

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

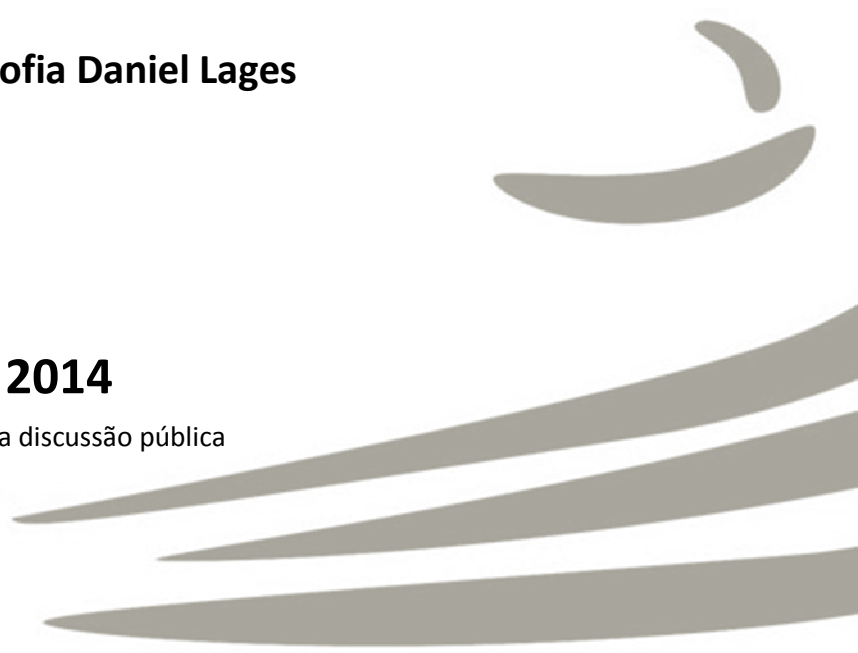
#### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# **Processo de Diagnóstico em Enfermagem de Saúde Mental da Infância e Adolescência: Análise da Linguagem Clínica mobilizada por Enfermeiros numa UIPIA**

**Vanessa Sofia Daniel Lages**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**Processo de Diagnóstico em Enfermagem de  
Saúde Mental da Infância e Adolescência: Análise  
da Linguagem Clínica mobilizada por Enfermeiros  
numa UIPIA**

**Vanessa Sofia Daniel Lages**

**António Jorge Soares Antunes Nabais**

**2014**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey brushstroke-like shapes that sweep upwards and to the right.

“O terapeuta, vale mais pelo que é, do que pelo que sabe, dizia o meu mestre (...)”

(Santos, 2007, p.244)

*“Buen Camino”*

Especialmente, aos enfermeiros António Nabais, Ricardo Rodrigues, Margarida Pereira, Mónica Pereira (CHLC), Renato Pinto, Lara Lemos (ULSM) e Elizabete Nunes (CHC)...

À minha irmã, Marta Lages, restante família e amigos que me apoiam, acompanham e a cada momento me mostram o quão bom é viver, e viver na sua presença...

Aos adolescentes que fizeram parte deste relatório e a todos os outros...

... que se cruzaram no meu caminho e que o transformaram. Aos que, desse modo, possibilitaram que me encontrasse comigo mesma, sendo eu mesma, embora de uma forma mais consciente daquilo que sou enquanto pessoa e profissional.

... estes são e continuarão a ser os meus mestres. Seres inacabados, embora com grande potencial para se continuarem a desenvolver... os mestres que absorvi nas partes que constituem todo o meu ser... o ser que também continuo a procurar construir. Pois, o fim é sempre um início...

## Lista de Siglas

<b>AAP</b>	Associação Americana de Psiquiatria/ <i>American Psychiatric Association</i>
<b>ACS</b>	Alto Comissariado da Saúde
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>CE</b>	Conselho de Enfermagem
<b>CHLC</b>	Centro Hospitalar de Lisboa Central
<b>CIE</b>	Conselho Internacional de Enfermeiros/ <i>International Council of Nurses</i>
<b>CIPE®</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CMESMP</b>	Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
<b>CNSM</b>	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
<b>CPCJ</b>	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
<b>CPLEE</b>	Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
<b>ECG</b>	Enfermeiros de Cuidados Gerais
<b>EESM</b>	Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
<b>EPEM</b>	Exame Psiquiátrico do Estado Mental
<b>GF</b>	Grupo Focal/ <i>Focus Group</i>
<b>HDE</b>	Hospital Dona Estefânia
<b>HML</b>	Hospital de Magalhães Lemos
<b>NANDA</b>	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem/ <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
<b>NEA</b>	Notas de Enfermagem na Admissão
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde/ <i>World Health Organization</i>
<b>PQCE</b>	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
<b>RT</b>	Relação Terapêutica
<b>SIE</b>	Sistemas de Informação em Enfermagem
<b>SIS</b>	Sistemas de Informação em Saúde
<b>UE</b>	Unidades de Enumeração
<b>UIPIA</b>	Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência
<b>ULSM</b>	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
<b>UR</b>	Unidades de Registo

