no seu ambiente familiar se torna premente para a “identificação, mobilização e consolidação de estratégias adquiridas” durante o internamento, “avaliação da adesão ao regime terapêutico” individualizado e articulação com a equipa multidisciplinar de internamento, caso necessário (Correia, 2020).

Esta intervenção demonstra a disponibilidade, a preocupação, a garantia de suporte emocional às dúvidas dos adolescentes e pais. Não poucas vezes era questionada pelos pais/cuidadores sobre determinados comportamentos dos filhos, verbalizavam que se mantinham algumas dificuldades, embora agora reconhecessem neles estratégias diferentes para lidar com as situações. A noção de imediatismo com que nos deparávamos no início do internamento já era encarado com maior compreensão e menos ansiedade. *No fim desta relação compreendia-se que a mensagem de não existir um caminho certo estava assente, mas que podiam abrir-se novas portas para compreender as situações, no tempo e espaço pessoais que levam os adolescentes a sentirem que são novamente capazes e autónomos*.

PARTE III – AVALIAÇÃO REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EE ESMP

A aquisição de competências de EE ESMP em contexto de Estágio requereu a integração de conhecimentos anteriormente adquiridos, aprofundá-los e experienciar diferentes formas de intervir em SM, facilitando a descoberta e desenvolvimento da minha identidade profissional.

A par do desenvolvimento das quatro CE EESMP emanadas pela OE (OE, 2018a), emergiu a necessidade desenvolvimento de competências do EE² (OE, 2019a) e integração das competências para aquisição de título de Mestre, a partir dos descritores de Dublin (Decreto-Lei 65/2018, 2018). Neste propósito pretendo refletir sobre a aquisição destas competências e em detalhe reporto-me às intervenções no Apêndice 9.

No domínio da **primeira CE EESMP**³, o processo de autoconhecimento tem sido uma construção gradual e que revê a necessidade de estar aberta a poder refletir sobre características pessoais e profissionais que promovem o meu desenvolvimento. A ideia de que a nossa perceção da realidade é a nossa verdade revela de facto que as nossas vivências determinam um padrão de comportamento que vai influenciar a forma como vemos o Outro e pode comprometer a qualidade da relação.

A experiência de Estágio permitiu-me desenvolver como competência “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, transportando a compreensão das relações humanas para um patamar de competência profissional que destaca o EESMP das demais competências (OE, 2018a, p. 21428). O lugar que a Pessoa e a relação ocupam na minha visão enquanto EE, explica como a proteção dos Direitos Humanos se expressa com tanta importância na SM (OE, 2019a). É com base nestes princípios que compreendo o valor da tomada de consciência dos processos de transferência, contratransferência e mecanismos de defesa visto que, se fechar a compreensão no meu sentido, estarei indisponível para compreender a verdade do Outro. Procurei, assim, ultrapassar os impasses e resistências com fim à preservação da uma

² As competências gerais do EE destacam-se em quatro domínios, nomeadamente o deontológico, ético e legal; o da melhoria contínua da qualidade; o da gestão dos cuidados de saúde; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

³ Primeira CE EESMP: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018a, p. 21428).

melhor relação terapêutica, da mesma forma que facilitavam o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (OE, 2018a, 2019a).

As tomadas de decisão e os juízos clínicos são sempre orientados segundo a deontologia profissional, como tem sido destacado ao longo deste Relatório (OE, 2019a). Foi necessário várias vezes “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”, tendo sido o maior desafio em contexto de ambulatório com grupos terapêuticos, onde a preocupação com a imagem que a pessoa transmite de si pode levar a comportamentos e verbalizações incongruentes (Decreto-Lei 65/2018, 2018, p. 4162).

A **segunda CE EESMP**⁴ refere-se ao processo de avaliação do estado de saúde mental da(s) Pessoa(s) cuidadas, desde a recolha de informação pertinente à compreensão da sua situação atual e que permite a promoção e otimização da SM.

Esta promoção de SM vem de encontro ao valor da Igualdade que rege a profissão de Enfermagem, na medida em que nestes cuidados prestados é admitida a igualdade de oportunidades ao longo do ciclo de Vida, numa fase crítica de desenvolvimento. Permitir-me perceber que a situação de doença da Criança/Adolescente e/ou Família é um processo transitório da fase de Vida em que se encontram, permite-me disponibilizar-me a descobrir novas potencialidades, criar uma aliança terapêutica livre de preconceitos que possam lubrificar a forma como reconheço os recursos internos da Pessoa cuidada.

Note-se que o Projeto realizado foi em contexto de internamento de adolescentes com diferentes problemas de SM, em que alguns destes detêm um diagnóstico médico psiquiátrico, como p.e., doença bipolar. No entanto, o meu Projeto recai na prevenção da doença mental do Adolescente. Isto significa que a minha visão de promoção da SM é alcançada por meio da otimização da mesma. Quero com isto dizer que a preocupação que detenho das potencialidades individuais de cada um são a minha preocupação *major*. Este feito é também possível ser alcançado compreendendo, à luz da Teoria das Transições, que cada Pessoa/Família passa por situações potencialmente críticas que podem levar a uma resposta desajustada ao processo de transição gerador de doença mental, criando uma crise ou diferentes crises ao longo do ciclo de Vida. O conceito de

⁴ Segunda CE EESMP: “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018a, p. 21428).

transição é fundamental para compreender a história e comportamentos da Pessoa/Família e ajudá-la a criar estratégias de adaptação, já que a mesma detém todos os recursos internos necessários à mudança. É nos detalhes da observação durante a Apreciação Clínica que podemos fomentar “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos”, impulsionador de mudança e redefinição de papéis adaptativos e de promoção de SM (Meleis, 2010; OE, 2019a, p.4747-4748).

Na Enfermagem de Ligação destaca-se o acompanhamento de crianças e adolescentes e pais/cuidadores, na otimização dos recursos internos em diferentes contextos, premiando os cuidados em parceria, numa participação ativa e compreensiva das situações, enfatizando a ideia do adoecimento de um dos elementos como a manifestação de uma crise do ciclo familiar.

A criação do meu Projeto de Estágio vem fazer a ponte entre a segunda CE EESMP e a **terceira CE EESMP**⁵, na medida em que para a concretização do mesmo foi necessário realizar o levantamento das necessidades dos Adolescentes do serviço de internamento em função das necessidades identificadas. Optei por recorrer a um Projeto que me permitisse integrar intervenções não farmacológicas em SM que prevenissem a doença e promovessem estratégias protetoras e promotoras de SM, por meio da relação terapêutica e baseadas na evidência científica.

De uma forma mais particular, o estudo de caso vem revelar-se um exemplo claro e desenvolvido da “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (OE, 2018a, p. 21428). Concomitantemente, a aplicação da gestão de caso presente no serviço assegura a continuidade de cuidados e demonstra não só a qualidade dos mesmos como revela o domínio da gestão de cuidados de Enfermagem na otimização à resposta da equipa como a gestão dos recursos às situações (OE, 2019a).

A evidência das prescrições do EE ESMP revela um lugar privilegiado na *praxis* clínica já que a intervenção em SMP se reporta a uma dimensão relacional e que implica

⁵ Terceira CE ESMP: “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” (OE, 2018a, p. 21428-21430).

a promoção de “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, salvaguardando não apenas os aspetos fisiológicos, mas também os sociais e psicológicos, como tem sido expresso.

A garantia deste ambiente terapêutico e de segurança implica a consecução de projetos instituídos na área da qualidade, como a avaliação do risco clínico dos adolescentes no momento da admissão ao internamento, a gestão e otimização do ambiente na prevenção de incidentes através dos recursos humanos e materiais disponíveis (OE, 2019a). Em contexto de ambulatório a gestão de risco de desenvolvimento de perturbações mentais é realizada em contexto multidisciplinar.

A última competência designada para a aquisição de competências está relacionada com a execução de intervenções terapêuticas que permitam à Pessoa cuidada reestabelecer um equilíbrio o mais próximo do seu estado anterior de saúde (Meleis, 2010; OE, 2018a), de forma a atingir uma harmonia funcional saudável e facilitar a reintegração na sociedade. A **quarta CE ESMP**⁶ modela as intervenções realizadas sob perspetiva de desenvolvimento de competências e que excedem as intervenções realizadas exclusivamente em contexto de internamento, no Projeto de Intervenção.

Houve primariamente a necessidade de desenvolvimento de um Projeto integrado num contexto de investigação. No entanto, a realização de intervenções não farmacológicas veio revelar que este é apenas um meio para o estabelecimento de relação terapêutica, que facilita a expressão de emoções, quando as palavras não conseguem ser pronunciadas, uma vez que nos adolescentes a capacidade de expressão revela-se muitas vezes limitada. Estas intervenções tornam-se psicoterapêuticas conforme a intencionalidade dada à mesma, tendo em conta os recursos que me aproximam dos habitualmente utilizados pelos próprios adolescentes.

Foi possível perceber que as diferentes intervenções promovem uma aliança terapêutica subsistente. No internamento, o acompanhamento de um adolescente com comportamentos autolesivos ao wc permite limitar os riscos de incidente e promover um ambiente seguro, enquanto procuramos mostrar disponibilidade e preocupação sobre aquele adolescente que premeia momentos isolados para manifestar frequentemente comportamentos de ansiedade, sem medir consequências.

⁶ Quarta CE ESMP: “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” (OE, 2018a, p. 21430).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A violação dos direitos humanos, aliado à vulnerabilidade de vários grupos na comunidade e à privação de oportunidades, compõe a base do desenvolvimento de perturbações mentais, cujas promovem o estigma e a discriminação, pelo que destaco a importância da CE EESMP, na “identificação de riscos para a saúde mental, para a prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (...)” (OE, 2019b, p.21247; WHO, 2004).

No estabelecimento de uma relação de parceria nos cuidados, com respeito pela “sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo” (OE, 2019b, p. 4), preconizado pelo Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, destaco a pertinência deste projeto, dado a vulnerabilidade acrescida dos adolescentes tornar-se, igualmente, numa oportunidade para a criação e desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais importantes para o bem-estar mental.

Compreender o desafio de comunicar com o adolescente, aliado à situação de crise em que estão envolvidos, significa permitirmo-nos criar as melhores estratégias para potenciar a oportunidade do Adolescente “encontrar novos recursos, novas estratégias e novas soluções, o que leva ao crescimento pessoal” (Sequeira, 2016, p. 204). Estar em relação com adolescentes em sofrimento mental implica disponibilidade e criatividade na implementação de estratégias que fomentem a segurança, a privacidade, a compreensão empática e o respeito pela autonomia na tomada de decisões conscientes e partilhadas no seu processo terapêutico de recuperação do momento de crise (ainda que a autonomia seja limitada face à sua idade). Neste contexto, surge a pertinência das intervenções não farmacológicas, que se revelaram um meio holístico de relação e cuidado. Diferentes técnicas espelharam formas diversas de estabelecer uma relação terapêutica e permitiram incluir todos os jovens com diferentes necessidades emocionais.

A prevenção da doença e a recuperação da SM foi sempre privilegiada por meio de uma relação de confiança, empática, autêntica e em parceria de cuidados, através de intervenções integradas num padrão de qualidade que garantam a recuperação dos mesmos (OE, 2018a, 2018b).

Da experiência em comunidade sublinho o contexto grupal que me permitiu compreender que o meu papel como futura EE é um processo de desenvolvimento

pessoal e profissional que implica mais do que estar presente em relação com um grupo. Foi, ademais, dar um sentido à intervenção, compreender a importância de um grupo terapêutico e a sua gestão na promoção de uma dinâmica familiar saudável.

A Enfermagem de Ligação representa o ex-líbris da qualidade e continuidade dos cuidados, privilegiado com estabelecimento precoce da aliança terapêutica.

Enquanto EESMP, a minha intervenção destaca-se, a par do CDE, do REPE e das competências comuns de EE, a valorização que é dada ao lugar que ocupa a relação e a Pessoa. Estes pretendem garantir e preservar os Direitos Humanos, de elevada relevância na SM (OE, 2015a, 2019a).

Com a elaboração deste Projeto e experiência de Estágio pude perceber que o valor das intervenções está na forma como elas facilitam a relação. No entanto, ficou a aspiração a descobrir outras intervenções não farmacológicas para além das já instituídas, tendo-se criado uma inquietação particular por *técnicas* de fotografia terapêutica. Destaco ainda o interesse em compreender o futuro das intervenções de Enfermagem na continuidade por meio das intervenções não farmacológicas, evidenciadas como terapêuticas e promotoras de bem-estar emocional, na fase da reintegração no seu meio social/cultural, dando destaque ao contexto da sociedade e comunidade no novo processo de transição.

Os contextos de Estágio permitiram-me compreender que a evidência científica praticada “favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2019a, p.4749).

Com a aquisição de todas as competências supraditas e a experiência obtida em contexto de Estágio, revejo o desenvolvimento do meu papel enquanto Enfermeira, não sendo possível dissociar a minha relação no dia a dia sem dar um lugar distinto à relação. Da mesma forma, na minha prática profissional reconheço a impossibilidade de dissociar o meu papel de EE do de Enfermeira de cuidados gerais.

Hoje eu sinto que a forma de pensar o Agora é diferente. É facilitar a certeza de quem tomo consciência de Ser. *O pensar agora é distinto. Por que tem de ser!* É o facilitar do encontro com a minha Verdade, cuja me oferece a capacidade de transformar as relações, de dar lugar ao silêncio, ao espaço, ao tempo, à Verdade do Outro... *No fundo é entregar-me nesta inteira relação com o Outro e permitir-me fluir na autenticidade que vai emergindo tão diferente. Sentir o que me traz de novo e dar-lhe um nome, um significado.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alarcão, M. & Gaspar, M. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*. 17 (36), 89-102.
- Almeida, C. (2014). *A Representação Da Vulnerabilidade Humana Como Motor Para A Recuperação Do Paradigma Do Cuidar Em Saúde* (Tese de Doutoramento em Bioética). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética, Lisboa.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., ... & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461. Acedido em 26-04-2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621648/pdf/ndt-9-449.pdf>
- Barksdale, A. (2003). *Music Therapy and Leisure for Persons with Disabilities*. Illinois: Sagamore Publishing, Inc.
- Baston, J. (2008). Healthcare decisions: A Review of Children's Involvement. *Paediatric Nursing*, 20 (3), 24-26.
- Birken, M., Wong, H., McPherson, P. & Killaspy, H. (2021). A systematic review of the published literature on interventions to improve personal self-care for people with severe mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*. 84 (4), 200–211. DOI: [10.1177/0308022620979467](https://doi.org/10.1177/0308022620979467).
- Bléandonu, G. (1999). *As consultas terapêuticas pais-filhos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brykeznski, K. (2004). Patricia Benner: De Principiante a Perito: Excelência e poder na prática de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.^a ed., pp. 185-207). Loures: Lusodidacta.

- Bucho, C. (2009). Arte-terapia: criação e transformação. In M. Ferraz (Org.), *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. 2, pp. 55-93). Venda do Pinheiro: Tutturév Editorial, Lda.
- Buller, A. & Venter, E. (2014). Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. *Journal of Public Health*, 37 (1), 143–150. DOI:10.1093/pubmed/fdu02.
- Bullet (2004). Crise. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Coord), *Dicionário de Psicopatologia da Criança e Adolescente* (pp. 225-226). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brun (2004). Doença somática crónica ou grave. In D. Houzel, M., Emmanuelli, & F. Moggio (Coord), *Dicionário de Psicopatologia da Criança e Adolescente* (pp. 305-307). Lisboa: Climepsi Editores.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Correia, S. (janeiro de 2020). Enfermagem de Consultoria e Ligação. In 1.º Congresso de Pedopsiquiatria de Ligação. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa.
- Costa, J., Santos, M. & Vidigal, M. (2005). 2. Era uma vez... (Atelier de expressão dramática de contos infantis). In M. Vidigal (Coord.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a pensar* (pp. 71-105). Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, A., Sousa, C., Seabra, P., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., . . . Alarcão, V. (março de 2021). Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review. *Sustainability*, 13 (5). DOI:10.3390/su13052731
- Cook, N. (2000). *Music: A Very Short Introduction* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Cowen, A., Fang, X., Sauter, D. & Keltner, D. (2020). What music makes us feel: At least 13 dimensions organize subjective experiences associated with music across different

- cultures. *Proceeding of the Academy os Sciences of the United of America*, 117 (4), 1924-1934. DOI: 10.1073/pnas.1910704117/-/DCSupplemental.
- Dantzler, J. (2015). How the Marvel Cinematic Universe Represents Our Quality World: An Integration of Reality Therapy/Choice Theory and Cinema Therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 10, 471–487. DOI: 10.1080/15401383.2014.994796.
- Decreto-Lei 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). *Graus Académicos do Ensino Superior, Artigo 15*. Diário da República Eletrónico: Série I — N.º 157. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- De La Torre, J. (2012). Vulnerabilidad, dependencia, autonomía y final de la vida. In *Autonomia, vulnerabilidade e (Bio)ética*. Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.
- Dewey, J. (1968). *Expérience et Éducation*. Paris: A. Colin.
- Direção Geral do Ensino Superior (2022). Quadro Europeu de Qualificações. Acedido a 10/03/2022, de: https://www.dges.gov.pt/pt/quadro_qualificacoes?plid=371
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Obtido a 21 de setembro de 2021, de: [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Sau de Infantil_Juvenil.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Sau_de_Infantil_Juvenil.pdf).
- Duarte, A. (2008). O Enfermeiro e consentimento/assentimento informado em menores de idade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 29, pp. 24-32.
- Eppler, C. & Hutchings, J. (2020). The use of cinematherapy to illustrate systemic resilience. *Journal of Clinical Psychology*. 76, 1463–1471. DOI: 10.1002/jclp.22998
- European Commision (2005). *GREEN PAPER: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruxelas: Health and Consumer Protection Directorate-General. Obtido a 04 de julho de 2021, de: http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_en.htm.

- Every Woman Every Child. (2015). *The Global Strategy For Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) - Survive Thrive Transform*. United Nation. Obtido em julho de 2021, de <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/download/index.html>.
- Festas, C., Quelhas, I. & Braga, M. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). In Sequeira & Sampaio (coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (160-191). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fortunato, I. & Schwartz, G. (2019). Cinema, Psicologia Positiva e a Resiliência do Corpo: Superar para a Felicidade. *Psicologia em Estudo*. 24 (e42384). DOI: 10.4025/psicolestud.v24i0.42384.
- Freshwater, E. (2016). Non-medical interventions for depression in children and adolescents. *Mental Health Practise*, 20 (2), 27-33. DOI:10.7748/mhp.2016.e1115
- García-Campayo, J. (2018). *Mindfulness: Nuevo manual práctico*. Barcelona: Siglantana.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ..., Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during Covid-19 outbreak. *PloS one*, 15 (4), e0231924 DOI: 10.1371/journal.pone.0231924
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Profession*. 34 (2), 140-148.
- Guerra, M., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos de Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Golan, M., Yaroslavski, A., & Stein, D. (2009). Managing Eating Disorders: Countertransference Processes in the Therapeutic Milieu. *International Journal of Child Health and Adolescent Health*, 2 (2), 213-227. Obtido em 13 de novembro de 2021 de: https://www.researchgate.net/publication/316131403_Managing_eating_disorders_Countertransference_and_other_dynamic_processes_in_the_therapeutic_milieu.

- Huguet, A. & Alda, J. (2019). *Minfulness for health (M4H): Programa de minfulness para niños com TDAH*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Hussong, A., Midgette, A., Richards, A., Petrie, R., Coffman, J. & Thomas, T. (2021). COVID-19 Life Events Spill-Over on Family Functioning and Adolescent Adjustment. *Journal of Early Adolescence*. 0 (0) 1-30. DOI: 10.1177/02724316211036744
- International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jasper M (2003). *Beginning reflective practice*. Cheltenham: Nelson Thorn.
- Jensen, A., & Bonde, L. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in Public Health*, 20 (10). DOI: 10.1177/1757913918772602
- Jonhs, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner* (3rd ed.). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Johnston, MI & Cowman, S. (2008). An examination of the services provided by Psychiatric Consultation Liaison Nurses in a general hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 500–507. Obtido a 26-06-2022, de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2008.01264.x>
- Kemp, P. & Rendtorff, D. (2007). The Barcelona Declaration. *Synthesis Philosophica* 46 (2/2008), 239-251.
- Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Gluzman, S. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, 6(3), pp. 168–76. Obtido A 16 de agosto de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18188442/>.
- Lei n.º 36/98 (1998). Lei de Saúde Mental. Assembleia da República. *Diário da República*, I-A Série (N.º 169 de 1998-07-24), 3544-3550. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>.