## Resumo

O projeto de estágio foi desenvolvido a partir das inconsistências sentidas, ao nível da prática de cuidados, no que respeita a documentação de enfermagem produzida na Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC). Inconsistências, essas, com repercussões na continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao cliente, no processo de tomada de decisão, gestão, formação e investigação. Tornou-se emergente que os sistemas de informação em saúde, do CHLC, integrassem os dados relativos aos cuidados de enfermagem dessa unidade, de modo a organizá-los. Assim, analisou-se a informação clínica que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam durante o processo de diagnóstico, estabelecendo-se os seguintes objetivos específicos: caracterizar a informação obtida durante a apreciação clínica do cliente; identificar os diagnósticos de enfermagem documentados nas notas de enfermagem; categorizar os diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>); e, identificar o modelo conceptual de enfermagem em uso.

Optou-se pelo método de investigação qualitativa, tipo estudo de caso. Para a recolha de dados recorreu-se: à análise documental, da documentação de enfermagem, e a um grupo focal. Este, objetivou a identificação do modelo conceptual em uso, que se verificou ser alusivo à teoria de Hildegard Peplau. Quanto à apreciação inicial, obteve-se um conjunto de termos referentes aos dados gerais, subjetivos e objetivos, documentados sobre o cliente, verificando-se que os enfermeiros tendem a valorizar esse momento como fundador da relação terapêutica. Dos dados das notas de enfermagem, chegou-se a uma lista representativa dos diagnósticos de enfermagem sensíveis à área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência.

O estágio foi fundamental para o desenvolvimento profissional e pessoal, onde o processo interpessoal foi central.

Palavras-chave: psiquiatria da infância e adolescência; sistemas de informação em enfermagem; classificação internacional para a prática de enfermagem; processo de diagnóstico; modelos conceptuais em enfermagem.

## **Abstract**

*The internship project was developed from the perceived inconsistencies in the nursing documentation produced in the “Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência” (UIPIA) of the “Centro Hospitalar de Lisboa Central” (CHLC). These inconsistencies affect the continuity and quality of the nursing care provided to the client, which in turn has repercussions in the decision-making, managing, formation and investigation. To address this issue it is important that the CHLC health information systems integrate the nursing data from this unit, in order to organize them. Thus, it was analyzed the clinical information that UIPIA nurses documented during the diagnostic process, establishing the following specific objectives: characterize the information obtained during the clinical assessment of the client; identify the nursing diagnoses documented in the nursing notes; categorize the identified nursing diagnoses according to the International Classification for Nursing Practice (ICNP®); and identify the conceptual model in use by nurses.*

*Qualitative research methodology was chosen (case study type). In order to acquire data it was used: documentary analysis of nursing documentation and a focus group. The focus group aimed to identify the conceptual model in use, which was found to be alluding to the theory of Hildegard Peplau. For the initial assessment, it was obtained a set of terms allusive to the general data, subjective and objective, documented about the client. It was verified that nurses tend to appreciate the initial assessment as the therapeutic relationship foundation. From the nursing notes, a representative list of nursing diagnoses sensitive to child and adolescent mental health and psychiatry was obtained.*

*The internship was critical to the professional and personal development, where the interpersonal process was central.*

*Keywords: child and adolescent psychiatry; nursing information systems; international classification for nursing practice; diagnostic process; conceptual models of nursing.*

# Índice

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>- PARTE I -</b>	
<b>1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO</b>	15
<b>1.1. Do caos à construção da problemática: definição dos seus conceitos centrais</b>	15
1.1.1. Justificação do estudo: contextualização no estágio realizado na UIPIA, do CHLC	17
1.1.2. Finalidade do estudo	19
<b>1.2. Quadro teórico do estudo</b>	21
1.2.1. Do processo de diagnóstico aos diagnósticos de enfermagem	21
1.2.1.1. O processo de diagnóstico integrado no processo de enfermagem	21
1.2.1.2. Apreciação inicial: a primeira fase do processo de diagnóstico	22
1.2.1.3. O exame psiquiátrico do estado mental integrado na apreciação inicial	23
1.2.1.4. Identificação dos diagnósticos de enfermagem	24
1.2.2. Uso de uma linguagem de enfermagem classificada	25
1.2.2.1. Introdução ao “CIPÊs”: perspectiva histórica	25
1.2.2.2. Visão, objetivos e vantagens da CIPE®	26
1.2.2.3. Composição dos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®, versão beta 2	27
1.2.3. Modelos conceptuais em enfermagem: realidade da UIPIA, do CHLC	28
1.2.3.1. Modelos conceptuais em enfermagem: abordagem geral	29
1.2.3.2. Os quatro conceitos do metaparadigma da enfermagem	30
1.2.3.3. Escolas de pensamento em enfermagem	31

<b>2. METODOLOGIA</b>	35
<b>2.1. Objetivos</b>	36
<b>2.2. Tipo de estudo</b>	36
<b>2.3. População e amostra</b>	38
<b>2.4. Instrumentos de recolha de dados</b>	41
2.4.1. Grupo Focal: raízes históricas	41
2.4.1.1. Grupo Focal dirigido à equipa de enfermagem da UIPIA, do CHLC	43
2.4.2. Análise documental da documentação de enfermagem resultante do processo de diagnóstico do cliente	45
<b>2.5. Procedimentos de tratamento e análise dos dados</b>	46
<b>3. RESULTADOS DO ESTUDO</b>	47
<b>3.1. Análise de conteúdo do grupo focal</b>	47
3.1.1. Discussão dos resultados da análise de conteúdo do grupo focal	47
3.1.1.1. Dimensão I - Pessoa	47
3.1.1.2. Dimensão II - Saúde	49
3.1.1.3. Dimensão III - Ambiente	52
3.1.1.4. Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem	52
3.1.2. Conclusões da análise de conteúdo do grupo focal	68
<b>3.2. Análise de conteúdo da documentação de enfermagem</b>	72
3.2.1. Discussão e conclusões da análise de conteúdo dos dados da apreciação inicial	73
3.2.2. Discussão e conclusões da análise de conteúdo dos dados das notas de enfermagem	80
<b>- PARTE II -</b>	
<b>4. RELATÓRIO DE ESTÁGIO</b>	90
<b>4.1. Estágio Hospitalar – UIPIA</b>	90
4.1.1. Objetivos	90
4.1.2. Percurso de desenvolvimento das competências do EESM	92
<b>4.2. Estágio Comunitário - Clínica do Parque</b>	100
4.2.1. Objetivos	100
4.2.2. Percurso de desenvolvimento das competências do EESM	102

### - PARTE III -

<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	112
<b>6. CONCLUSÕES</b>	114
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	119
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental ( <i>in OE</i> )	129
Anexo 2 Impresso “Auditoria clínica e/ou projetos de auditoria da qualidade”	139
Anexo 3 Esquema “Fenómenos de Enfermagem” da CIPE <sup>®</sup> , versão beta 2 ( <i>in CIE</i> )	141
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice 1 Cartaz de divulgação do grupo focal	144
Apêndice 2 Guião do grupo focal (apenas em CD-ROM)	146
Apêndice 3 Transcrição do grupo focal (apenas em CD-ROM)	148
Apêndice 4 Quadro da análise de conteúdo do grupo focal (apenas em CD-ROM)	196
Apêndice 5 Discussão completa dos resultados da análise de conteúdo do grupo focal – quatro metaparadigmas de enfermagem (apenas em CD-ROM)	226
Apêndice 6 Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso “Notas de Enfermagem na Admissão” (apenas em CD-ROM)	267
Apêndice 7 Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem” (apenas em CD-ROM)	275
Apêndice 8 Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem”: dados não enquadrados nos termos da CIPE <sup>®</sup> (apenas em CD-ROM)	304
Apêndice 9 Genograma do L. - estudo de caso realizado no estágio de âmbito hospitalar na UIPIA (apenas em CD-ROM)	310

## Índice de Figuras

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Referencial evolutivo das versões da CIPE <sup>®</sup> .	26
<b>Figura 2.</b> Eixos da classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE <sup>®</sup> , versão beta 2.	27