Lei n.º 142/2015 (2015). Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela [Lei n.º 147/99](#), de 1 de setembro. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 175/2015 de 2015-09-08), 7198 - 7232. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/142/2015/09/08/p/dre/pt/html>.

Litmanovich-Cohen, L., Yaroslavsky, A., Halevy-Yosef, L., Shilton, T., Enoch-Levy, A. & Stein, D. (2021). Post-hospitalization Daycare Treatment for Adolescents With Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 12 (648842). DOI: 10.3389/fpsyt.2021.648842.

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59 (11), 1218–1239.e3. DOI: [10.1016/j.jaac.2020.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009).

Maia, T. (2022, janeiro). *Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar*. In I Encontro Regional de Lisboa, Programa + Contigo. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa.

Mariano, C. (2007). *Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice*. Michigan: American Holistic Nurses Association.

Mello, D. & Lima, R. (2010). O Cuidado de Enfermagem e a Abordagem Winnicottiana. *Texto & Contexto Enfermagem*. 19 (3), 56.

Manes, S. (Ed.) (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*. (11.^a ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Elsevier* 8(6), 412-419. DOI:10.1016/j.nepr.2008.02.002

McFerran, K., (2019). Adolescents and Music Therapy: A Reflective Review with Recommendations for Research and Practice. *Music Therapy Perspectives*. 39 (1), 80-88. DOI: 10.1093/mtp/miz014.

- Mcnamara, P., Bryant, J., Forster, J., Sharrock, J. & Happell, B. (2008). Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 2 preparation, support and role satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 189–196. Obtido em 15-08-2022 de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2008.00531.x>
- Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science* 23(1), pp. 12-28. DOI:10.1097/00012272-200009000-00006
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practise*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5.^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Im, E., Messias, D., & Sawyer, L. (2000). Experience Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. Obtido a 17 de agosto de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory
- Miguel, A. & Ruiz, M. (2020). 64 Minfulness e Saúde Mental (trad. D. Moura, & T. Costa). In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 263-268). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Miliauskas, C. & Faus, D. (2020). Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 30 (4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300402>.
- Morais, T. & Monteiro, P. (2017). Conceitos de vulnerabilidade humana e integrada individual para a bioética. *Revista de bioética* (Impress), 25 (2), 311-319. DOI: 10.1590/1983-80422017252191.
- Morton, L., Ferguson, M., & Baty, F. (2015). Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*, 129 (3), 286-289. DOI: 10.1016/j.puhe.2014.12.011.

- Mruck, C. (1998). *Auto-estima: Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nabais, A. & Nunes, C. (2020). 14.5 A Criança e o Jovem com Problemas de Saúde Mental. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 264-271). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Niemiec, R. & Wedding, D. (2008). *Positive psychology at the movies: Using films to build virtues and character strengths*. Boston: Hogrefe and Huber.
- Nunes, L. (2020). 6. Ética no Cuidado à criança, Jovem e Família. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 66-79). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 509-521.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Artigo 78.º – Princípios Gerais. In L. Nunes, M. Amaral & R. Gonçalves (Coord.). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos* (pp. 61-77). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido a 17 de agosto de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427 – 21430. Obtido em 03 de dezembro de 2021, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>

- Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, pp. 1- 48.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26/2019, de 2019-02-06), 4744-4750. Obtido em 14 de novembro de 2021, de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Guarda: Assembleia Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
- Page M., McKenzie J., Bossuyt P., Boutron I., Hoffmann T., Mulrow C., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71). DOI: 10.1136/bmj.n71.
- Païn, S. & Jarreau, G. (2001). *Teoria e técnica da arte-terapia – a compreensão do sujeito*. São Paulo: Artmed
- Park, J., Hirz, C., Manotas, K. & Hooyman, N. (2013). Nonpharmacological pain management by ethnically diverse older adults. *Journal of gerontological social work* 56(6), pp. 487–508. DOI::10.2217/pmt.14.43
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73.
- Piccardi, T. (2016). O que o doente faz quando fala? A narrativa do doente sob uma perspectiva pragmático-discursiva. *DELTA: Documentação E Estudos Em Linguística Teórica e Aplicada* (32) 3, 801-817. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-44506057301492347>
- Pies, R. (2008). Summoning the muse: the role of expressive arts therapy in psychiatric care. *Psychiatric Times*, 25 (1), 10-12.

- Potter, P. & Perry, A (2006). *Fundamentos em Enfermagem – Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Portugal, G. (2009). Desenvolvimento e Aprendizagem na Infância. In *Conselho Nacional de Educação, Relatório do Estudo. A Educação das Crianças dos 0 aos 12 anos* (pp. 33-67). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar A Prestação De Cuidados Por “Enfermeiro De Referência” Promove A Qualidade. *Servir*, 59 (5-6), 68-75.
- Ribeiro, I. (2020). 63 Terapias Complementares em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 258-262). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rogers, C., & Kinget, G. (1969). *Psychothérapie et relations humaines Théorie et pratique de la thérapie non directive: Exposé général*. (4.ª ed., Vol. 1). Montréal: Intitut de recherches psychologiques.
- Sadock, B. & Sadock V. (2011). *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e Adolescência de Kaplan & Sadock*. Porto: Artmed.
- Salgueiro, E. (1996). Sentir, pensar e aprender. *Análise Psicológica*. 1 (14), 53-59.
- Salgueiro, E., Vila-Lobos, M., Pena, B., Simões. L., Fornelos, M., Gonçalves, M., ..., Ferreira, T. (1994). A Saúde Mental na Infância e na Adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 7, 49-65.
- Sampaio, D. (2010). *Imagem corporal e excesso de peso em adolescentes* (Tese de Dissertação de Mestrado em Biologia Humana e Ambiente, Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Biologia Animal). Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3119/1/ulfc_tm_Daniel_Sampaio.pdf
- Santos, C. (2004). Valores universais da prática da enfermagem: verdade e justiça. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 15.

- Santos, L., Cruz, A., Mekitarian, F. & Angelo, M. (2017). Guia para entrevistas com famílias: estratégia para desenvolver habilidades no enfermeiro novato. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 70 (6), 1194-1200. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0072.
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, 3 (1), 3-5. Obtido em 25 de julho de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16633441/Schaffer>.
- Schaffer, H. (2007). Key concepts in developmental psychology. London: Sage.
- Schere, Z., Scherer, E., Labate, R. (2002). Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 10 (1), 7-14.
- Seabra, P. (agosto de 2010). Entrevista familiar, um instrumento em enfermagem de saúde mental. *Revista Nursing*, pp. 20-26. Obtido em 23 de março de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/236961244_Entrevista_Familiar_um_instrumento_em_enfermagem_de_saude_mental.
- Sequeira, C. (2016). 26.3 Comunicar com Pessoas em Situação de Crise. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 204-209). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. & Sequeira, A. (2016). 25.3 Comunicar com a Criança e o Adolescente. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 193-195). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serra A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (4), 101-110.
- Shpigelman, C. & HaGani, N. (2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26, 77–86.
- Silva, A. (2007). "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.

- Slater, A. & Bremner, G. (2017). *An introduction to developmental psychology*. London: John Wiley & Sons.
- Schmidt, U., Startup, H., Treasure, J. (2019). *A cognitive interpersonal therapy workbook for treating anorexia nervosa*. Abingdon: Routledge.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa: Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Obtido em 16 de dezembro de 2020, de https://www.si.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F-1908272076/Relatorio_Avaliacao_PNSM.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2020). *Saúde Mental - Princípios de Política e Órgãos Legais*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 22 de julho de 2021, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/06/202006_Newsletter-Saude-Mental.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2021). *Saúde Mental na Infância e Adolescência. Saúde Mental* (Newsletter Nº 004/JUN), 1-17. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/06/NL-04_SA%C3%9ADE-MENTAL.pdf
- Spear, X. (2013). Adolescent neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*, 52 (S7-S13). DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.006
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., ..., & Vandelandotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International journal of environmental research and public health*, 17 (11), 4065. DOI: [10.3390/ijerph17114065](https://doi.org/10.3390/ijerph17114065).
- Sumner, R., Crone, D., Baken, C., Hughes, S., Loughren, E., & James, D. (2019). Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention. *Journal of Public Health*, 42 (1), 1-8. DOI:10.1093/pubmed/fdz032

- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6.^a ed.). Loures: Lusociências.
- Tassinari, M., & Durange, W. (2014). Experiência Empática: Da Neurociência à Espiritualidade. *XXI* (1), 53-60. Obtido em 23 de janeiro de 2021, de http://epsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100007
- Teixeira, J. (2006). Introdução à Psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, XXIV (3), 289-309.
- Tourinho, A., Feixas, G., Medina, J., Paz, C. & Evans, C. (2021). Effectiveness of integrated treatment for eating disorders in Spain protocol for a multicentre, naturalistic, observational study. *BMJ Open*, 11 (e043152). DOI:10.1136/bmjopen-2020-043152.
- Trzapack, P. & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climpesi Editora.
- UNICEF. (1990). *The United Nation Convention on the Rights of the Child*. Londres: UNICEF. Obtido em 17 de julho de 2021, de <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text-childrens-version#:~:text=The%20United%20Nations%20Convention%20on%20the%20Rights%20of,all%20their%20rights%2C%20and%20the%20responsibilities%20of%20governments>
- UNICEF (2020). *Guia de Autocuidado – Ser adolescente e jovem que se cuida!* Brasil: UNICEF. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/guia-de-autocuidado-ser-adolescente-e-jovem-que-se-cuida>
- UNICEF (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF. Disponível em: <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/the-state-of-the-world-s-children-2021-on-my-mind/>
- Waldow, R. & Borges, R. (2008). O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16 (4), 765-771.

World Health Organization (2002). *Mental health Global Action Programme*. Department of Mental Health and Substance Dependence - Noncommunicable Diseases and Mental Health: Suíça. Obtido em 17 de agosto de 2021, de www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf#:~:text=The%20WHO%20Mental%20Health%20Global%20Action%20Programme%20%28mhGAP%29,conditions%20and%20enhancing%20the%20mental%20health%20of%20the%20population.

World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: A summary report*. Geneva: World Health Organization (Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastrich). Obtido em 16 de junho de 2021, de https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_summary.pdf

World Health Organization (2016). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. Bruxelas: EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Obtido em 20 de julho de 2021, de https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf#:~:text=The%20outcome%20of%20the%20work%20of%20the%20Joint,the%20policy%20recommendations%20developed%20by%20the%20Joint%20Acti

World Health Organization (2018). *Situation of child and adolescent health in Europe*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe. Obtido em 11 de junho de 2021, de https://intranet.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf

World Health Organization (2019). *Synergy between sectors: fostering and protecting mental health through multisectoral action*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe. Obtido em 23 de julho de 2021, de www.euro.who.int

World Health Organization (2020). *Adolescent mental health*. s.l.: WHO. Obtido em julho de 2021, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- World Health Organization (2021a). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. Geneva: WHO. Obtido em 14 de agosto de 2021, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- World Health Organization (2021b). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: WHO. Obtido em 14 de agosto de 2021, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- Winnicott, D. (1971). *La Consultation thérapeutique et l'enfant* (trad. C. Monod). Paris: Gallimard.
- Wittek, T., Truttmann, S., Zeiler, M., Philipp, J., Auer-Welsbach, E., Koubek, E., ..., Wagner, G. (2021). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRA) - a study protocol for a multi-center cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 9 (33), 1-12. DOI: 10.1186/s40337-021-00387-8.
- Woodall, J., Trigwell, J., Bunyan, A.-M., Raine, G., Eaton, V., Davis, J., . . . Wilkinson, S. (2018). Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC health services research*, 18 (604). DOI: 10.1186/s12913-018-3437-7.
- Xavier, W., Pacheco, S., Silva, L., Nascimento, L., Lopes-Junior, L., Araújo, B. & Nunes, M. (2020). Intervenções não farmacológicas na melhoria da qualidade de vida de crianças/adolescentes oncológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. DOI: 10.37689/acta-ape/2020AR0022.
- Zanetti, A., Galera, S., Souza, J., Vedana, K., Gherardi-Donato, E., Luis, M., ..., Marques, J. (2019). Consultoria e ligação em saúde mental na perspectiva da equipe da Estratégia de Saúde da Família. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 15(3), 1-8. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151548
- Zhang, Y., Zhang, H. & Ma, X. (2020). Mental Health Problems during the COVID-19 Pandemics and the Mitigation Effects of Exercise: A Longitudinal Study of College Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (10), 3722. DOI: 10.3390/ijerph17103722

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cronograma De Estágio

APÊNDICE 1: Cronograma de Estágio

	Ano	2021	2022
	Mês	1.º Período de Estágio	2.º Período de Estágio
LOCAIS DE ESTÁGIO E ATIVIDADES	Internamento		
	Comunidade		
	Enfermagem de Ligação (Internamento)		
	Orientação Tutorial		
	Jornal de Aprendizagem		
	Estudo de Caso		
	Implementação do Projeto: “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes”		
	Momentos de Avaliação do Estágio com Orientador e/ou Professor Orientador		
	Reuniões Multidisciplinares		
	Participação em grupos terapêuticos		

**APÊNDICE 2 – Intervenção Psicoterapêutica:
Relaxamento**

APÊNDICE 2: Intervenção Psicoterapêutica – Relaxamento

O relaxamento pelo *Mindfulness*

Grupo-alvo: Jovens internados num serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

Local: -----

Data: -----

Hora de início: -----

Duração: 70 minutos.

Número de participantes: 14 adolescentes, maioritariamente constituído por jovens com perturbação do comportamento alimentar, uma jovem com alterações cognitivas súbita com sintomatologia psicótica e jovens com comportamento autodestrutivo. Apenas um jovem não integrou a atividade por não cumprir critérios.

- ✓ **CrITÉRIOS de exclusão:** Jovens com agitação psicomotora, jovens com atividade alucinatória ou delirante exacerbada.
- ✓ **CrITÉRIOS de inclusão:** jovens com autoestima comprometida, com comunicação comprometida, com interação social comprometida, com ansiedade, com vontade de viver diminuída, com risco de comportamento autodestrutivo e com juízo crítico comprometido.
- ✓ **Recursos materiais:** colchões, roupa confortável, coluna de som, computador/telemóvel, 2 luzes de fibra ótica.
- ✓ **Objetivos:**
 - Potenciar a resolução de problemas emocionais;
 - Promover a autoconsciência;
 - Desenvolver competências sociais, a gestão do comportamento e a resolução de problemas;
 - Reduzir a ansiedade;
 - Facilitar a orientação para a realidade;
 - Melhorar a auto-estima;
 - Promover experiências sensoriais.
 - Promover o relaxamento corporal.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	10'	• Apresentação dos enfermeiros e jovens; • Apresentação do tema; • Explicação do procedimento da atividade a partir da colaboração dos jovens.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos jovens.
The Best Celtic Mystique Music for Deep Relaxation by E. F. Cortese: https://www.youtube.com/watch?v=jJ8KMFrxqFQ:				
Etapa II Desenvolvimento	10'	• Apresentação do <i>Mindfulness</i> como forma integrante do nosso dia a dia – introdução do conceito de <u>Atenção plena</u>. • Solicitação de participação dos jovens na experiência em meditação e/ou realização de sessões de relaxamento. • Apresentação das principais dificuldades em conseguir relaxar e concentrar-se na tomada de consciência no Aqui e Agora. • Explicação das vantagens do <i>Mindfulness</i> na meditação e relaxamento. • Facilitar a compreensão da condição de unicidade e tendência autoatualizante humana no processo de mudança. • Esclarecimento da importância da confiança nos profissionais no processo de transição e nos recursos internos inerentes a cada um. ◦ Apresentação da luz de fibra ótica como representação simbólica do pensamento. • Partilha da luz por cada jovem.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos jovens.
	30'	• Atividade II: O Body scan ◦ Adaptação do guia de Meditação do Rastrei Corporal de William & Penman (2011, p. 97-99)		
Música Relaxante com Pássaros a Cantar - Bela Música de Piano e Guitarra por Soothing Relaxation: https://www.youtube.com/watch?v=FMrtSHAAPhM:				
Etapa III Conclusão	10'	• Motivação para a verbalização da experiência realizada; • Conclusão das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da atividade.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Avaliação da atividade através da narrativa.

FUNDAMENTAÇÃO DA ATIVIDADE: O relaxamento pelo *Mindfulness*

O *Mindfulness*, “atenção plena” ou “consciência pura” é a “consciência que emerge quando prestamos propositadamente atenção ao momento presente e ao desdobramento da experiência, momento a momento, sem qualquer juízo de valor” (Jon Kabat-Zinn *in* Övén, 2019, p.147). Desta forma, é possível permitirmo-nos a compreender melhor as nossas necessidades emocionais.

Embora o *Mindfulness* já tenha surgido no início do século XX com o psicanalista Eric Fromm, apenas nos últimos anos é que este modelo tem sido uma prática mais comum na nossa sociedade. Miguel e Ruiz (2020) explicam que a relação entre o *Mindfulness* e as Ciências da Saúde surgem num paralelismo entre as práticas budistas e a psicoterapia.

Na SM o *Mindfulness* desenvolveu-se como uma intervenção psicoterapêutica de terceira geração, comumente apresentada por MBCT, do inglês *Minfulness-Based Cognitive Therapy* (Miguel & Ruiz, 2020).

O princípio do *Mindfulness* é a tomada de consciência no Aqui e no Agora e pode ser praticada de várias formas, seja pela meditação ou relaxamento (Övén, 2019; Miguel & Ruiz, 2020).

Os princípios base do *Mindfulness* são: o não julgamento da observação sem procurar mudar o que se vê; a aceitação das coisas tal como elas são, no momento presente, sem procurar mudar; não forçar e não esperar nada, na medida em o importante é desfrutar o processo, o momento; o deixar ir/fluir, numa forma de aprendizagem de aceitação e liberdade sem que tenhamos que estar presos a algo em particular; ter uma mente de principiante, de forma a aproveitarmos o presente momento como único e irrepetível, reconhecendo o que ainda não sabemos; adotar uma atitude gentil em relação a si mesmo, gerando uma atitude compreensiva com as próprias experiências e vivências, procurando reconhecer as suas potencialidades, limitações e habilidades; paciência, na perspetiva de que a aprendizagem não é nata e querer o seu próprio tempo; confiança, numa forma de entendimento pessoal de que possuímos todos os recursos são necessários (Miguel & Ruiz, 2020; Övén, 2019).

Vários autores, como Xavier et. al (2020), descrevem os benefícios da prática de *Mindfulness*, como intervenção não farmacológica, na promoção do bem estar mental e psicológico. Esta é igualmente destacada como uma das intervenções não farmacológicas mais evidenciadas como promotoras do bem-estar, com maior eficácia na redução de sintomas físicos, melhoria dos problemas mentais, redução dos reinternamentos (Buller & Venter, 2014; Jensen & Bonde, 2018; Sumner et al., 2019).

Uma das dificuldades mais apresentadas na meditação pelos jovens do serviço são a invasão de pensamentos vários e de pensamentos menos positivos, assim como o sentimento de dificuldade de relaxamento e controlo da respiração.

Uma vez que o princípio do *Mindfulness* é permitirmo-nos aceitar que os pensamentos que nos invadem são normais, o objetivo é não tentar evitá-los, visto que esta evicção promove a ansiedade (desfusão cognitiva). É importante aceitar os sentimentos e pensamentos presentes, sem julgá-los.

Somos todos Pessoas com características únicas, pensamos e agimos de forma diferentes. Mas temos todos a capacidade extraordinária em comum de podermos pensar, sentir, relacionarmo-nos e transformar os nossos pensamentos. Para os jovens em sofrimento mental vezes pode parecer difícil acreditar que é possível mudar, mas é possível transmitir a ideia de que podem confiar em quem os ajuda a encontrar os seus recursos internos que facilitará o processo de transição saúde-doença. Neste

sentido, “incluir o *Mindfulness* na nossa vida significa estabelecer um ponto de equilíbrio, ter força para lidar com todos os momentos tal como são e encontrar a sabedoria interna.” (Övén, 2019, p. 147).

ATIVIDADE I: O PENSAMENTO

A fibra ótica estimula e prende a atenção e representa simbolicamente o pensamento, com o objetivo de encontrar uma estratégia para facilitar o relaxamento.

Visualizando a luz de fibra ótica, é solicitado que experimentem visualizá-la como se fosse o nosso pensamento, onde cabem várias luzes ao mesmo tempo ou alternadas. O objetivo é então experimentarem a emergência das luzes, como se fossem os diferentes pensamentos.

Posteriormente foram compactadas as fibras de luz, como se “fechássemos o pensamento”, pelo que a disponibilidade em ver outras coisas para além dos pensamentos negativos que os consomem, é reduzida. Ademais, as fibras óticas compactadas emitem uma luz mais intensa e difusa, como dificuldade em compreender a existência de outras luzes, outros pensamentos, outros sentimentos. E, portanto, o que é sentido, acontece com muita intensidade. Com o *Minfulness*, o convite não é pedir que pensem ou sintam de forma diferente, mas convidar a confiar e “abrir” o pensamento e perceberem como os pensamentos podem tornar-se mais “leves”.

É importante relembrar que os pensamentos positivos e os menos bons coexistem sempre em nós, mas temos de dar lugar e um momento a cada um deles. Quando temos o pensamento fechado, a concentração dos pensamentos menos positivos torna-se intensa e pode trazer sofrimento. Mas nós somos capazes de encontrar um equilíbrio nos nossos pensamentos. O equilíbrio está na perceção de que existem várias cores. Para isso, temos de dar a oportunidade, com gentileza e compaixão, a olhar para as outras cores, para além daquela que identificamos como a cor que traz sofrimento. É feito novo convite a experimentarem transformar o pensamento. Não julgar. Apenas sentir. E apreciar a cor com que mais identifica como positiva, que traz tranquilidade.

ATIVIDADE II: O BODY SCAN

Com base nos princípios do *Mindfulness*, foi optado realizar o Body Scan, pela importância da “capacidade de observarmos o que está a acontecer, de descrevermos o que está a acontecer, de não julgarmos a experiência interior, de não reagirmos baseados apenas na experiência interior mas de agirmos com consciência” (Övén, 2019, p. 142).

Adaptação da Meditação do Rastreo Corporal (ou *Body scan*) de William & Penman (2011, p. 97-99):

1. Deitem-se de costas e ponham-se confortáveis, numa posição em que se sintam quentes. Se for necessário embrulhem-se num cobertor. Fechar os olhos pode ajudar, mas se preferirem mantê-los abertos, podem fazê-lo. É importante respeitar as necessidades do nosso corpo.

2. Vamos dedicar algum tempo a trazer a atenção plena às sensações físicas do nosso corpo, especialmente as de toque ou pressão nos pontos em que o corpo entra em contacto com o colchão. Lembrem-se de manter uma respiração regular. A cada expiração, permitam-se mergulhar mais profundamente na experiência.

3. Recordem-se, gentilmente, que é altura de manter a vossa consciência desperta e não de adormecer. Trata-se de um momento para ter consciência plena da vossa experiência como ela é, e

não como pensam que deveria ser. Não tentem mudar a forma como estão a sentir-se, nem sequer para ficar mais descontraído ou mais calmo. A intenção é trazer consciência a qualquer sensação que tenham à medida que focam a atenção em cada parte do vosso corpo. Por vezes podemos não identificar quaisquer sensações. Se for esse o caso, então aceitem isso mesmo. Não há necessidade de tentar imaginar sensações.

4. Agora vamos começar. Vamos tomar consciência das sensações no peito, nos pulmões. A forma como respiramos influencia o movimento e amplitude, à medida que a respiração faz o ar entrar e sair do corpo. Permitam-se sentir as sensações provocadas pelo ato de inspirar e expirar, enquanto o abdómen sobe e desce.

5. Com compaixão, aceitem que é normal os pensamentos invadirem este momento. Aceitem-no com gentileza e não tentarem desfazer-se desses pensamentos, mas convidem-nos a libertar-se, guiando as sensações menos boas através da luz que escolheram e, com a respiração, facilitem a saída.

6. Vamos agora partir da atenção dada ao abdómen e vamos descer pelo corpo. Para isso peço-vos que se concentrem e recordem da luz que escolheram na luz de fibra ótica, como se fosse um foco de luz que ilumina o caminho. Vamos fazer descer esse foco de luz pelo corpo até às pernas, chegando aos pés e aos dedos dos pés. *Foquem-se nos dedos dos pés, dando-lhes uma atenção suave e interessada.* O que estou a sentir? Como são essas sensações? Os dedos estão em contacto uns com os outros, ou talvez sentem uma sensação de formigueiro, calor, dormência, ou não estão a sentir nada disto? Tudo o que sentem é legítimo. Não é preciso julgar, mas aceitar as sensações tal como elas são.

7. Numa inspiração, sintam ou imaginem que a respiração podia entrar pelos pulmões e continuar pelo corpo todo, através das pernas e até à ponta dos pés. Na expiração, sintam ou imaginem a respiração a vir da ponta dos pés, percorrendo os pés, as pernas, o tronco e finalmente sair pelo nariz. Vamos voltar a experimentar...

8. Quando estiverem prontos, numa expiração, deixem os dedos dos pés e guiem a vossa atenção plena para as sensações na planta dos pés. Poderão notar, por exemplo, uma sensação ligeira de pressão, onde os calcanhares entram em contacto com a cama. *Explore as sensações debaixo dos pés.* Não se esqueçam que é importante não julgar o que se sente. *Sentir, apenas.*

9. Permitam que a vossa atenção plena se expanda para o peito de pé, para os tornozelos, até aos ossos e articulações. *(Timing)* Expirando, vamos passando a dar atenção às pernas (até aos joelhos).

10. Vamos pedir gentilmente que a nossa luz nos ajude a seguir o caminho do corpo, e vamos aceitar que a atenção se foque nas coxas. *(Timing)* Permitindo a tomada de consciência das sensações que surgem, vamos seguir a nossa atenção para a parte de baixo das costas (coluna)... para a parte de cima das costas... vamos então para o peito e para os ombros. *Quais são as sensações que surgem? Tensão? Algum tipo de dor? Frio ou calor? Sentem-se confortáveis? É importante respeitarmos os sinais do nosso corpo e aceitar mudar conforme as suas necessidades. Se for necessário mudar de posição, sintam-se confortáveis para o fazer.*

11. Suavemente levem a vossa atenção plena para as mãos, para as duas mãos. *(Timing)* Quando conseguirem centrar-se nas mãos, poderão, em primeiro lugar, perceber quais as sensações na ponta dos dedos. *(Timing)* Não se esqueçam dos polegares. *Podem experimentar sentir um dedo de cada vez. Ou podem depois permitir-se sentir todos ao mesmo tempo. Estarão todos sobre o colchão? Há*

algun que esteja mais frio do que os outros? Estão fechados? (*Timing*) Vamos seguir para a palma da mão. E para as costas da mão. *Qual a posição que dá mais conforto? A mão para cima ou para baixo?*

12. De seguida, procurem o feixe de luz que vos guia para os pulsos... antebraços e cotovelos... para os braços... ombros e axilas.

13. Quando se sentirem preparados, conduzam a vossa atenção plena para o pescoço e para o rosto. No rosto, como sentem os maxilares, a boca, os lábios, o nariz, as orelhas, os olhos e a testa?

14. Agora que percorremos todo o corpo, vamos procurar focarmo-nos em cada parte, durante alguns segundos. Não vamos medir com precisão, mas simplesmente tomar atenção a cada parte do corpo durante o tempo que vos pareça natural.

15. Quando tomarmos consciência de quaisquer sensações intensas, tais como tensões, numa parte do corpo em particular, utilizamos a inspiração, de um modo suave, para trazer consciência às sensações. Ou, por outro lado, podem procurar invadir-se da luz que vos ajuda a guiar as sensações no vosso corpo. A luz que traz tranquilidade. Permitam-se confiar e vejam como as sensações podem mudar quando respiramos e as libertamos.

16. Vou dar-vos um tempo para usufruírem das sensações em todas as partes do corpo no colchão... Em contacto com os lençóis. E sintam a respiração a fluir livremente para dentro e para fora.

17. Vamos tentar guiar as sensações com a luz que escolheram, com a ajuda da respiração. Vamos, pouco a pouco, preencher todo o corpo com a vossa luz. *FIM*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buller, A., & Venter, E. (2014). Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. *Journal of Public Health*, 37(1), 143 – 150. DOI:10.1093/pubmed/fdu028

Jensen, A., & Bonde, L. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. 20(10). DOI: 10.1177/1757913918772602

Miguel, A. & Ruiz, M. (2020). 64Mindfulness e Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 263-268). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Övén, M. (2019). *Educar com Mindfulness na Adolescência*. Porto: Porto Editora.

Sumner, R., Crone, D., Baken, C., Hughes, S., Loughren, E., & James, D. (2019). Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention. *Journal of Public Health*, 42 (1), 1-8. DOI:10.1093/pubmed/fdz032

Xavier, W., Pacheco, S., Silva, L., Nascimento, L., Lopes-Junior, L., Araújo, B., & Nunes, M. (2020). Intervenções não farmacológicas na melhoria da qualidade de vida de crianças/adolescentes oncológicos. *Acta Paulista de Enfermagem* (33). DOI: 10.37689/acta-ape/2020AR0022.

William, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness: Atenção Plena* (9.^a ed). Alfragide: Lua de Papel.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: O relaxamento pelo *Mindfulness*

Nome	Participação	Descrição
N	Participou ativamente na sessão com aparente interesse. A meio da sessão começou a apresentar ligeira inquietação, na procura da melhor posição de conforto. Não escolheu nenhuma cor por não ter conseguido compreender o português.	“Gostei da sessão mas não entendi algumas palavras em português. foi mais difícil seguir o que estava a ser dito”
S	Escolheu como as cores que promovem confiança, o verde e o azul. Descreve ter gostado particularmente do efeito tranquilizante das luzes da fibra ótica. Partilhou ainda que durante a sessão os seus pensamentos focaram-se pontualmente noutros temas de interesse.	“Senti-me relaxada, como se estivesse no espaço”
M	Participou na atividade, mantendo-se calma, com períodos curtos de inquietação.	“senti-me relaxada e escolhi o rosa”
U	Participou na atividade com interesse. Escolheu o vermelho para guiá-la nas sensações corporais do relaxamento. Foi necessário ajudar U a despertar e reintegrar a atividade.	“No início estava distraída, mas depois fiquei relaxada. Até porque adormeci e só ouvi o início”
D	Inicialmente referiu que estava focada nos seus pensamentos, mas que conseguiu relaxar. Escolheu a cor azul com aquela que a ajuda a promover confiança.	“Já estava muito ansiosa e aqui relaxei. Estava mesmo a precisar desta atividade”
EG	Participou na atividade com interesse e manteve-se calmo e adequado durante toda a sessão. Adormeceu por períodos, mas manteve o foco na atividade. Para ajudar a relaxar, o mesmo escolheu as cores rosa e azul.	“Foi bom, foi relaxante”
E	Participou na atividade pela primeira vez. Conseguiu integrar toda a atividade, embora com poucos períodos de inquietação no colchão. Quando solicitada sobre as cores em que pensara, apontou para o azul e verde.	Descreveu como sentimentos dominantes: “Calma e relaxante”
NG.	Integrou toda a atividade, com vários períodos de inquietação no colchão, à procura da melhor posição de conforto. Referiu que embora não tivesse gostado, tentou focar-se na atividade.	“Não me senti relaxada. Mas eu consegui afastar os pensamentos com a luz “
UQ	Esteve sempre calma durante a sessão, mas refere não ter conseguido relaxar. Quando interpolada refere que a cor dominante dos seus pensamentos era o verde.	“Não relaxei, estava muito distraída.”
NM	Participou na atividade de forma tranquila e ativamente. Refere ter gostado muito da atividade. Refere que já tinha repetido a atividade, mas que esta foi mais relaxante.	“Eu adormeci por isso gostei”
NMQ	Manteve-se calma durante a experiência. Escolheu o rosa e o azul associado a cores relaxantes e adormeceu por períodos. Demonstrou desilusão pelo facto de não ter ficado no interior do ginásio, por esta ser uma atividade que gosta bastante.	
BD.	Refere ter conseguido aderir bem à <i>atividade</i> e ter conseguido aproveitar a experiência. Escolheu a cor azul.	“Senti-me calma, relaxada, e fez-me lembrar o yoga”
I	Participou ativamente na atividade do relaxamento. Durante a sessão manteve-se com momento de inquietação, com os olhos abertos, mas calma.	“Consegui concentrar-me, relaxar e aproveitar a experiência”
EX	Gostou mais do início da atividade, no momento inicial. Referiu como cor dominante o roxo por ser a mistura do azul com o vermelho.	“A atividade foi relaxante e acabei por adormecer”

**APÊNDICE 3 – Intervenção Psicoterapêutica:
Psicoeducação**

APÊNDICE 3: Intervenção Psicoterapêutica - Psicoeducação

Elevar a AutoEstima

Grupo destinatário: Jovens internados num serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

Local: -----

Data: -----

Hora: 11H00

Duração: 90 min.

Número de participantes: 13 adolescentes. No início da atividade uma jovem teve necessidade de retirar-se da sala por agitação psicomotora e ansiedade exacerbadas. Apenas um jovem não integrou a atividade por não cumprir critérios.

- ✓ **Critérios de exclusão:** agitação psicomotora, atividade alucinatória ou delirante exacerbada.
- ✓ **Critérios de inclusão:** jovens com autoestima (comprometida), comunicação (comprometida), interação social (comprometida), ansiedade, vontade de viver (diminuída), risco de comportamento autodestrutivo, juízo crítico comprometido, conhecimento diminuído.
- ✓ **Recursos materiais:** Computador, projetor, folhas de papel, canetas de cor, lápis, cartões com cor, cordão para balões biodegradáveis de amido de milho, hélio, balões.
- ✓ **Objetivos:**
 - Potenciar a expressão de problemas emocionais;
 - Promover a autoconsciência;
 - Promover a comunicação;
 - Desenvolver competências sociais, a gestão do comportamento e a resolução de problemas;
 - Reduzir a ansiedade;
 - Facilitar a orientação para a realidade;
 - Melhorar a autoestima.

Aumentar o conhecimento.

Elevar a AutoEstima

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	20'	• Apresentação dos enfermeiros e jovens; • Utilização da técnica “quebra-gelo”: jogo da mímica “Gestos”, a partir do qual solicita-se a representação das palavras que aparecerem na carta retirada do baralho ao acaso. • Apresentar do tema: “Autoestima”; • Definição dos objetivos; • Explicação do procedimento da atividade;	Método afirmativo/ participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos jovens.
Etapa II Desenvolvimento	60'	• Apresentação do <i>Powerpoint</i>: ○ Definição de Autoestima ○ Características de Pessoas com baixa autoestima ○ Características de Pessoas com elevada autoestima ○ Estratégias para melhorar a autoestima • Atividade: Jogo “Como os outros me vêem... e eu, como é que eu me vejo?”, de Anna Maria Becattini.	Método afirmativo/ participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos jovens.
Etapa III Conclusão	10'	• Finalização da sessão com a atividade: “Elevar a autoestima” ○ Apresentam-se vários cartões e canetas coloridas. ○ Propõe-se aos jovens que num dos lados do cartão definam o que é para os mesmos a autoestima. ○ No outro lado do cartão deverão escrever o que para os mesmos seria importante trabalhar para melhorar a sua autoestima. ○ Os cartões são anexados ao fio que prende um balão com hélio. ○ Em conjunto todos os jovens vão simbolicamente elevar a sua autoestima, fazendo elevar os balões. • Motivação para a verbalização da experiência realizada; • Conclusão das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas.	Método afirmativo/ participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Avaliação da atividade através do diálogo com os participantes.

FUNDAMENTAÇÃO DA ATIVIDADE:

A Psicoeducação é uma técnica intervenção contemplada na unidade de competência específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EE ESMP), cuja se integra na quarta competência (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Esta técnica torna-se revelante na medida em que a educação em saúde facilita a mudança de comportamentos e atitudes, a partir da possibilidade de transmissão de conhecimentos sobre a sua situação de saúde, aliado à capacitação através da enunciação de estratégias, na gestão dos seus recursos internos, para lidar com as dificuldades com que se deparam. Desta forma, é possível a garantia do suporte emocional. (Amaral, Almeida & Sousa, 2020).

No final de cada sessão é proposto um tema que venha de encontro às necessidades dos jovens internados, sendo sugeridos igualmente alguns temas que venham de encontro com os temas abordados nas outras atividades terapêuticas do serviço. O tema escolhido para a presente sessão foi a Autoestima.

Vários autores sugerem que a psicoeducação tem uma forte evidência científica na melhoria da autoestima (Fennel, 2005; Kunikata, Yoshinaga, Shiraishi e Okada, 2016; Jensen & Bonde, 2018; Butcher, Bulecheck, Dochterman e Wagner (2018), citados por Sequeira & Sampaio, 2020; Kunikata, Yoshinaga, Yoshimura e Furushima, 2020).

A Autoestima integra-se num constructo amplo, multidimensional e multifacetado, que é o Autoconceito (Serra, 1988) e revela-se um componente prestigioso devido à sua valorização pessoal na interação (Harter, 2011 citado por Shpigelman & HaGani, 2019).

Deffendi & Schelini (2014, pp. 316) definem a autoestima como “o conjunto de atitudes que cada um tem sobre si mesmo, uma percepção avaliativa sobre si próprio e uma maneira de ser segundo a qual a própria pessoa tem ideias sobre si mesma, as quais podem ser positivas ou negativas”. Note-se que a noção que temos sobre nós mesmos é variável no tempo e são dependentes de vários acontecimentos de ordem social, emocional e psíquico-fisiológica.

Todos nós temos uma percepção e uma ideia de quem somos e temos a tendência a fazer uma constante avaliação pessoal. No entanto, cada um de nós temos uma percepção diferente de si mesmo (García Del Cura, 2001) e expressa-a geralmente numa forma de aprovação ou desaprovação, em função do sentimento de capacidade e autoconfiança, importância e valorização, capacidade de autoaceitação e de autolimitação. (Coopersmith, 1967; Sequeira & Sampaio, 2020).

A preocupação com a transição em que se encontram os adolescentes está relacionado com o facto da experiência transitória ser um risco potencial para o desenvolvimento de problemas mentais. Acrescido a fatores de desenvolvimento físico e psicológico, onde se destaca a construção da sua personalidade com a procura da sua identidade pessoal e social, a autonomia em relação aos pais e a relação com os pares, a adolescência torna-se uma fase particularmente influenciada pela autoestima (Mruck, 1998, Deffendi & Schelini, 2014; Sequeira & Sampaio, 2020; WHO, 2020).

De acordo com Herdman (2013), uma Pessoa com baixa autoestima tem uma autopercepção negativa no que concerne ao seu valor. Esta baixa autoestima está muitas vezes associada a uma imagem corporal alterada, sendo a sua perturbação definida como “a confusão na imagem mental do “eu físico” da pessoa” (Sequeira & Sampaio, 2020, pp.116).

Herdman & Kamitsuru (2018) descrevem as características de uma Pessoa com baixa autoestima:

- Inferiorização com sensação de incapacidade.
- Falta de confiança em si mesmo.
- Medo da rejeição.
- Compara-se frequentemente com os outros.
- Precisa de elogios e reconhecimento dos outros para se sentir satisfeito consigo mesmo.
- Dificuldade em receber críticas.
- Problematisa as suas limitações.
- Tem por hábito a procrastinação (adiam o que têm de fazer).
- Dificuldade em reconhecer as próprias conquistas.

Sampaio e Sequeira (2020, pp. 116) descrevem uma Pessoa com elevada autoestima que “desafia as imagens negativas sobre si, aceita o elogio e o encorajamento, bem como a crítica construtiva”.

Herdman & Kamitsuru (2018) descrevem as características de uma Pessoa com elevada autoestima:

- Autoconfiança e satisfação com elas próprias - expressam a sua opinião, sendo verdadeiros em relação aos seus pensamentos e sentimentos;
- Autoaceitação: Lidam bem com seus pontos fracos - dificuldades/limitações são aspetos para serem melhorados.
- Aceitam críticas construtivas.
- Cuidam de si (procuram bons hábitos alimentares, exercício físico e atividades que lhe fazem sentir bem) – Autocuidado.
- Têm relações interpessoais satisfatórias e aceitam adequadamente a perda de tais relações – amigos e relações amorosas.
- Assertividade: Dizem “não” sem vergonha ou sentimento de injustiça ao negar algo a alguém, procurando ter uma atitude justa consigo e com os outros.
- Procuram amizades saudáveis.

Bulecheck, Butcher, Dochterman & Wagner (2016) propõem algumas estratégias para melhorar a autoestima, sendo importante a mudança gradual de alguns comportamentos e atitudes, que facilitam o autorreconhecimento pessoal. Destacam-se várias estratégias importantes de diferentes autores:

- Manter o contato visual durante a comunicação com as outras Pessoas.
- Identificar as suas próprias características positivas.
- Saber identificar características positivas nos outros.
- Ter experiências que aumentem a autonomia (ex.: autonomia dos pais).
- Ter uma perspetiva crítica às avaliações negativas dos outros.
- Saber receber/reconhecer um elogio.
- Transmitir confiança quando lida com situações novas.
- Estabelecer metas realistas nos objetivos pessoais.

- Compreender que há situações com as quais não temos sucesso porque não dependem apenas de nós (lidar com expectativas).
- Identificar limites, mas não centrarmo-nos neles.
- Compreender o impacto que o nosso grupo de pares (amigos) tem em nós e se há identificação pessoal com os mesmos.
- Descrever sucessos anteriores.
- Escrever frases de encorajamento (ex.: antes de sair de casa todos os dias).
- Explorar atividades em que se sintam realizados.
- Aceitar novos desafios.
- Identificar a importância da cultura, religião, raça, sexo e idade para a autoestima.
- Transformar verbalizações autonegativas para positivas.
- Reconhecer que para atingir um objetivo é necessária persistência e procurar não esquecer a motivação que levou a querer alcançar aquele objetivo.
- Quando for difícil acreditar, é necessário confiar em quem se preocupa conosco.
- Aceitar que o que os outros pensam de nós pode ser diferente da forma como nos avaliamos.

ATIVIDADE I

Adaptação do Jogo para desenvolver a comunicação e autoconsciência: “Como os outros me vêem... e eu, como é que eu me vejo?”, de Anna Maria Becattini. (Manes, 2007).

Esta atividade foi escolhida por ser de um grau de dificuldade fácil, numa fase de um grupo inicial. O objetivo desta atividade é tomar consciência dos aspetos pessoais positivos e menos positivos.

O terapeuta solicita que os jovens se sentem em círculo e distribui uma folha de papel e um lápis/caneta. No início da folha deverá escrever o seu nome.

Começando numa ponta e seguindo um circuito lógico, solicita-se uma descrição sintética do próprio sobre características pessoais suas. Depois deverá dobrar a folha de forma a não se ver o que foi escrito e ficar apenas o nome do jovem em questão. Seguidamente todos os elementos do grupo deverão descrever sinteticamente a/o jovem em questão. Pode utilizar uma característica física, um adjetivo, algo que a represente.

No final o terapeuta recolhe a folha e descreve o que caracteriza cada um deles, de acordo com o que se dá a conhecer ao grupo. É importante esclarecer que o que nós pensamos sobre nós mesmos não é necessariamente como os outros nos vêem.

ATIVIDADE II (FINALIZAÇÃO): “Elevar a Autoestima”

Ao deixar o balão voar, o grupo vai conseguir visualizar que há vários balões de hélio do teto e, por isso, compreender que há vários jovens com a mesma necessidade em aumentar a autoestima, não se sentindo só nos seus problemas e necessidades pessoais, facilitando a possibilidade de crescimento e mudança (Liberman, 1979, citado por Guerra et al, 2014).

Num lado do cartão deverão completar a frase: “Autoestima é...”. No outro lado do cartão deverão completar: “Para elevar a minha autoestima, é importante...”.

APRESENTAÇÃO DE POWERPOINT DA SESSÃO: “Elevar a AutoEstima”



AUTOESTIMA

São as ideias que a própria pessoa tem sobre si mesma, as quais podem ser positivas ou negativas.



É o conjunto de atitudes que cada um tem sobre si mesmo, uma percepção avaliativa sobre si próprio.



A autoestima tem impacto nas relações interpessoais.

AUTOESTIMA

Cada um de nós temos uma percepção diferente de si mesmo e isso influencia a nossa autoestima.



A avaliação que fazemos sobre nós depende do contexto cultural/social, do estado emocional e de como nos encontramos numa relação físico-psicológica.

A manifestação da nossa autoestima expressa-se geralmente numa forma de aprovação ou desaprovação, em função do sentimento de capacidade e autoconfiança, importância e valorização, capacidade de autoaceitação e de autolimitação.

Como se caracteriza uma Pessoa com baixa Autoestima?

Baixa Autoestima



Inferiorização com sensação de incapacidade

Tem dificuldade em receber críticas.

Problematiza as suas limitações.

Tem por hábito a procrastinação (adiam o que têm de fazer).

Dificuldade em reconhecer as próprias conquistas.

Medo da rejeição.

Compara-se frequentemente com os outros.

Falta de confiança em si mesmo

Precisa de elogios e reconhecimento dos outros para se sentir satisfeito consigo mesmo.

Como se caracteriza uma Pessoa com elevada Autoestima?

Elevada Autoestima

- Autoconfiança e satisfação com elas próprias - expressam a sua opinião, sendo verdadeiros em relação aos seus pensamentos e sentimentos;
- Autoaceitação: Lidam bem com seus pontos fracos - dificuldades/limitações são aspetos para serem melhorados.
- Aceitam críticas construtivas.
- Cuidam de si (procuram bons hábitos alimentares, exercício físico e atividades que lhe fazem sentir bem) – Autocuidado.
- Têm relações interpessoais satisfatórias e aceitam adequadamente a perda de tais relações – amigos e relações amorosas.
- São assertivas: Dizem “não” sem vergonha ou sentimento de injustiça ao negar algo a alguém, procurando ter uma atitude justa consigo e com os outros.
- Procuram amizades saudáveis.



Que estratégias podem ajudar a melhorar a Autoestima?

Estratégias para ajudar a melhorar a Autoestima



Identificar as suas próprias características positivas.

Saber identificar características positivas nos outros.

Ter experiências que aumentem a autonomia (ex.: autonomia dos pais).

Ter uma perspetiva crítica às avaliações negativas dos outros.

Saber receber/reconhecer um elogio.

Transmitir confiança quando lida com situações novas.



Estratégias para ajudar a melhorar a Autoestima



Manter o contato visual durante a comunicação com as outras Pessoas.

Estabelecer metas realistas nos objetivos pessoais, nas diferentes dimensões da sua Vida.

Compreender que há situações para as quais obter sucesso não depende apenas de nós (lidar com expectativas).

Identificar limites, mas não centrarmo-nos neles.

Descrever sucessos anteriores.

Aceitar novos desafios.



Estratégias para ajudar a melhorar a Autoestima

Escrever frases de encorajamento (ex.: antes de sair de casa todos os dias).

Explorar atividades em que se sintam realizados.

Compreender o impacto que o nosso grupo de pares (amigos) tem em nós e se há identificação pessoal com os mesmos.



Atividade



“Como os outros me vêem...
E eu, como é que eu me vejo?”

Fim da sessão

- ❖ O que é a Autoestima?
- ❖ Para elevar a minha autoestima, é importante...



Elevar a AUTOESTIMA

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: *Elevar a AutoEstima*

Nome	Participação	Descrição
TN	Esteve sempre tensa, com inquietação motora e pouco participativa na sessão, recusando participar quando interpolada. Quando abordada as características sobre Pessoas com baixa autoestima, a mesma referiu espontaneamente que se identificava com "eu sinto necessidade que as pessoas me dêem muito elogios e digam coisas boas sobre mim para me sentir bem" (sic). Na atividade de como as outras Pessoas nos vêem, refere ter sido "confortante" a descrição que fizeram dela.	- A autoestima é "Amor próprio e as ideias que temos de nós mesmos". - Para elevar a sua Autoestima é importante: "Fazer coisas que nos dêem prazer, tentar aceitarmo-nos como somos" - Avalia a atividade com "confortante".
NC	Esteve sempre participativa na atividade, revelando interesse no tema. Para melhorar a sua autoestima é importante "não ligar tanto ao que os outros dizem" (sic). Refere ter gostado de ler sobre o que os outros descreveram sobre si, tendo indo de encontro às suas expetativas.	- Autoestima é "ter confiança em nós mesmos, saber o nosso valor em todos os aspectos e ter amor-próprio" - Avalia a atividade como "educativa e importante".
NP	Esteve sempre participativa nas atividades, voluntariando-se para ler alguns slides do <i>powerpoint</i> . (sic). Destaca nas características da baixa autoestima o medo da rejeição. Para elevar a sua Autoestima "é importante ter noção que somos todos perfeitos com as nossas imperfeições" (sic)	A Autoestima é "a maneira como nos vemos, sentimos, cuidamos...". - Avalia a atividades como "necessária".
C	Participou inicialmente na atividade com interesse, integrando a atividade dos Gestos. Quando iniciada a sessão da Autoestima, a mesma começou a ficar mais retraída, recusando participar quando solicitada, associando alguns movimentos involuntários de ansiedade. Para aumentar a sua autoestima é importante "ouvir música" (sic). Recusou partilhar qual era a sensação de ouvir/ler como as outras Pessoas a vêem porque não conseguiu ler o papel.	- Autoestima é: "Amor próprio, uma necessidade humana e aceitar" - Não quis avaliar a sessão e demonstrou ansiedade manifesta à saída, associando a dificuldade em lidar com o tema, verbalizando que é difícil falar.
G	Esteve participativa durante a sessão, com boa adesão nas atividades. Para aumentar a sua autoestima é importante "alegrar-me e pensar no futuro..." (sic). Revelou ter ficado emocionada com a descrição que os outros da sala fizeram dela, evidenciando que uma das Pessoas comparou-a a uma figura <i>anime</i> .	- Autoestima é "amor pelos outros e por nós mesmos..." - Avaliou a atividade como "Boa".

E	Mostrou-se participativa e disponível durante a atividade. Para aumentar a sua autoestima é importante “relembrar os textos amigáveis que me dão” (sic). Refere ter-se sentido bem com a descrição que fizeram de si.	- Autoestima é “Aceitarmos”. - Avaliou a situação com “fixe” (sic).
D.	Esteve sempre participativa durante a sessão, verbalizando espontaneamente sobre os vários temas abordados ao longo da sessão. Refere que para aumentar a sua autoestima é importante “estar com a minha família e fazer desporto”(sic). Na descrição que fazem sobre si, diz que se sente bem e que é “reconfortante”.	- Autoestima é “A nossa visão sobre nós próprios e o que fazemos por nós”. - Faz uma avaliação da sessão como “necessária”.
BD	Esteve participativa quando interpolada. Refere que para aumentar a sua autoestima é importante “- passear; - ler; - ouvir música” (sic). Refere ter-se sentido bem com a descrição que fizeram si.	- Autoestima é “Gostar de mim e fazer o que gosto”. - Descreve a atividade como “dinâmica e divertida” (sic).
N	Esteve participativa ativamente na sessão. Refere não saber o que é a autoestima deixando em branco o papel onde se pedia para descrever uma definição. Salientou durante a sessão que se identificou com a necessidade de elogios e reconhecimento dos outros para se sentir satisfeito consigo mesmo e que “faço rir os outros para que se sintam bem e eu poder sentir-me bem” (sic).	- “Não tenho autoestima” - Para elevar a autoestima é importante “pensar nas coisas positivas que as pessoas me dizem e aceitar tanto as minhas conquistas como derrotas” - Avaliou a atividade como “reconfortante”.
J	A J estava mais retraída no início da sessão, mas começou a participar de forma espontânea ao longo da mesma, tendo colaborado na leitura dos textos do <i>powerpoint</i> . A J diz que não sabe o que é a Autoestima. Durante a sessão a Isabel referiu que ter uma autoestima elevada significava tratar mal os outros, tendo sido desmistificado este conceito. Demonstrou satisfação particularmente com a descrição que fizeram dela.	- “Não tenho autoestima” (sic). - Para melhorar a sua autoestima é importante “cuidar do cabelo, cuidar do meu corpo, simplesmente cuidar de mim” (sic). - Avaliou a sessão como “alegre” (sic).
H	Participou de forma ativa e espontânea durante a sessão. Para elevar a sua autoestima é importante: “Estar com os meus gatos; tomar conta do meu físico; psicológico; hobbies” (sic).	- Autoestima é: “Gostar de nós mesmos” (sic) - Avalia a atividade como “boa”.
T	Esteve sempre tensa e retraída durante a sessão, evitando não responder às questões que eram colocadas durante a sessão. Foram promovidos vários momentos de partilha, com pouca adesão. Refere que para melhorar a sua autoestima é importante “fazer coisas que me deixem bem; falar/ficar com pessoas que me façam bem; sentir-se bem consigo mesmo” (sic).	- Autoestima é “Amor próprio ♥” - Avalia a atividade como “boa” (sic).
N	A M integrou a intervenção, mas não quis participar nas atividades, tendo sido necessário retirar-se da sala.	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Amaral, A., Almeida, E., & Sequeira, C. (2020). 42. Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 174-176). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C. (2016). *NIC – Classificação das Intervenções em Enfermagem* (6ª ed.). Rio de Janeiro. Elsevier.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman Fennell M. Low self-esteem. In A. Freeman (ed.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 236-240). New York: Springer.
- Deffendi, L. & Schelini, P. (maio/agosto de 2014). Relação entre autoestima, nível intelectual geral e metacognição em adolescentes. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. 18 (2), 313-320.
- Jensen, A. & Bonde, L. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in Public Health*. 138(4), 209–214.
- Cura, J. (2001). *La autoestima en la escuela, la afectividad, actitudes y valores*. Pamplona: Edición del autor.
- Guerra, M., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos de Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I – Definições e Classificação 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y. & Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science* 13(3), 355-364.
- Kunikata, H., Yoshinaga, N., Yoshimura K., Furushima D. (2020). Clinical and cost-effectiveness of nurse-led cognitive behavioral group therapy for recovery of self-esteem among individuals with mental disorders: A single-group pre-post study. *Japan Journal of Nursing Science* 18(1), 1- 10.
- Manes, S. (Ed.) (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*. (11.ª ed). Lisboa: PAULUS Editora.
- Mruck, C. (1998). *Auto-estima: Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427 – 21430. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 116-118). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*. 2(4), 101-110.
- World Health Organization (2020). *Adolescent mental health*. s.l.: WHO. Obtido em julho de 2021, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Shpigelman, C. & HaGani, N. (2019) The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 26, 77–86.
- WHO. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. Geneva: WHO. Obtido em 14 de agosto de 2021, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

**APÊNDICE 4 – Intervenção Psicoterapêutica:
Cineterapia**

APÊNDICE 4: Intervenção Psicoterapêutica – Cineterapia

“*Lady Bird* – A hora de Voar”

Grupo destinatário: Jovens internados num serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

Local: -----

Data: -----

Hora: 11H00

Duração: 120 min.

Número de participantes: 11 adolescentes. Um jovem não integrou a atividade por não cumprir critérios. Duas jovens não puderam integrar o filme por se encontrarem em reuniões familiares.

- ✓ **Critérios de exclusão:** Agitação psicomotora, atividade alucinatória ou delirante exacerbada.

- ✓ **Critérios de inclusão:** jovens com autoestima (comprometida), comunicação (comprometida), interação social (comprometida), ansiedade, vontade de viver (diminuída), risco de comportamento autodestrutivo, juízo crítico comprometido.

- ✓ **Recursos materiais:** Computador, projetor, papéis, canetas.

- ✓ **Objetivos:**
 - Potenciar a expressão de problemas emocionais.
 - Promover a autoconsciência e o autoconhecimento dos limites pessoais.
 - Promover a comunicação.
 - Desenvolver competências sociais, a gestão do comportamento e a resolução de problemas.
 - Reduzir a ansiedade.
 - Promover a identidade pessoal e sexual.
 - Melhorar a autoestima.
 - Promover a autonomia.
 - Promover a resiliência.

“Lady Bird – A hora de Voar”

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	• Apresentação dos enfermeiros e jovens; • Apresentar a sinopse do filme: “Lady Bird – A hora de Voar”. • Definição dos objetivos; • Explicação do procedimento da atividade.	Método afirmativo/ participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, recetividade e motivação dos jovens.
Etapa II Desenvolvimento	93'	• Apresentação do Filme. • Abordagem de temas importantes como: ✓ Expressão de problemas emocionais; ✓ Autoconhecimento das suas capacidades e recursos internos; ✓ Autoconhecimento dos limites pessoais; ✓ Comunicação; ✓ Gestão do comportamento e a resolução de problemas. ✓ Identidade pessoal ✓ Identidade sexual. ✓ Autoestima. ✓ Autonomia. ✓ Resiliência.	Método expositivo	• Observação do interesse, motivação e participação dos jovens.
Etapa III Conclusão	10'	• Promoção da reflexão escrita guiada por questões sobre os aspetos principais abordados durante o filme através de um <i>flyer</i>. • Promoção da reflexão dinâmica oral partilhada sobre os principais tópicos abordados no filme. • Conclusão das principais ideias. • Esclarecimento de dúvidas. • Avaliação da sessão.	Método afirmativo/ participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Avaliação da atividade através do diálogo com os participantes.

FUNDAMENTAÇÃO DA ATIVIDADE:

A cineterapia é uma atividade terapêutica fundamental, através do filme como mediador da relação terapêutica, com relevante impacto no espectador, visto que os filmes podem fornecer uma linguagem ou história partilhada entre os utentes e os terapeutas.

Vários autores descrevem que o filme é um mediador de externalização de problemas, facilitando a sua compreensão através de uma perspetiva diferente e permitindo a exploração de diferentes opções de enfrentamento dos problemas (Hesley & Hesley, 2001; Sharp, Smith & Amykay, 2002; Orchowski, Spickard, & McNamara, 2006). Esta normalização das experiências a que se assiste a partir da visualização de um filme possibilita a confrontação com a existência de realidades, sentimentos e emoções partilhadas, permitindo-se sentir compreendidos e perceberem que não são os únicos com dificuldades (Eppler & Hutchings, 2020).

Durante a visualização de um filme há, por vezes, uma identificação com a história ou com as personagens, que Bernadet (tradução livre, 1985, p. 12) descreve que “[...] parece tão verdadeiro – que dá para fazer de conta, enquanto dura o filme, que é de verdade” e por isso é importante a escolha do filme adequada ao contexto e à população a quem se dirige. Num grupo vulnerável, a escolha do filme pretende que seja com uma intencionalidade terapêutica, numa perspetiva de resiliência.

Eppler e Hutchings descrevem a Resiliência como “o processo de lidar e superar a adversidade, encontrar propósito diante do sofrimento e se preparar para o futuro com foco nas interconexões e nas forças pessoais. Ser resiliente é ter a capacidade de florescer diante de traumas ou dificuldades” (tradução livre, 2020, pp. 1463).

É importante, neste contexto, importante compreender o que Niemiec e Wedding (2008) descrevem como “elevação cinemática”, ou seja, o processo a que se refere a presença de sensações fisiológicas geradas pela observação de um comportamento positivo, que promove, por modelagem, o desejo que realizar igualmente um comportamento positivo. Desta forma gera-se uma “impressão de realidade”, destacada por Bernadet (1985), “porque o filme potencializa o processo de perceber os comportamentos virtuosos, amplifica a possível inspiração advinda da superação e, consequentemente, aproxima o espectador de um devir de bem-estar e felicidade” (Fortunato & Schwartz, 2019, p.4).

Para que o filme seja um mediador expressivo, Dantzler (2015) recomenda seguir os princípios da terapia da realidade de Glasser, numa perspetiva de compreensão básica do funcionamento da cineterapia. O mesmo autor descreve que o primeiro passo é rever cautelosamente o filme. O segundo passo parte por dar à(s) pessoa(s) que estão a visualizar o filme uma breve sinopse do que vai assistir. O terceiro passo é solicitar ao espectador que tome consciência das suas respostas físicas do filme que irão ver. E finalmente, o quarto passo passa por processar o filme enquanto espectador. No final, tal como é habitual no serviço onde se realiza esta intervenção, deve solicitar-se *feedback* sobre o processamento do filme (Dantzler, 2015).

O filme é uma intervenção não farmacológica que tem vindo a ganhar destaque e que permite integrar outros mediadores expressivos: “It can use, incorporate, engulf virtually any other art: The novel, poetry, theater, painting, sculpture, dance, music, architecture”⁷ (Sontag, 1966, p. 245).

A promoção desta atividade admite a prestação de cuidados psicoterapêuticos e psicoeducacionais aos jovens que se encontram internados na Pedopsiquiatria, com fim à recuperação da SM, assim como facilitar a assistência aos mesmos na otimização da sua Saúde Mental, na medida em que promove a integração de uma estratégia útil e eficaz aquando do seu regresso à comunidade onde se insere. Estas intervenções integram-se nas CE EESMP (OE, 2018a).

MOTIVO DA ESCOLHA DO FILME:

No filme, Christine McPherson autodenomina-se de “Lady Bird”, criando uma alcunha que representa uma identidade pessoal, associado ao seu “espírito livre”. A jovem está no último ano do secundário e o seu desejo é de ir estudar para uma faculdade longe de casa, com o objetivo de se autonomizar dos pais, que vivem em Sacramento, Califórnia. No entanto, com a presente dificuldade da mãe em aceitar esta ideia, pela dificuldade de aceitação de autonomização da filha, impedindo o processo de separação das figuras de vinculação, surgem discussões várias que criam uma crise familiar. Christine McPherson não desiste e, na conquista do desenvolvimento do seu seu novo *self*, como recém-adulta, mantém-se resiliente e procura, nos seus recursos internos, potenciá-los para atingir os seus objetivos, tendo a sua auto-estima um papel crucial. Neste contexto surgem várias formas de expressão de emoções, dúvidas e necessidade de escolhas que implicam o desenvolvimento de tomadas de decisão. Naturalmente que se confronta com várias dificuldades, tomando consciência, a seu tempo, das suas limitações pessoais. Durante todo o processo de crescimento, surgem outras questões importantes decorrentes da maturação emocional, como o surgimento das primeiras relações íntimas e do namoro (Shaffer & Kipp, 2014).

APRESENTAÇÃO DO FILME:

O Filme: “Lady Bird – A hora de Voar”, de título original “Lady Bird”, está integrado no género de drama e comédia e foi lançado em 2017 pela realizadora Greta Gerwig, e está recomendado para crianças a partir dos 14 anos.

Sinopse: “Lady Bird - A Hora de Voar, Christine McPherson (Saoirse Ronan) está no último ano do ensino médio e o que mais deseja é ir para a faculdade longe de Sacramento, Califórnia, ideia firmemente rejeitada pela mãe (Laurie Metcalf). Lady Bird, como a jovem de forte personalidade exige ser chamada, não se dá por vencida e procura atingir o seu objetivo de ir embora. Enquanto a sua hora não chega, ela divide-se entre as obrigações estudantis no colégio católico, o primeiro namoro, típicos rituais de passagem para a vida adulta e inúmeros conflitos com a mãe.

⁷ Tradução livre: “Ele pode usar, incorporar, engolir virtualmente qualquer outra arte: o romance, a poesia, o teatro, a pintura, a escultura, a dança, a música, a arquitetura”

FLYER para os jovens – parte 1

Lady Bird
A hora de Voar

Christine McPherson (Saoirse Ronan) está no último ano do ensino médio e o que mais deseja é ir para a faculdade longe de Sacramento, Califórnia, ideia firmemente rejeitada pela mãe (Laurie Metcalf).

Lady Bird, como a jovem de forte personalidade exige ser chamada, não se dá por vencida e procura atingir o seu objetivo de ir embora.

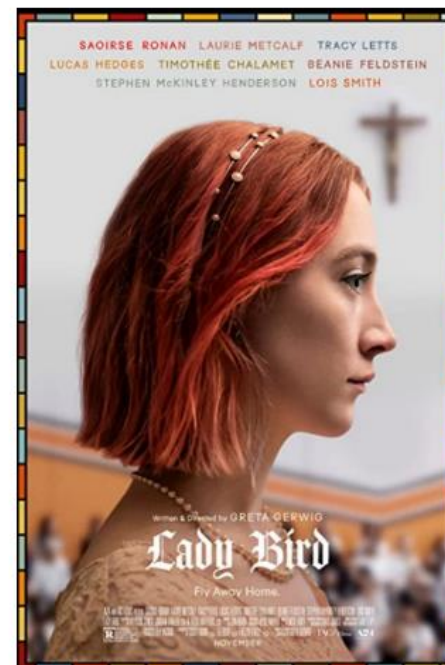
Enquanto a sua hora não chega, ela divide-se entre as obrigações estudantis no colégio católico, o primeiro namoro, típicos rituais de passagem para a vida adulta e inúmeros conflitos com a mãe.

Hospital ***

Serviço de Internamento



• Cineterapia



Lady Bird – A hora de Voar

Gênero: drama e comédia

Ano: 2017

Realizadora: Greta Gerwig

FLYER para os jovens – parte 2

—→ Qual foi a mensagem do filme?

—→ Qual foi o momento mais marcante do filme? Por quê?

—→ Consegues identificar-te com alguma situação ou personagem? Em qual ou com quem?

—→ O que gostaste mais no filme? Por quê?

—→ O que gostaste menos no filme? Porquê?



“Resiliência é o processo de lidar e superar a adversidade, encontrar propósito diante do sofrimento e se preparar para o futuro com foco nas interconexões e nas forças pessoais. Ser resiliente é ter a capacidade de florescer diante de traumas ou dificuldades”

Eppler & Jen Hutchings (2020)

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: “*Lady Bird – A hora de Voar*”

Nome	Participação	Descrição
O	Participou ativamente na discussão do filme e transmitiu a mensagem de forma clara. Aborda que a mensagem mais importante do filme “ <i>Lady Bird – A hora de voar</i> ” é “to be your true self” [<i>ser verdadeiro consigo mesmo</i>] e que para si o conceito do mesmo é: “the way it showed so deeply and crudly the hardship of being a teenager/ coming of age” (sic) [<i>a forma como é representada a dificuldade de ser adolescente/crescimento de forma profunda e crua</i>]. A mesma identificou-se com a personagem principal (Lady Bird) na procura da sua identidade.	- Abordou o tema da adolescência e as dificuldades inerentes ao processo de crescimento, assim como relações familiares e comunicação. - Preferiu resumir o conceito do filme ao invés de avaliar a atividade.
N	Participou ativamente na discussão do filme e transmitiu a sua mensagem de forma clara. Refere que a mensagem do filme como: “Devemos agradecer por termos tudo o que temos, mesmo por coisas mínimas”. O momento mais marcante foi o final do filme, descrevendo que “no final, quando ela se apercebeu de tudo com mãe e agradeceu” [<i>referindo-se ao facto de perceber que a mãe gosta bastante da Lady Bird como é, apesar das dificuldades em transmiti-lo</i>] (...). Identificou-se com a Lady Bird quando “ela se olhou no espelho com o vestido justo e não se gostou de ver”. A parte que mais gostou foi quando a Lady Bird compreendeu o comportamento da mãe, “porque apesar de tudo os pais estão sempre cá para nós”.	- Abordou os temas da comunicação, relação familiar, amizade. - Na avaliação da atividade refere: “Católica”.
G	Iniciou a atividade calma e atenta. A cerca de meio do filme começou a apresentar alguma inquietude com agitação da perna, por períodos. Participou ativamente na discussão do filme. O momento mais importante foi “quando a Christine entrou na Faculdade que queria”.	- A mensagem do filme era “não desistirmos dos nossos sonhos e sermos persistentes” - Avaliou a sessão como interessante.
TJ	Participou com alguma dificuldade na discussão do filme e transmitiu a sua mensagem de forma clara: “devemos seguir os nossos sonhos independentemente do que os outros acham”. Refere que o momento mais marcante foi quando a Lady Bird diz à mãe que a ama. Gostou particularmente “da resiliência e força de vontade da personagem principal”.	- Aborda os temas das relações, adolescência e pais. - Avalia a atividade como “interessante”.
TN	A TN iniciou a sessão tensa, inquieta, com movimentos persistentes da perna até meio da sessão. Posteriormente tranquilizou. Participou ativamente na discussão do filme. O momento mais marcante foi “quando a mãe dela volta para vê-la no aeroporto e ela já não estava lá”.	- A mensagem do filme era “não desistir dos nossos sonhos”. - Avaliou a sessão como: “pensativa”.

G	O H manteve-se calmo, mas tenso e tendo adormecido por períodos, durante a atividade. Participou com alguma dificuldade na discussão do filme e transmitiu que. Prefere não responder se se identifica com alguma situação ou personagem do filme, mas diz que a parte que mais gostou foi “Os momentos do baile da Lady Bird com a sua melhor amiga. Retrata muita felicidade”.	- A mensagem do filme era sobre “as relações entre ela e os rapazes” - Avalia a sessão como “fixe”.
DM	A DM alternou períodos entre calma e inquieta, com alguns momentos mais lábeis, tendo chorado por períodos. No entanto manteve-se atenta durante a sessão. O momento mais marcante foi quando a Lady Bird “se foi embora, em que a mãe lhe escreveu aquelas cartas”. Identificou-se com a personagem principal, a Lady Bird. Gostou particularmente “da parte que ela conheceu o rapaz, achei fofo”.	- O filme “fala da adolescência, das discussões com os pais e fala sobre depressão”. - Não conseguiu fazer uma avaliação da sessão.
E	O momento mais marcante do filme foi descrito como “quando estavam em família, por que estavam felizes e alegres”. Identifica-se com a relação mãe-filha: “A mãe <i>chateo</i> -se com a filha, mas mesmo assim ela tentou falar com a mãe”.	- Refere que a mensagem principal era “amizade, tristeza, seguir os nossos sonhos e ter cuidado para não magoar ninguém” - Descreve a atividade com “pensativa”.
C	Na discussão aborda a importância do respeito e confiança nas relações amorosas. O momento mais marcante foi a candidatura “pq foi um ato de rebeldia e de confiança de si própria”. Não se identifica com nenhuma situação ou personagem em particular.	- Refere como temas principais do filme “a relação com os pais, amigos e namorados”. - Avalia a sessão como “gira”.
D	A parte mais marcante e com que se identificou foi quando “ela pergunta à mãe se a acha bonita”. O que gostou mais do filme foi “a identidade dela [da Lady Bird]”. A parte que menos gostou no filme foi quando a Lady Bird “descobre que ele [primeiro namorado] é gay porque devia ter sido honesto com ela”.	- Destaca “que devemos ter objetivos e persistirmos” e “que devemos ter cuidado para não magoarmos as pessoas a nossa volta”. - Não consegue avaliar a sessão.
J	A J alternou períodos em que esteve mais calma com períodos de maior inquietude, procurando sair frequentemente da sessão para ir ao wc, procurando conversar com os técnicos durante a sessão e mudando de lugar. O momento que gostou menos no filme foram os momentos de discussão e refere “gostei de tudo no filme”.	- O tema do filme estava relacionado com as discussões entre a mãe e a Lady Bird, visto que se identificou com a sua vida pessoal. - Avalia o filme como “interessante”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bernadet, J. (1985). *O que é cinema* (2ª ed.). São Paulo: Brasiliense, 1985.
- Deffendi, L. & Schelini, P. (2014). Relação entre autoestima, nível intelectual geral e metacognição em adolescentes. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. 18 (2), 313-320.
- Dantzler, J. (2015). How the Marvel Cinematic Universe Represents Our Quality World: An Integration of Reality Therapy/Choice Theory and Cinema Therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 10, 471–487. DOI: 10.1080/15401383.2014.994796
- Eppler, C. & Hutchings, J. (2020). The use of cinematherapy to illustrate systemic resilience. *Journal of Clinical Psychology*. 76, 1463–1471. DOI: 10.1002/jclp.22998
- Fortunato, I. & Schwartz, G. (2019). Cinema, Psicologia Positiva e a Resiliência do Corpo: Superar para a Felicidade. *Psicologia em Estudo*. 24 (e42384). DOI: 10.4025/psicoestud.v24i0.42384.
- Hesley, J. W., & Hesley, J. G. (2001). *Rent two films and let's talk in the morning: Using popular movies in psychotherapy*. (2nd ed). New York: Wiley.
- Mruck, C. (1998). *Auto-estima: Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Niemiec, R. & Wedding, D. (2008). *Positive psychology at the movies: Using films to build virtues and character strengths*. Boston: Hogrefe and Huber.
- Orchowski, M, Spickard, A, & McNamara, R (2006). O cinema e a valorização da psicoterapia: Implicações para prática clínica. *Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática*, 37(5), 506-514. DOI: 10.1037/0735-7028.37. 5.506.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427 – 21430. Obtido em 03 de dezembro de 2021, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 116-118). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Shaffer, D & Kipp, K. (2014). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Wadsworth: Cengage Learning
- Sontag, S. (1966). *Against interpretation*. New York: Farrar, Straus, & Giroux.
- Sharp, C., Smith, J. V. & Amykay, C. (2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. *Counselling Psychology Quarterly*, 15, 269–276.
- World Health Organization (2020). *Adolescent mental health*. s.l.: WHO. Obtido em julho de 2021, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

**APÊNDICE 5 – Intervenção Psicoterapêutica:
Autocuidado**

APÊNDICE 5: Intervenção Psicoterapêutica – Autocuidado

Autocuidado

Grupo destinatário: Jovens internados num serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

Local: -----

Data: -----

Hora: 11H00

Duração: 90 min.

Número de participantes: 14 adolescentes, 13 raparigas e um rapaz, maioritariamente constituído por jovens com perturbação do comportamento alimentar, jovens com comportamento auto-lesivo e jovens com perturbação do comportamento. Apenas um jovem não integrou a atividade por não cumprir critérios.

- ✓ **Crítérios de exclusão:** jovens com agitação psicomotora, atividade alucinatória ou delirante exacerbada.
- ✓ **Crítérios de inclusão:** jovens com autoestima (comprometida), comunicação (comprometida), interação social (comprometida), ansiedade, vontade de viver (diminuída), risco de comportamento autodestrutivo, juízo crítico comprometido.
- ✓ **Recursos materiais:** papéis, canetas, material para o autocuidado pessoal disponível no serviço, Jogo “Que Grande Dilema”, da coleção de *Mr. Wonderful*.
- ✓ **Objetivos:**
 - Promover o autocuidado;
 - Promover a autoconsciência;
 - Promover a comunicação;
 - Desenvolver competências sociais, a gestão do comportamento e a resolução de problemas;
 - Reduzir a ansiedade;
 - Facilitar a orientação para a realidade.
 - Melhorar a autoestima.

Autocuidado

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	20'	• Apresentação dos enfermeiros e jovens; • Utilização da técnica “quebra-gelo”: Jogo “Que Grande Dilema”, da coleção de <i>Mr. Wonderful</i>, onde o objetivo é o grupo conhecer-se através de dilemas que são colocados, que podem ser divertidos, absurdos ou curiosos, para os quais é apenas possível responder-se a uma de duas hipóteses possíveis. • Apresentar do tema: “Autocuidado”. • Definição dos objetivos; • Explicação do procedimento da atividade;	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos jovens.
Etapa II Desenvolvimento	60'	• Apresentação do tema Autocuidado: ➢ Abordagem ao Autocuidado pessoal e Autocuidado terapêutico. ➢ Apresentação das diferentes formas de discriminar o Autocuidado: ✓ Autocuidado Psicológico; ✓ Autocuidado físico; ✓ Autocuidado emocional; ✓ Autocuidado Espiritual; ✓ Autocuidado em Casa e na Escola. • Atividade: Adaptação do Jogo “O meu nome?”, de Massimo Crescimbene”. • Promover tempo para o Autocuidado pessoal dos jovens.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos jovens.
Etapa III Conclusão	10'	• Motivação para a verbalização da experiência realizada; • Conclusão das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. • Avaliação da Sessão.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Avaliação da atividade através do diálogo com os participantes.

FUNDAMENTAÇÃO DA ATIVIDADE:

O Autocuidado é um conceito multidimensional que abrange mais do que a capacidade de realizar as atividades de vida diária, estendendo-se para o domínio da autorregulação emocional e da promoção do bem-estar (Mary Birken, Wong, McPherson, & Killaspy, 2021). Engloba todas as atividades em que uma Pessoa se integra diariamente e que tem como objetivo prevenir a doença e promover a saúde (Godfrey, Harrison, Lysaght, Lamb, Graham & Oakley, 2010).

Promover o autocuidado garante a satisfação das necessidades humanas básicas. No entanto, esse cuidado pode ser afetado por fatores externos e fatores internos que estão sujeitos a mudanças e transições do ciclo de Vida. O autoconhecimento e consciência das suas características e qualidades terá necessariamente um papel preponderante na relação com os outros (Harter, 2011 citado por Shpigelman & HaGani, 2019). Alguns autores acrescentam a imagem corporal, a auto-estima e as identidades como elementos integrantes do Autocuidado (Serra, 1988; Slade, 1994 citado por Shpigelman et al, 2019; Grabe, 2008 citado por Shpigelman et al, 2019).

De acordo com Mary Birken, Wong, McPherson, & Killaspy (2021), as atividades de autocuidado pessoal incluem atividades relacionadas com a higiene pessoal como o tomar banho de forma regular, realizar a higiene oral, lavar e pentear o cabelo, cuidar das unhas e fazer a barba/depilação. Outras formas de autocuidado pessoal consideradas igualmente importantes para evitar a autonegligência são: vestir roupas adequadas, apresentar-se limpo, fazer compras e preparar alimentos para manter uma alimentação adequada. Godfrey e colaboradores (2010) destacam o autocuidado terapêutico com outra forma crucial de autocuidado, onde se destacam atividades como a administração e gestão da medicação e cumprimento terapêutico. Todavia, o reconhecimento e a resposta a esta necessidade são influenciados principalmente pela percepção que a própria pessoa tem do seu estado de saúde, do seu estadio de desenvolvimento, do seu autoconceito, da competência percebida, do seu controlo sobre o estado de saúde e pelo seu comportamento face ao autocuidado, não podendo ser esquecido o contexto social, económico, ambiental e cultural (Alderson, Sutcliffe & Curtis, 2003; Baird, 2003, Godfrey et al, 2010).

Uma vez que os jovens presentes no serviço sofrem, sob diferentes formas, um comprometimento do seu autoconceito, este terá uma inevitável repercussão no seu Autocuidado (Town, Hayes, Fonagy & Stapley, 2021). O Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia (2020, citado por Town *et. al*, 2021) vem acrescentar à ideia do Autocuidado a necessidade do cuidado em situação de doença.

Torna-se imperioso intervir neste foco de Enfermagem, numa perspetiva da promoção da saúde e, em particular, da saúde mental dos mesmos, salvaguardando a intervenção especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, de acordo com as unidades de competência descrita pela Ordem (OE, 2018; Alves, Oliveira, Peralta, Pereira & Seabra, 2021).

Para falar de Autocuidado com o Adolescente, a UNICEF Brasil (2020) aborda o Autocuidado sob diferentes dimensões que este integra na Saúde de cada indivíduo, nomeadamente o Autocuidado Psicológico, Autocuidado físico, Autocuidado emocional, Equilíbrio, Autocuidado Espiritual, Autocuidado em Casa e na Escola.

Seguidamente descrevem-se algumas atitudes e comportamentos que facilitam a compreensão destas diferentes ações (UNICEF Brasil, 2020).

Autocuidado Psicológico	✓ Escrever num diário. ✓ Ler. ✓ Permitir que os outros conheçam diferentes aspetos de si. ✓ Perceber seus pensamentos, crenças, atitudes e sentimentos. ✓ Dedicar-se a diferentes áreas do conhecimento, como visitar um museu de arte, ouvir música... ✓ Ser curioso(a) ✓ Saber dizer “não” e respeitar os próprios limites ✓ Buscar ajuda quando não conseguir resolver questões que promovem o sofrimento interno.
Autocuidado físico	✓ Ter uma alimentação saudável. ✓ Fazer exercício físico (conforme seja adequado). ✓ Fazer massagens ✓ Dançar, nadar, andar, correr, praticar desportos, cantar ou fazer alguma outra atividade física divertida ✓ Dormir o suficiente ✓ Usar roupas que você gosta e que façam sentir bem.
Autocuidado emocional Autocuidado emocional (cont)	✓ Passar algum tempo com outras pessoas de quem gosta. ✓ Manter contato com pessoas importantes da sua vida ✓ Ser assertivo. ✓ Elogiar-se. ✓ AMAR a si próprio. ✓ Identificar atividades reconfortantes, objetos, pessoas, relacionamentos, lugares e procurá-los quando sentir necessidade. ✓ Permitir-se chorar e expressar os sentimentos. ✓ Encontrar coisas que façam rir.
Autocuidado Espiritual	✓ Encontrar tempo para refletir/pensar. ✓ Passar um tempo em contato com a natureza ✓ Estar aberto(a) à inspiração ✓ Ser otimista e ter esperança ✓ Identificar o que ou quem é significativo para si e perceber o espaço que ocupa na sua vida ✓ Meditar ✓ Orar/Rezar ✓ Passar algum tempo com amigos(as)
Autocuidado em Casa e na Escola	✓ Tirar um tempo para conversar com amigos(as) ✓ Reservar um tempo em silêncio para concluir as tarefas ✓ Identificar projetos (desejos) ou tarefas interessantes e gratificantes ✓ Estabelecer limites com seus amigos(as) e familiares (quem eu sou e quem eu quero que sejam).

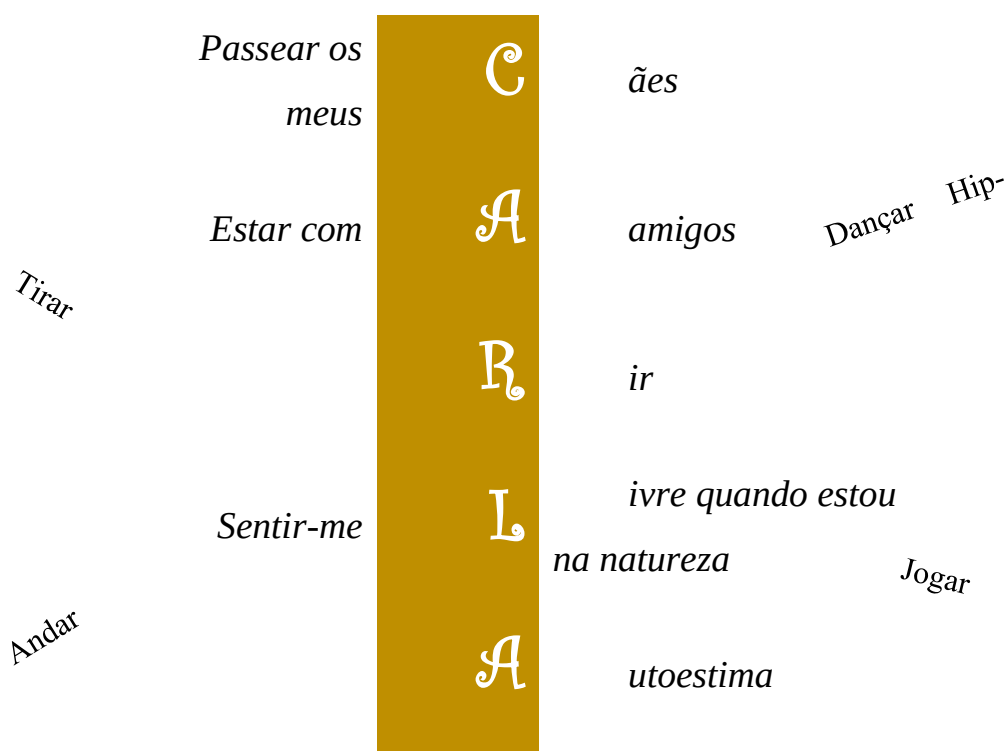
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

Esta atividade foi escolhida por ser de um grau de dificuldade fácil, numa fase de um grupo inicial. O objetivo é estimular a fantasia e a criatividade e facilitar o auto-conhecimento mútuo. O dinamizador solicita que escrevam os seus nomes no centro de uma folha A4, na posição vertical, distanciando as letras do nome. A partir de cada letra do seu nome deverá escrever uma palavra ou uma frase sobre o que é para si importante para o Autocuidado, nas diferentes dimensões. Devem acrescentar novas formas de autocuidado à volta da folha que não possam ou não consigam associar ao nome. Caso prefiram, em vez de associar a letras do nome, solicita-se que descrevam na folha, de forma dispersa, atividades do Autocuidado para os mesmos.

De forma a facilitar a execução do exercício, é proposto uma lista de sugestões para o Autocuidado”, onde se encontram palavras diversas sobre temas, conceitos e ideias que têm sido abordadas ao longo do tempo com o presente grupo. Foram discriminados tópicos de conversa importantes para os mesmos em sessões, durante momentos de interação em grupo, entre outros. Sugere-se, no final, que decorem a sua folha, mostrando dedicação, empenho e vontade de promover um Autocuidado saudável.

Como Exemplo...

Para o meu Autocuidado é importante:



AUTOCUIDADO é...

A	Autoestima, Autoconfiança, Amigos, animais, amar-se, assertivo, atividades radicais, andar, atitude, adolescência, autonomia, arte, acreditar...
B	Bonito/a, bem-estar, bicicleta, bondade....
C	Conversar, chorar, curiosidade, correr, cantar, compaixão, conhecimento, comunicação, capacidades, cinema, crescimento, corpo-mente, cães, campo, confiança, cuidado...
D	Desenhar, dançar, dormir, desporto, divertir-se, diário, determinação, desafio, descansar...
E	Emoções, esperança, elogio, escrever, enfrentar, experiência, estimulante, equilíbrio, energia, especial...
F	Falar, filmes, felicidade, família, flores, festas...
G	Generosidade, gentileza, guitarra, gato, ginástica, girassol, gratidão...
H	Hip-hop, habilidades pessoais, harmonia...
I	Inspiração, identidade, importante...
J	Julgamento, jogar, jovem, juventude...
L	Limites, ler, liberdade...
M	Meditar, mar, massagem, museu, metas, música, maravilhoso...
N	Natureza, nadar, namoro, necessidades...
O	Orar, otimismo, objetivo...
P	Projeto de Vida, Pessoas importantes, pensar, passear, psicológico, pintura, pais, paciência, piano, pássaro, positivo, pedir ajuda...
Q	Querer, qualidade...
R	Rezar, relaxar, refletir, rir, recuperar, recursos internos, resiliência, relação, respeito, respiração, responsável...
S	Silêncio, sono, sentimento, saudável, sensações, sabedoria, satisfação, sucessos, solidário...
T	Telefonar, terapêutico, tranquilidade...
U	Único, <i>Ukelele</i> , Universal...
V	Vida, valorização pessoal, viola...

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: Autocuidado

Nome	Participação	Descrição
O	A O participou na sessão do Autocuidado, inicialmente apenas quando interpolada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “andar, assistir anime, cuidar de animais, a natureza, correr, brincar com a minha cachorrinha, ler <i>manga</i> , jogar jogos e ficar com a família”.	- A mesma participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada.
N	A N participou na sessão do Autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “ouvir música, amar-se, tratar da minha pele, ir à praia, sentir-me livre, fazer desporto, estar com os meus amigos e família”.	- A N solicitou e aceitou ser cuidada. - Gostou particularmente da Atividade da descrição de Autocuidado.
DM	Participou na sessão do Autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “conviver, estar com a minha família, estar ao ar livre, objetivos, falar, viajar, melhorar a autoestima, pedir ajuda, beber água, dançar, fazer desporto, rezar, rir”. Levou vernizes pessoais para utilizar e partilhar.	- A DM participou no autocuidado pessoal, cuidando dos outros e solicitando e aceitando ser cuidada.
TJ	Participou na sessão do Autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “satisfação, autoestima, amar-se, harmonia”.	- Participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada para pintar as unhas, com satisfação.
D	Participou na sessão do Autocuidado de forma ativa, por iniciativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “campo, amigos, relaxar, orar, ler, rir, natureza, animais”.	- Participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada. - Gostou particularmente da Atividade da descrição de Autocuidado.
N	Participou na sessão do Autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “Estar com a Mãe, estar com os amigos, beijar, estar com o meu gato, ver muitos animes, ser elogiada, ouvir uma música, visualizar os meus <i>favourite tiktokers</i> ”. Refere que não gostou particularmente da sessão por não ter sido feito o <i>eyeliner</i> por outra jovem.	- A mesma participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada para pintar as unhas.
C	Participou na sessão do Autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “bem-estar, identidade, estar com amigos, penteados, cuidar de mim, arte, música, maquilhar”. Foi realizada intervenção individual no final da sessão de forma à Bianca compreender a importância do seu autocuidado, assim como o impacto pessoal/emocional de estar sempre num papel de cuidadora.	- A mesma participou no autocuidado pessoal de forma individual (a pintar as unhas) e proporcionou cuidados aos outros jovens - Refere que a parte que mais gostou da sessão foi a “de cuidar dos outros”.

G	Participou na sessão do Autocuidado inicialmente mais retraído. Posteriormente vai integrando a atividade em relação com o grupo. Descreve como importante para o seu autocuidado várias atividades, destacando o futebol, a massagem, pintar animais e conversar.	- Participou no autocuidado solicitando e aceitando ser cuidado.
G	Participou no autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado várias atividades como “fazer crossfit, estar com os animais, ler, fazer relaxamento, aumentar a auto-estima, dizer piadas (...)”.	- Participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada. - Gostou particularmente da descrição de Autocuidado.
J	Participou no autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “escrever, tomar a medicação, passear, pedir ajuda quando estou triste, namoro, liberdade, cuidar de mim, cantar, tomar banho, ouvir música e dançar”.	- Participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada.
GG	Participou no autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: ser “forte, inteligente, lutadora, imortal, (...), amigável” e como atividades: “correr, passear, ouvir música, escrever, ler e desenhar”.	- No momento do seu AC pessoal a GG optou por ir para a sala dos computadores para desenhar ao som da música.
E	A E esteve mais retraída no início da atividade, mas participativa. Descreve várias formas de autocuidado: “tirar fotos, pintar unhas, correr, ler, ver filmes, séries, passear a cadela, cuidar do cabelo, pôr maquiagem (...)”.	- A E participou no autocuidado pessoal, solicitando e aceitando ser cuidada para fazer uma trança no cabelo e pôr <i>eyliner</i> .
N	Participou de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “listen to music, spend + time with friends, take care of myself, read, do my eyeliner/makeup, laugh, be proud of who I am”.	- A N solicitou ser maquiada, ir ver-se ao espelho, pintando as unhas e revelou ter ficado satisfeita com o resultado.
T	Participou de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “pintar as unhas, melhorar a autoestima, ler, relaxar, andar de skate, harmonia, estar com amigos, fazer maquiagem!”. Foi sendo solicitada por outros.	T referiu que o que gostou mais foi de ajudar os outros jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alves, A., Oliveira, A., Peralta, A., Pereira, S. & Seabra, P. (outubro de 2021). *Intervenções de Enfermagem para o Autoconceito da Pessoa com Doença Mental: Revisão integrativa da Literatura*. In XII Congresso da ASPEMS. ASPMES, Felgueiras.
- Alderson P, Sutcliffe K, Curtis K. (2006). Children as partners with adults in their medical care. *Arch Dis Child*. 91(4), 300-303.
- Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3), 564-572.
- Baird, C. (2003). Holding on: self-caring with osteoarthritis. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 32-39.
- Christina M. Godfrey, C., Harrison, M., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. & Oakley, P. (2010). The experience of self-care: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*. 8(34), 1351-1460.
- Manes, S. (Ed.) (2007). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*. (11.^a ed). Lisboa: PAULUS Editora.
- Mary Birken, M., Wong, H., McPherson, P. & Killaspy, H. (2021). A systematic review of the published literature on interventions to improve personal self-care for people with severe mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(4), 200–211.
- Nabais, A. & Nunes, C. (2020). 14.5 A Criança e o Jovem com Problemas de Saúde Mental. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 264-271). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427 – 21430. Obtido em 03 de dezembro de 2021, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Potter, P. & Perry, A (2006). *Fundamentos em Enfermagem – Conceitos e Procedimentos* (5^a ed.). Loures: Lusociência.
- Serra A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(4), 101-110.
- Shpigelman, C. & HaGani, N. (2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 26, 77–86.
- Town, R., Hayes, D., Fonagy, P. & Stapley, E. (2021). Self-management, self-care, and self-help in adolescents with emotional problems: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. 19(9), 2373–2381. DOI: 10.11124/JBIES-20-00224
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6th ed.). Loures: Lusociências.
- UNICEF (2020). *Guia de Autocuidado – Ser adolescente e jovem que se cuida!* Brasil: UNICEF. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/guia-de-autocuidado-ser-adolescente-e-jovem-que-se-cuida>

**APÊNDICE 6 – Intervenção Psicoterapêutica:
Terapia pela Arte**

APÊNDICE 6: Intervenção Psicoterapêutica – Terapia pela Arte

Express'arte ao som da emoção

Grupo destinatário: Jovens internados num serviço de internamento de Pedopsiquiatria.

Local: -----

Data: -----

Hora: 14h30

Duração: 60 min.

Número de participantes: 10 Adolescentes, dos quais 8 raparigas e 2 rapazes. Um jovem não integrou a atividade por não cumprir critérios. Os restantes encontravam-se em reunião familiar, com a médica ou psicóloga.

- ✓ **Critérios de exclusão:** Défice cognitivo acentuado, agitação psicomotora, atividade alucinatória ou delirante exacerbada.
- ✓ **Critérios de inclusão:** jovens com autoestima (comprometida), comunicação (comprometida), interação social (comprometida), ansiedade, vontade de viver (diminuída), risco de comportamento autodestrutivo, juízo crítico comprometido.
- ✓ **Recursos materiais:** lápis, canetas e lápis de cera, folhas de papel A4, coluna de som.
- ✓ **Objetivos:**
 - Potenciar a expressão de emoções;
 - Promover a autoconsciência;
 - Desenvolver competências sociais, a gestão do comportamento e a resolução de problemas;
 - Reduzir a ansiedade;
 - Facilitar a orientação para a realidade;
 - Melhorar a autoestima.

“Express’arte ao som da emoção”

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	• Apresentar os enfermeiros e jovens; • Utilizar técnica “quebra-gelo”: ○ Os jovens escolhem um lápis com uma cor (pode ser uma caneta, um lápis ou lápis de cera, mas o que interessa é a cor). ○ Oferecem esse lápis à pessoa ao lado (no sentido do ponteiro do relógio) e transmitem com esse “lápis” uma mensagem positiva/estratégia importante para o outro (com objetivo de aceitação de estratégias no seu processo terapêutico). ○ O lápis roda por todos os jovens. ○ Depois escolhem outra cor e volta-se a fazer o mesmo no sentido contrário ao ponteiro do relógio. ○ As duas cores deverão ter que ser utilizadas na Atividade seguinte. • Apresentar o tema; • Definir os objetivos; • Explicar do procedimento da atividade; • Verificar a receptividade/interesse dos participantes.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, receptividade e motivação dos jovens.
Etapa II Desenvolvimento	25'	Procedimento da atividade: • Distribuir 9 folhas de papel A4 por cada jovem e colocar os materiais de desenho ao centro; • Para além das cores que receberam do exercício do quebra-gelo, os jovens deverão escolher apenas mais 2 a 3 cores. Apenas estas podem ser utilizadas (as que escolhem podem ser lápis de cera, caneta ou lápis). • Pedir aos jovens que desenhem ou pintem de acordo com o tempo ou ritmo da música, de modo que o braço e a mão se movam com a música, para fornecer uma representação visual e cinestésica do som; • Pedir aos jovens que desenhem ou pintem um quadro da história que a música está a contar ou a ideia do que a música lhes transmite.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Observação do interesse, motivação e participação dos jovens.

		• Pedir aos jovens que escolham cores que “combinem” com as músicas apresentadas. • Após cada desenho realizado é promovido um tempo para darem um título para cada representação.		
Etapa III Conclusão	10'	• Motivar para a verbalização da experiência realizada; • Concluir as principais ideias: ○ Diferentes experiências, no mesmo contexto, suscitam sentimentos e emoções diferentes. ○ A visão que cada um tem da sua experiência é única e é-lhe atribuída uma mensagem diferente. ○ As emoções que surgem com a música são, naturalmente, diferentes entre os jovens. ○ É importante respeitar a individualidade de cada um, porque não há um certo e um errado na forma como as emoções emergem. • Esclarecer dúvidas; • Avaliar a atividade.	Método afirmativo/participativo	• Avaliação formativa e imediata; • Avaliação da atividade através do diálogo com os participantes.

FUNDAMENTAÇÃO DA ATIVIDADE:

A música é um importante mediador expressivo integrando-se nas intervenções não farmacológicas promotoras de SM que facilita a expressão de emoções numa forma de comunicação universal da cultura humana (Buller & Venter, 2014; Viskontas & Margulis, 2016).

Música tem a sua origem na palavra grega “mousikê”, cuja significa “arte das musas”. Na sua definição pode rever-se a conceptualização de ciência e arte na combinação majestosa de sons (Freire, 2011). De acordo com diversos autores, a música tem efeitos terapêuticos na relação corpo-mente e na expressão de emoções em adolescentes (Lee, 2006; Trondalen, 2003; Wang, Li, Yang, Sung & Huang, 2012, citados por McFerran, K., 2019).

As terapias pela arte copulativamente com a terapia pela música permitem uma excelente combinação de técnicas com fins psicoterapêuticos que compreendem a melhoria das funções físicas, emocionais e cognitivas dos indivíduos, a resolução de conflitos e redução do stress (Pies, 2008). Este feito é alcançado através da próspera combinação de experiências sensoriais que facilitam a expressividade daqueles envolvidos no processo criativo. Barksdale (2003) acrescenta que, quando a terapia pela música e pela arte são interligadas, a combinação de cores no desenho e as expressões visuais com estímulos auditivos/musicais é ativada de forma catalisadora das ligações entre os sistemas motor e o cognitivo, permeabilizando dimensão e significado suplementares à aprendizagem.

A escolha das músicas foi baseada num estudo realizado por Cowen et al. (2020), na China e Estados Unidos, onde descrevem que a conceptualização da experiência subjetiva diz respeito à natureza dos conceitos, cujos caracterizam os nossos sentimentos. O estudo revela a existência de 13 dimensões distintas de experiência subjetiva que foram associadas à música: "divertido", "irritante", "ansioso/tenso", "bonito", "Calmo/relaxante/sereno", "sonhador", "energizante/estimulante", "erótico/sensual", "indignante", "alegre", "triste/deprimente", "assustador/amedrontador" e "triumfante/heróico". Destas treze dimensões foram retiradas a dimensão “indignante”, por não ter sido unânime pelas dinamizadoras da sessão, a sua pertinência na Atividade; a dimensão tristeza, visto que é um sentimento muito frequente nos jovens presentes e, neste sentido, não traz benefícios na promoção do bem-estar emocional; e a dimensão assustador, dado os jovens apresentarem frequentemente ansiedade elevada e esta dimensão poder despoletar o foco identificado.

Com a possibilidade de expressar as emoções que as músicas evocam em cada um, dando um título a cada desenho, é possível a partilha final da sua expressão através do mesmo e discutir sobre como cada uma das músicas incute experiências, vivências e emoções diversas. Neste sentido os jovens podem evidenciar a unicidade de cada um, ainda que vivendo a mesma experiência. Em grupo pretende-se que surja a partilha de diferentes emoções, que emergem de forma particular, e que possam abraçar a importância da nossa identidade pessoal, digna de respeito, compaixão e valorização pessoal. O que temos em comum é a possibilidade de sentir e, embora com percepções sobre o mundo diferentes e a possibilidade de sentir de formas diferentes, sendo que todos temos a capacidade de tomar consciência disso e apresentamos uma capacidade latente de mudança.

SELEÇÃO DAS MÚSICAS:

Dimensão	Música	Tempo
1. DIVERTIDA	Madagascar – Best Friends Orchestra, https://www.youtube.com/watch?v=WH56WJgM3Dw	2min. 25s.
2. BONITA	Over the Rainbow/Simple Gifts (Piano/Cello Cover) - The Piano Guys, https://www.youtube.com/watch?v=jzF_y039slk	3min. 52s.
3. SENSUAL	Wham! - Careless Whisper (Instrumental), https://www.youtube.com/watch?v=inBD4f253Pg	2min. 25s*
4. TRIUNFANTE/ HERÓICO	Piratas do Caribe – Música Tema, https://www.youtube.com/watch?v=KNozmRVDaa0	1min. 30s.
5. SONHADORA	Fairytale Shrek (Harry Gregson-Williams), https://www.youtube.com/watch?v=tbBAZ50bWJg	1min. 26s
6. RELAXANTE	You & Me - Peder B. Helland [Piano Tutorial with Synthesia], www.youtube.com/watch?v=zjSX5f7oUVU	3min*

*Algumas músicas apresentam um tempo de reprodução maior do que aquele que foi apresentado. Desta forma foi selecionado o tempo considerado adequado para o exercício.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO: “Express’arte ao som da emoção”

Nome	Participação	Descrição
NUS	Esteve sempre participativa durante a sessão, demonstrando curiosidade e interesse pela atividade. Consegue mostrar interesse, facilidade e rapidez na expressão das suas emoções no desenho, assim como dar um título a cada música apresentada.	- No final da sessão não pôde partilhar a sua reflexão sobre a atividade, visto encontrar-se indisposta e ter de ausentar-se da atividade.
NC	Esteve participativa e interessada na atividade. Transmite como mensagens positivas aos jovens a mensagem de Esperança e Amor. Descreve ter gostado mais da música a que associa o título: “Com a família tudo é alegre e uma aventura de carro”.	- Destaca nos desenhos a importância das suas relações de amizade e família. - No final reflete que “é interessante que ouvimos a mesma música e todos mostramos sentimentos e emoções muito diferentes”.
G	Apresentou-se inicialmente mais tenso e retraído, mas começou a integrar a atividade com progressivo interesse. Destaca as músicas associadas ao relaxamento como uma estratégia fundamental para si.	- Refere ter gostado da experiência por ter sido relaxante e ter sido fácil exprimir-se no desenho através da música.
C.	Esteve sempre participativa e comunicativa durante a sessão. Destaca a música e desenho a que associa o título: “Dia na praia”, visto ser uma das atividades que mais gosta de fazer. Refere ter sido difícil dar um título e desenhar a música que sugere o tema de sonhadora por lembrar-lhe a infância e ser difícil descrever esta memória.	- Refere ser difícil expressar os seus sentimentos através do desenho, no entanto gostou da sessão.
S	Apresentou-se inicialmente pouco comunicativo e com uma postura retraída. Foi progressivamente participando com mais interesse na sessão. Gostou mais da música a que deu o título: “Mar e pôr do sol”.	- Esteve bastante focado nas instruções da atividade e preocupação em transmitir a expressão das emoções que as músicas lhe transmitiam.
E	Iniciou a sessão com uma postura tensa e fáceis ansioso. Refere que é “muito difícil exprimir o que pensamos”. Ao longo da sessão foi relaxando progressivamente e ajustou o movimento da perna ao ritmo da música e investindo no desenho. Destaca a música e desenho a que intitula de: “esperança”	- Descreve a sessão como relaxante.
G	Iniciou a atividade numa postura tensa e ansiosa. Foi progressivamente a investir na atividade, manifestando uma postura corporal mais relaxada. Remete os seus desenhos para temas relacionados com a natureza e destaca a música e desenho que intitula de: “As ondas”, por transmitir-lhe relaxamento.	- No final da sessão remete para a ideia principal da sessão: “todos ouvimos as mesmas músicas e sentimos de forma diferente. É giro ver que todos desenharam coisas diferentes.”

N	Demonstrou-se sempre investida na sessão, demonstrando interesse. Na última música a N não conseguiu concretizar o desenho associado à música, tendo sido necessário intervir em relação dual.	- No final da sessão não pôde partilhar os desenhos e a sua reflexão sobre a atividade.
O	Encontrou-se sempre participativa e interessada, revelando interesse particular por este tipo de intervenção. Demonstrou-se investida nos desenhos. Descreve a música e desenho que mais gostou a que associa ao título: “Pirata no mar”, por gostar de sentir-se com energia. Na música que os jovens descrevem como maioritariamente triste, O descreve como “energia mágica”, revelando-se um exemplo importante para o grupo na mensagem da sessão.	- Refere ter sido interessante a sessão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barksdale, A. (2003). *Music Therapy and Leisure for Persons with Disabilities*. Illinois: Sagamore Publishing, Inc.
- Buller, A., & Venter, E. (2014). Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. *Journal of Public Health*, 37(1), 143 –150. DOI:10.1093/pubmed/fdu028.
- Cook, N. (1998). *Music: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Cowen, A., Fang, X., Sauter, D. & Keltner, D. (2020). What music makes us feel: At least 13 dimensions organize subjective experiences associated with music across different cultures. *Proceeding of the Academy os Sciences of the United of America*. 117(4), 1924-1934. DOI: 10.1073/pnas.1910704117/-/DCSupplemental.
- Freire, I. (2011). A Música como Promotora do Bem-Estar Psicológico na Adolescência (Dissertação de Mestrado Integrado Em Psicologia Secção De Psicologia Clínica E Da Saúde Núcleo De Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- McFerran, K., (2019). Adolescents and Music Therapy: A Reflective Review with Recommendations for Research and Practice. *Music Therapy Perspectives*. 39(1), 80-88. DOI: 10.1093/mtp/miz014.
- Pies, R., 2008. Summoning the muse: the role of expressive arts therapy in psychiatric care. *Psychiatric Times*, 25(1), 10-12.
- Viskontas, I. & Margulis, E. (2016). Music on the Mind: an introduction to this special issue of Neurocase. *Neurocase*, 22(6), 484-485. DOI: 10.1080/13554794.2016.1266732.

APÊNDICE 7 – Estudo de Caso da “N”

APÊNDICE 7

Estudo de Caso da “N”

A informação que permitiu a realização deste Estudo de Caso foi obtida em diferentes momentos da relação, sejam em momentos de grupo de sessões terapêuticas ou de interação em grupo, em momentos individuais (com a garantia da privacidade), através de informação clínica disponível, numa perspetiva multidisciplinar, assim como com a partilha de informação com as ER da “N”.

Os componentes da Apreciação clínica da “N” foram realizados a partir dos dados de identificação de Townsend (2011), dos componentes da Avaliação Psiquiátrica da Criança de Sadock e Sadock (2011) e descrição da Avaliação do estado Mental de Trzopack e Baker (2001). O Planeamento de cuidados foi realizado e implementado a “N” de acordo os diagnósticos de Enfermagem, a partir de um sistema de taxionomia estandardizado, a CIPE® (ICN, 2016).

DADOS DE APRECIAÇÃO CLÍNICA

- 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**
- 2. HISTÓRIA PRÉVIA DE ENFERMAGEM DE M.**
 - 2.1.** Antecedentes Pessoais e alergias
 - 2.2.** Plano Vacinal
 - 2.3.** Marcos do Desenvolvimento Perinatal
 - 2.4.** Desenvolvimento Psicomotor
 - 2.5.** Evolução estatura-ponderal
 - 2.6.** Escolaridade
 - 2.7.** Relações sociais
 - 2.8.** Interesses pessoais
 - 2.9.** Relações amorosas
 - 2.10.** Espiritualidade
 - 2.11.** Relação familiar
 - 2.12.** Antecedentes familiares
- 3. GENOGRAMA E ECOMAPA**
- 4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL DE “N”.**
- 5. AVALIAÇÃO DO EXAME FÍSICO (Townsend, 2011)**

- 5.1. Apresentação e vestuário
 - 5.2. Higiene
 - 5.3. Postura corporal
 - 5.4. Altura e peso
 - 5.5. Nível de conforto visual
 - 5.6. Cor e textura do cabelo
 - 5.7. Evidências de cicatrizes, tatuagens ou outras marcas na pele que distingam o indivíduo
 - 5.8. Avaliação da aparência do cliente relativamente à idade cronológica
6. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (Sadock & Sadock, 2011; Trzapack & Baker, 2001)
- 6.1. Avaliação da aparência
 - 6.2. Orientação no tempo, espaço e Pessoa
 - 6.3. Interação pais-filha
 - 6.4. Fala e linguagem
 - 6.5. Humor e afeto
 - 6.6. Pensamento
 - 6.7. Cognição e memória
 - 6.8. Relações sociais
 - 6.9. Comportamento motor
 - 6.10. Julgamento e *insight*
7. CARATERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA SITUAÇÃO CLÍNICA
8. PLANO TERAPÊUTICO
- 8.1. Farmacológico
 - 8.2. Plano Terapêutico Não Farmacológico
 - 8.2.1. Plano Terapêutico por Etapas individualizado
9. PLANO DE CUIDADOS
- 9.1. Plano de Cuidados segundo a Teoria de Transições de Afaf Meleis
 - 9.2. Diagnósticos de Enfermagem Prioritários (CIPE®):
 - Alimentar-se: comprometido.
 - Humor: comprometido
 - Processo familiar: comprometido
 - Conhecimento: não demonstrado
 - Autocontrolo: ansiedade ineficaz
 - Autoestima diminuída: em grau elevado.
 - Auto-Imagem negativa

9.3. PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS DE “N”:

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Alimentar-se: comprometido	Capacidade para alimentar-se efetiva	- Ensinar sobre hábitos alimentares saudáveis. - Supervisionar a dieta antes da refeição que foi prescrita pela dietista. - Gerir ambiente durante o horário da refeição. - Supervisionar refeições e pós-refeições. - Supervisionar cumprimento de repousos, de acordo com o plano individual da “N”. - Monitorizar o peso às terças e quintas. - Promover o plano hídrico pré-estabelecido. - Esclarecer dúvidas sobre o plano alimentar instituído. - Pedir colaboração da dietista para adaptação do plano, se necessário. - Avaliar e registar o cumprimento da sua dieta prescrita. - Explicar a importância de cumprir a dieta prescrita na sua totalidade. - Promover a integração da Atividade de Culinária de acordo com o seu Plano por Etapas. - Vigiar tempo de refeição.	- A “N” cumpriu as refeições na totalidade, sem necessidade de reposição com suplementos proteicos. - Cumpre todos os repousos tal como prescrito no Plano de Etapas. - A “N” tem aceite o plano alimentar referindo que “sei que estão a fazer um plano adequado a mim, com as necessidades de vitaminas, calorias e nutrientes que eu preciso” (sic). - Foi solicitada colaboração da dietista para ajuste da dieta da “N” na diversificação e aumento do aporte calórico da “N” a pedido da mesma, com satisfação da própria.
Humor: comprometido	Regulação do humor (eutímico)	- Avaliar e monitorizar humor no turno da manhã, da tarde e da noite. - Promover aliança terapêutica com fim à possibilidade de expressão de emoções. - Explorar com a “N”, estratégias e Pessoas significativas que facilitem a expressão de emoções. - Garantir um ambiente calmo durante a relação dual, sem interferência de fatores externos (Pessoas, barulhos, dispositivos eletrónicos). - Avaliar interação da “N” na relação de pares de forma a compreender a abordagem de temas que provocam ansiedade.	- “O que eu sinto mais é ansiedade. Não é tanto pelo peso, mas por estar aqui fechada, porque eu gosto de estar na rua e a fazer atividades. Sempre fui assim.” (sic “N”). - Na Expressão Dramática refere que sente que não consegue expressar a raiva que vai acumulando. “Sou pacífica e não gosto de mostrar os meus sentimentos” (sic “N”).

		- Promover um espaço para facilitar a expressão de emoções, se a “N” desejar. - Explicar a importância da medicação em SOS em caso de ansiedade, promovendo um momento de intervenção individual no momento. - Administrar a medicação prescrita na regulação do humor. - Promover a integração das atividades terapêuticas do serviço. - Promover a integração na atividade de Terapia pela Arte: ‘Express’arte ao som das emoções’. - Trabalhar expressão de emoções com os ER. - Explicar a importância do Internamento como uma transição de recuperação do seu processo de doença atual, sendo que a felicidade que a “N” reconhece em si encontra-se no exterior, junto da família e amigos.	- Verbalizou que “uma das coisas mais importantes que eu aprendi neste internamento foi saber a diferença entre sentimento e emoção” (sic). - Expressa tristeza por estar internada e que se sente necessidade de estar ao ar livre: “Estou mais triste agora do que antes de vir para aqui” (sic “N”). - Expressa zanga porque não se considera tensa quando está com os pais: “pelo contrário. Eles fazem-me muito bem e eu sinto-me feliz. Não é justo que achem que eu me sinto mais triste quando eles vêm cá” (sic).
Processo familiar: comprometido	Processo familiar efetivo	- Conhecer a relação e dinâmica familiar de “N” e o suporte familiar durante os momentos individuais. - Encorajar a “N” a falar com os pais (pessoas importantes e de referência no suporte emocional e no processo de doença) quando sentir necessitar de ajuda. - Promover o envolvimento dos pais no processo terapêutico. - Avaliar a interação da “N” com os pais durante as chamadas telefónicas. - Proporcionar um ambiente tranquilo e seguro durante a visita dos seus pais. Utilizar mediadores de relação, se necessário. - Promover a privacidade durante as visitas familiares. - Ajudar a família a manter relações positivas. - Promover o autocuidado em casa: estabelecer limites com (quem eu sou e quem eu quero que sejam). - Explicar à “N” que a aproximação relacional da mesma com os pais durante o processo de doença é natural, mas que a qualidade da relação pode ser mantida sem que a doença seja um elo na vinculação.	- Durante o internamento a “N”. recebeu chamadas da Mãe e do Pai, com interações positivas, diariamente. - A “N” referiu que durante este percurso de doença aprendeu a “contar mais com os meus pais. Eu comecei a falar com eles quando estava aflita e eles ajudaram-me e ajudam-me muito. Mas não era assim” (sic). - A “N” teve visitas dos pais durante o internamento, começando a apresentar sinais de autonomização, conseguindo pôr limites na intrusividade da Mãe. O Pai mais tranquilo durante as reuniões. Não apresenta angústia de separação.

		- Promover uma aliança terapêutica com a mãe com objetivo de autonomização da “N”. - Realizar reuniões familiares e promover a consciencialização da ansiedade de separação da mãe.	
Conhecimento: não demonstrado	Conhecimento demonstrado	- Explicar processo terapêutico e promover disponibilidade no esclarecimento de dúvidas. - Realizar momentos de psicoeducação individual para explicar o impacto de alguns sintomas da doença na sua saúde e como encontrar estratégias para ultrapassar, através dos seus recursos internos. - Promover momentos individuais para abordar expectativas de mudança, receios e mudanças pessoais no processo de transição. - Explicar a importância de integrar todas as atividades terapêuticas integrantes do serviço de internamento.	- A “N” verbaliza que “não sabia que estava assim tão doente! Eu não sabia que estava a morrer e que estava a fazer-me tão mal. Sinto-me mal por isso. Mas já me explicaram esta doença e agora eu consigo perceber que não quero isto para mim.” (sic) - “No início foi muito difícil eu aceitar ficar aqui internada. E eu acho que não fui só eu, os meus pais também. Mas agora eu percebo que é muito importante porque estou a aprender a perceber melhor o que se passa comigo. Já tenho aprendido imenso aqui.”; “acho que o meu receio maior neste momento é a imagem corporal, porque na minha cabeça eu devia ser como aquelas modelos superelegantes e perfeitas.” (sic)
Autocontrolo: ansiedade ineficaz	Ansiedade melhorada	- Promover a apoio emocional. - Ensinar sobre ansiedade. - Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade: - Apoiar o utente e aceitar que nem todas as situações são controláveis. - Apoiar o utente a colocar a situação/problema em perspetiva (“é realmente tão mau quanto eu penso ser?”) - Assistir o utente a identificar os fatores desencadeantes da ansiedade. - Explicar a importância da manutenção de um repouso adequado. - Incentivar a técnica da respiração em momentos de crise. - Intervir em crise. - Incentivar a verbalização da ansiedade.	- Houve ajuste terapêutico ao longo do internamento. - Na Atividade do Autocuidado descreve como importante para o seu autocuidado psicológico e emocional: “ouvir música, amar-se, tratar da minha pele, ir à praia, sentir-me livre, fazer desporto, estar com os meus amigos e família” (sic).

		- Apoiar a tomada de decisão. - Promover técnicas de distração. - Promover relaxamento pelo mediador da música. - Gerir o ambiente. - Administrar medicação em SOS. - Incentivo à integração das Atividades Terapêuticas de grupo. - Incentivar integrar a atividade terapêutica do Relaxamento. - Promover o Autocuidado psicológico: Procurar ajuda quando não conseguir resolver questões que promovem o sofrimento interno. - Explicar que o seguimento do seu processo terapêutico terá seguimento por duas ER e que a confiança no seguimento do seu Plano de Cuidados está garantindo.	- A “N” não necessitou de SOS durante o internamento. - A “N” aderiu a todas as atividades terapêuticas propostas. - A “N” refere que “já sou capaz de pedir ajuda” (sic).
Autoestima diminuída: em grau elevado.	Autoestima positiva	- Monitorar as afirmações da “N” sobre a autoestima. - Dinamizar a Atividade Terapêutica de Psicoeducação: “Elevar a Autoestima”, em grupo. - Transmitir uma atitude de aceitação; encorajar a “N” a expressar-se abertamente. - Incentivar a “N” a dedicar-se ao Autocuidado. - Determinar a perceção da “N” da perda/fracasso e o seu significado. - Incentivar a “N” a procurar dar o seu melhor e a ficar orgulhoso disso, ao invés de procurar a perfeição. - Encorajar a “N” a expressar emoções menos positivas quando se sente frustrado com uma perda, de forma a não criar manifestações de frustração autodirigidas. - Encorajar a “N” a identificar seus pontos positivos. - Fornecer experiências que aumentem a autonomia da “N”, conforme apropriado. - Auxiliar no estabelecimento de metas realísticas para elevar a autoestima. - Explorar sucessos anteriores. - Explorar os motivos da autocritica ou culpa. - Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima. - Fazer afirmações positivas sobre as suas conquistas. - Promover o Projeto do “Pote do Autocuidado”.	- Autoestima é “ter confiança em nós mesmos, saber o nosso valor em todos os aspectos e ter amor-próprio” (sic) e escreve que para melhorar a sua autoestima é importante “não ligar tanto ao que os outros dizem” (sic). - Iniciou o Projeto do “Pote do Autocuidado”.

		- Promover o autocuidado psicológico: Saber dizer “não” e respeitar os próprios limites. - Promover o autocuidado em casa e na escola: Identificar projetos (desejos) ou tarefas interessantes e gratificantes.	
Auto-imagem negativa	Auto-imagem positiva	- Escutar ativamente. - Prestar apoio emocional. - Auxiliar a “N” a reavaliar suas autopercepções negativas. - Realizar Projeto do “Pote do Autocuidado”. - Promover a integração na atividade do Autocuidado. - Promover parceria dos cuidados. - Apoiar a tomada de decisão no seu processo terapêutico. - Promover a responsabilidade no seu processo de cuidados (quando possível) e valorizar a sua capacidade de escolher o que é promotor para a sua saúde. - Promover o autocuidado psicológico: Permitir que os outros conheçam diferentes aspetos de si, sem medo do que os outros pensam sobre si. - Facilitar a procura de estratégias de <i>coping</i> que lhe permite utilizar no processo de transição no regresso a casa. - Promover o autocuidado físico: Usar roupas que você gosta e que façam sentir bem a “N”. - Promover o autocuidado emocional: elogiar-se.	- A “N” revela que não gosta da sua imagem corporal quando se vê ao espelho: “Vejo a minha barriga bastante grande, mas sei que é porque acabei de comer” (sic). - A “N” consegue identificar que independentemente da sua identidade, os pais gostam dela como é: “apesar de tudo os pais estão sempre cá para nós” (sic). - “Quero ficar bem, tenho mais para oferecer; este não é o futuro que eu quero ter” (sic). - A “N” mesma participa no autocuidado pessoal da Atividade do Autocuidado, cuidando dos outros e solicitando e aceitando ser cuidada. - “Eu participei na atividade com a Psicomotricista e desenhei o meu corpo. Não me chocou. Já estava à espera. Mas ajudou-me a ter noção de como é que estou na realidade. Eu não me via gorda antes, mas percebo que quando me sinto inchada é porque comi e isso é normal.” (sic).

Interação Social: comprometida	Interação social melhorada	- Promover a integração da “N” nas atividades do serviço de internamento. - Esclarecer que o internamento é um período de transição e que os amigos são aqueles que se encontram fora do ambiente do internamento. - Promover iniciativa na integração de atividades de grupo. - Gerir expetativas e receios sobre o regresso a casa e o restabelecimento da sua relação com os amigos. - Promover o autocuidado emocional: ser assertivo. - Promover o autocuidado na escola e com amigos: Estabelecer limites (quem eu sou e quem eu quero que sejam).	- “Quando comecei a ficar doente, alguns amigos começaram a tratar-me com pena e eu não me senti bem com isso.” (sic) - A “N” destaca a importância das amizades fortes e identifica rede de suporte. - Durante o internamento a M apresentou-se uma jovem tímida e refere que se deve ao facto de não estar no seu ambiente familiar. - A “N” integrou-se em atividades recreativas entre o grupo de pares.
Sono: comprometido	Sono Adequado	- Explicar que o padrão de sono alterado é normal pela desregulação hormonal associado à desnutrição e desequilíbrio orgânico. No entanto, esta fase irá melhor conjuntamente com o seu estado nutricional. - Explicar que o padrão de sono regular é importante para o humor, para a capacidade de concentração, raciocínio, entre outros. - Explicar a importância de verbalizar quando estiver com insónia (inicial, intermédia ou final). - Promover o autocuidado físico: Promover estratégias não farmacológicas na indução do sono. - Fazer referência à médica de referência, se necessário.	- A “N” identifica que sempre dormiu pouco, mesmo antes de estar doente: “tinha de ser, para estudar. Era o tempo que eu precisava. Eu sei que é importante dormir, mas não é possível de outra forma. Aqui estou a dormir melhor porque não estou a pensar na escola (sic)”.
Eliminação intestinal: comprometida	Eliminação intestinal adequada	- Explicar que o padrão de eliminação intestinal alterado é normal pela desregulação hormonal associado à desnutrição e desequilíbrio orgânico. - Gerir o plano hídrico prescrito. - Explicar que a reintrodução alimentar pode levar a desequilíbrios no padrão intestinal (obstipação ou diarreia), e que é necessária uma reeducação alimentar adequada. - Remeter para a nutricionista quando houver dúvidas sobre o plano alimentar ou introdução de novos alimentos. - Registar diariamente o padrão de eliminação intestinal.	- A “N”. apresenta um padrão de eliminação regular.

9.4.INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NA PROMOÇÃO DA RELAÇÃO COM A “N”

9.4.1. Projeto Individual do “Pote do Autocuidado”

O objetivo do “Pote do Autocuidados” foi a elaboração de um Pote do Autocuidado, de vidro, criado em conjunto com os ER, para colocar frases ou mensagens positivas, pensamentos importantes ou estratégias que tenham surgido durante o percurso de recuperação durante o internamento, de forma que possa levar consigo e promover a sua autoestima e confiança.



Pote do Autocuidado da “N”

9.4.2. Sessão em grupo de Psicoeducação sobre a Autoestima: “Elevar a AutoEstima”

A “N” esteve sempre participativa na atividade, revelando interesse no tema. Refere que ter Autoestima é “ter confiança em nós mesmos, saber o nosso valor em todos os aspetos e ter amor-próprio” (sic) e escreve que para melhorar a sua autoestima é importante “não ligar tanto ao que os outros dizem” (sic). Refere ter gostado de ler sobre o que os outros descreveram sobre si, tendo indo de encontro às suas expetativas. Avalia a atividade com educativa e importante.



Fotografia dos balões no ar, no momento de “Elevar a AutoEstima”

9.4.3. Sessão em grupo de Cineterapia: “Lady Bird, Time to Fly”

A “N” participou ativamente na discussão do filme e transmitiu a sua mensagem de forma clara. Refere a mensagem do filme como: “Devemos agradecer por termos tudo o que temos, mesmo por coisas mínimas” (sic). O momento mais marcante foi quando a Lady Bird fez as pazes com a melhor amiga porque ela estava sempre lá e nunca se separou dela pois é uma amizade forte” (sic). Identificou-se com a Lady Bird quando “ela se olhou no espelho com o vestido justo e não se gostou de ver” e “quando ela e a mãe se divertiam e ouviam música” (sic). A parte que mais gostou foi quando a Lady Bird compreendeu o comportamento da mãe para com ela, “porque apesar de tudo os pais estão sempre cá para nós.” (sic).

Abordou os temas da comunicação, relação familiar, amizade.

9.4.4. Sessão, em grupo, do Autocuidado

A “N” participou na sessão do Autocuidado de forma ativa e interessada. Descreve como importante para o seu autocuidado: “ouvir música, amar-se, tratar da minha pele, ir à praia, sentir-me livre, fazer desporto, estar com os meus amigos e família” (sic). A mesma participou no autocuidado pessoal, cuidando dos outros e solicitando e aceitando ser cuidada. Gostou particularmente da Atividade da descrição de Autocuidado.



Para a “N” o Autocuidado é...

9.4.5. Sessão, em grupo, da Terapia pela Arte

A “N” esteve participativa e interessada na atividade. Transmite como mensagens positivas aos jovens a mensagem de Esperança e Amor. Destaca nos desenhos a importância das suas relações de amizade e família.

Descreve ter gostado mais da música a que associa o título: “Com a família tudo é alegre e uma aventura de carro” (sic).

No final reflete que “é interessante que ouvimos a mesma música e todos mostramos sentimentos e emoções muito diferentes” (sic).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

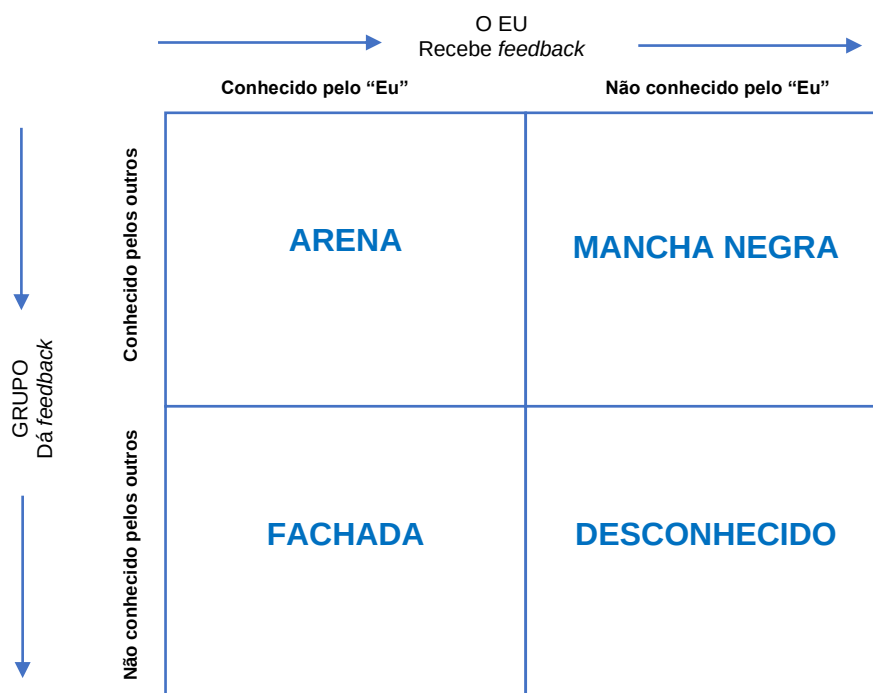
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. & Wagner, C. (2016). *NIC – Classificação das Intervenções em Enfermagem* (6.^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Buller, A. & Venter, E. (2014). Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. *Journal of Public Health*, 37(1), 143 – 150. DOI:10.1093/pubmed/ftu028
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Costa, A., Sousa, C., Seabra, P., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., . . . Alarcão, V. (março de 2021). Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review. *Sustainability*, 13(2731), 18. DOI:10.3390/su13052731
- Jensen, A., & Bonde, L. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in Public Health*, 20 (10). DOI: 10.1177/1757913918772602
- Litmanovich-Cohen, L., Yaroslavsky, A., Halevy-Yosef, L., Shilton, T., Enoch-Levy, A. & Stein, D. (2021). Post-hospitalization Daycare Treatment for Adolescents With Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 12(648842). DOI: 10.3389/fpsyt.2021.648842.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practise*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5.^a Edição ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Im, E.-O., Messias, D., & Sawyer, L. (2000). Experience Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Obtido em 17 de agosto de 2021, de www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory
- Morton, L., Ferguson, M. & Baty, F. (2015). Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*, 129(3), 286-289. Doi:https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.011
- Nabais, A. & Nunes, C. (2020). 14.5 A Criança e o Jovem com Problemas de Saúde Mental. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 264-271). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427 – 21430. Obtido

em 03 de dezembro de 2021, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>

- Rogers, C., & Kinget, G. (1969). *Psychothérapie et relations humaines Théorie et pratique de la thérapie non directive: Exposé général*. (4.^a ed., Vol. 1). Montréal: Intitut de recherches psychologiques.
- Sadock, B. & Sadock V. (2011). *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e Adolescência de Kaplan & Sadock*. Porto: Artmed.
- Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coord), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 116-118). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Schaffer, H. (2007). *Key concepts in developmental psychology*. London: Sage.
- Shaffer, D & Kipp, K. (2014). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Slater, A. & Bremner, G. (2017). *An introduction to developmental psychology*. London: John Wiley & Sons.
- Schmidt, U., Startup, H., Treasure, J. (2019). *A cognitive interpersonal therapy workbook for treating anorexia nervosa*. Abingdon: Routledge.
- Spear, X. (2013). Adolescente neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*. 52(S7-S13). DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.006
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., ..., & Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International journal of environmental research and public health*, 17 (11), 4065. DOI: [10.3390/ijerph17114065](https://doi.org/10.3390/ijerph17114065).
- Tourinho, A., Feixas, G., Medina, J., Paz, C. & Evans, C. (2021). Effectiveness of integrated treatment for eating disorders in Spain protocol for a multicentre, naturalistic, observational study. *BMJ Open*. 11(e043152). DOI:10.1136/bmjopen-2020-043152.
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6^a ed.). Loures: Lusociências.
- Trzapack, P., & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climpesi Editora.
- Wittek et al. (2021). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRa) - a study protocol for a multi-center cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 9(33), 1-12. DOI: 10.1186/s40337-021-00387-8.
- World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: A summary report*. WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastrich. Geneva: World Health Organization. Obtido em 16 de junho de 2021, de https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

APÊNDICE 8 – Esquema Ilustrativo da Janela de *Johari*

APÊNDICE 8 – Esquema ilustrativo da Janela de *Johari*



Esquema ilustrativo da Janela de *Johari* (Guerra, Lima & Torres, 2014):

- ➔ Arena: “espaço que se caracteriza pela troca livre e aberta de informações entre o eu e os outros – aqui o comportamento é público e disponível a todos” (Fritzen, 1985, p.10 *in* Guerra, Lima & Torres, 2014)
- ➔ Fachada: “inclui tudo o que o sujeito sabe de si, mas que propositadamente não deixa o grupo conhecer. (...) A imagem que a pessoa transmite de si é filtrada conscientemente, ocultando aspetos que não quer que sejam conhecidos, quer com medo de críticas que com medo de rejeição” (p. 35).
- ➔ Mancha Negra: “é o outro quadrante que contém as interações e os comportamentos do sujeito, sobre os quais ele não está ciente mas que são apercebidos pelos outros. (...) A pessoa trai-se a si própria através dos seus comportamentos e verbalizações” (p.36).
- ➔ Desconhecido: não é conhecido nem por si nem pelos outros. “Remete para aspetos motivacionais do inconsciente” (p. 36).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Guerra, M., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos de Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

APÊNDICE 9 – Quadro de Desenvolvimento de Competências

APÊNDICE 9 – Quadro de Desenvolvimento de Competências

Competências de EE SMP (OE, 2018b)	Competências de EE (OE, 2018a)	Competências de Mestre (Decreto-Lei 65/2018, Série I — N.º 157, 2018; DGES, 2022)	Atividades desenvolvidas
F1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	1 — Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde. 2 — 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.	- Identificação de sentimentos e emoções, valores e outros fatores pessoais e/ou circunstanciais que possam interferir com o estabelecimento de relação terapêutica com os adolescentes e/ou famílias, com partilha com Enfermeiros Orientadores; - Identificação e gestão de fenómenos de resistência, impasses ou mecanismos de defesa, assim como fenómenos de transferência e contratransferência, através de Jornais de Aprendizagem, utilizando o modelo reflexivo do Ciclo de Gibbs; - Monitorização das reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico. - Promoção da iniciativa na solicitação de orientação clínica; - Criação de reuniões regulares para requerer <i>feedback</i> com Enfermeiro Orientador e Professor Orientador. - Estabelecimento de momentos de autoavaliação para monitorização da evolução. - Compreensão e integração do princípio da Vulnerabilidade na relação.

F2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da SM	B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade C — Domínio da gestão dos cuidados	2 – 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	- Pesquisa dos valores e missão do serviço de internamento e da comunidade para realizar uma avaliação geral das necessidades em SM do Cliente/Família. - Pesquisa e consulta dos protocolos dos serviço e consulta de documentação existente no local; - Identificação das necessidades psicoeducacionais, emocionais e sociais das crianças e adolescentes para enquadramento da temática a realizar em âmbito de Projeto de Estágio. - Consulta dos processos clínicos das crianças e adolescentes e avaliação inicial de Enfermagem nos diferentes locais de Estágio. - Integração de um modelo teórico de Enfermagem que permite uma avaliação sistemática e compreensiva dos processos de transição e abordagem dos recursos internos do cliente/família. - Realização da avaliação inicial através da entrevista, ao adolescente. - Observação da dinâmica de ambos os serviços, em ambos os locais de Estágio. - Realização e participação ativa em grupos terapêuticos em diferentes contextos de Estágio. - Integração da Teoria de Transições na compreensão das respostas desajustadas ao processo de transição gerador de doença mental. - Integração da Teoria de Transições no desenvolvimento de estratégias de adaptação e recursos internos e externos necessários à mudança. - Garantia da parceria de cuidados. - Observação das crianças/adolescentes/pais na interação com os pares e profissionais de Saúde, nos diferentes locais de Estágio.
---	--	--	--

F2 — Assiste a
pessoa ao longo do
ciclo de vida, família,
grupos e comunidade
na otimização da SM

(continuação)

- Participação em pelo menos uma reunião semanal de equipa, na discussão da evolução clínica das crianças/adolescentes/famílias nos diferentes serviços.
- Participação nas dinâmicas realizadas pela Equipa de Enfermagem no serviço de internamento: Cineterapia, Avaliação semanal, Psicoeducação, Dança e Movimento, Culinária, Autocuidado, Expressão Dramática, Terapia pela arte.
- Realização de cartas de alta como preparação para a alta, no serviço da Pedopsiquiatria.
- Realização de follow-up a partir de teleconsulta, na Enfermagem de Ligação.
- Identificação das intervenções específicas do Enfermeiro de Ligação na Ligação Interna enquanto gestor de cuidados de Enfermagem especializados no acompanhamento de Pessoas com problemas emocionais.
- do Enfermeiro de Ligação na Ligação Interna enquanto gestor de –
Intervenção do Enfermeiro de Ligação na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão com os pares, seja na formação, no seu *setting* de intervenção, na motivação, capacitação e sensibilização para a compreensão da dimensão emocional causada pela doença.
- Desenvolvimento de dinâmicas de grupo com crianças que promovem e protegem a saúde mental e prevenção da perturbação mental em contexto de comunidade.

F3 — 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	A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	1 – a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; 2 – 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 2 – e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.	- Realização de um estudo de caso através da metodologia de Gestão de Caso no serviço de internamento, com levantamento de diagnósticos de Enfermagem segundo CIPE (linguagem utilizada no Internamento). - Gestão do regime medicamentoso dos adolescentes no serviço de internamento para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade. - Realização de Planos de Cuidados segundo a linguagem CIPE a partir do sistema utilizado nos serviços. - Coordenação da transição de doentes e famílias através do follow-up realizado no contexto da Ligação Externa de forma a garantir a continuidade e desenvolvimento de práticas de qualidade ao Adolescente e família. - Promoção de um ambiente terapêutico e seguro. - Participação na gestão do risco ao nível institucional ao nível do risco de suicídio. - Prevenção de riscos ambientais em todos os campos de Estágio. - Negociação dos recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade através da Enfermagem de Ligação Interna. - Realizar Consultas de Saúde Mental na comunidade de forma a aumentar e manter as competências e capacidades das famílias e clientes, diminuindo o risco de desenvolvimento de perturbação mental; manter e promover a integração familiar e social e profissional, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias. - Garantia da parceira de cuidados.
---	--	--	---

F4 – 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	B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	1 – a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; 2 – 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 2 – e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.	- Garantia da Parceira de cuidados. - Promoção de um ambiente terapêutico e seguro. - Participação nas dinâmicas diárias realizadas pela Equipa de Enfermagem, nomeadamente a Cinesioterapia, Avaliação semanal, Psicoeducação, Dança e Movimento, Culinária, Autocuidado, Expressão Dramática, Terapia pela Arte, no serviço de internamento. - Implementação do Projeto (baseado numa praxis clínica especializada): “Intervenções não farmacológicas na Prevenção da doença mental em Adolescentes” em função das necessidades identificadas nos adolescentes, no serviço de internamento e com recurso a intervenções psicoterapêuticas que melhor se adaptem à condição clínica do Adolescente. - Utilização de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. - Avaliação das sessões do Projeto implementado, no serviço da Pedopsiquiatria através da narrativa. - Adaptação das sessões e resultados esperados, em função de novas necessidades, no serviço da Pedopsiquiatria. - Fomento da sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural, através da integração e adaptação das sessões a adolescentes provenientes de outros países e culturas. - Realização de intervenções em relação dual em situação de crise. - Levantamento das necessidades sociais e emocionais dos adolescentes para a sua nova transição. - Realização de registos de Enfermagem. - Realização de cartas de alta, no serviço da Pedopsiquiatria.
---	--	---	--

F4 – 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 (continuação)			- Participação nas dinâmicas de grupo da comunidade enquanto co-terapeuta com o grupo de pais, de forma a aumentar o <i>insight</i> dos mesmos, permitindo elaborar novas razões para o problema. - Fomento da sensibilidade e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, através da integração e adaptação das sessões aos pais e crianças provenientes de outras culturas. - Participação nas consultas de Enfermagem de SM dirigidas à família das crianças e adolescentes, na Clínica da Encarnação. - Realização de intervenções em grupo com pais na comunidade. - Realização de intervenções em grupo com crianças, na comunidade. - Realização de registos de Enfermagem. - Promoção da reabilitação psicossocial dos adolescentes, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais através das intervenções da Ligação Externa. - Identificação dos fatores facilitadores e dificultadores na gestão do processo de transição para a promoção da SM e reforço das estratégias de <i>coping</i>.
--	--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Decreto-Lei 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). *Graus Académicos do Ensino Superior, Artigo 15*. Diário da República Eletrónico: Série I — N.º 157. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26/2019, de 2019-02-06), 4744-4750. Obtido em 14 de novembro de 2021, de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (N.º 151/2018, de 2018-08-07), 21427 – 21430. Obtido em 03 de dezembro de 2021, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>