## Índice de Tabelas

	Pág.
<b>Tabela 1.</b> Caraterização da amostra dos enfermeiros que participaram no GF, quanto à categoria profissional e os anos de exercício de enfermagem, na UIPIA, do CHLC.	39
<b>Tabela 2.</b> Caraterização dos clientes internados na UIPIA, do CHLC, entre o período de 01/10/2012 a 07/10/2012.	40
<b>Tabela 3.</b> Categorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão I: Pessoa.	47
<b>Tabela 4.</b> Categorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão II: Saúde.	49
<b>Tabela 5.</b> Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Processo de Enfermagem.	53
<b>Tabela 6.</b> Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Fenómenos da Relação Terapêutica.	57
<b>Tabela 7.</b> Categoria da análise de conteúdo do GF, referente à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Ética e Deontologia Profissional.	64
<b>Tabela 8.</b> Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Continuidade dos Cuidados.	65
<b>Tabela 9.</b> Categorização dos “Dados Gerais” referentes ao impresso “NEA”.	74
<b>Tabela 10.</b> Categorização dos “Dados Subjetivos” e “Dados Objetivos” referentes ao impresso “NEA”.	76
<b>Tabela 11.</b> Categorização dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem”.	81
<b>Tabela 12.</b> Representação dos eixos da classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE <sup>®</sup> , versão beta 2, nos dados das notas de enfermagem.	83
<b>Tabela 13.</b> Categorização dos dados não enquadrados nos termos da CIPE <sup>®</sup> .	87

## INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre e do plano curricular do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE), na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e integra o desenvolvimento de um projeto/relatório de estágio. Sobre o estágio importa evidenciar que teve como principal finalidade a aquisição e o desenvolvimento das quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM)<sup>1</sup>, a um nível de «iniciado»<sup>2</sup>. De acordo com a matriz para análise do plano de estudos do CPLEE de Saúde Mental e Psiquiatria (OE, 2011), o estágio realizou-se em dois contextos específicos da prática clínica. Um de âmbito hospitalar - na UIPIA, e o outro de âmbito comunitário - na Clínica do Parque. Ambos, inseridos na Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do CHLC. No sentido de se adquirir competências relacionadas com a área específica em que se desenvolveu o projeto de estágio, salienta-se que, numa fase inicial, o estágio de âmbito hospitalar contemplou, também, o Serviço de Urologia, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

A seleção dos locais de estágio teve por base o próprio projeto individual, que se encontra profundamente relacionado com o meu percurso profissional e pessoal na UIPIA, do CHLC, onde exerço funções de enfermagem há cerca de cinco anos. Situando-me no nível de «competente»<sup>3</sup>, considero que a minha afirmação como enfermeira na área de saúde mental e psiquiatria era ainda pouco consistente. Desde o curso de licenciatura que comecei a interessar-me, tanto pela área de saúde mental e psiquiatria como de saúde infantil e pediatria, e ainda que as tivesse encontrado na UIPIA, assumir uma significava abdicar de parte da outra. Talvez essa ambivalência tenha determinado o desenvolvimento de uma atitude mais crítica face aos cuidados de enfermagem desenvolvidos nessa unidade de cuidados.

---

<sup>1</sup> Conforme o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental” (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010a), em Anexo 1.

<sup>2</sup> Segundo o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado à prática de enfermagem por Patrícia Benner (Benner, 2001).

<sup>3</sup> De acordo com o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner (Benner, 2001).

Entre as inquietações sentidas salientam-se as inconsistências da documentação de enfermagem produzida na UIPIA, do CHLC. Segundo a associação pública representativa dos enfermeiros, em Portugal, “a “Informação de Enfermagem” é importante para (...) as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (...), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007a, p.1). Tendo estas áreas uma relação estreita com a documentação de enfermagem, encontravam-se, da mesma forma, comprometidas no contexto da UIPIA, do CHLC, com prejuízo da visibilidade atribuída aos cuidados de enfermagem aí desenvolvidos. Sequeira (2006) estende esta realidade à documentação de enfermagem que é produzida no âmbito da saúde mental, ao referir que ainda não se encontra no mesmo nível de equidade comparativamente com outras áreas de cuidados, sendo essa “certamente uma manifestação que determina os quadrantes regentes dos motivos de trabalho” (p.11).

Constituindo os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) uma disciplina da informática da saúde, que objetiva a organização, a gestão e o tratamento dos dados que são recolhidos no âmbito da prestação de cuidados, nos vários campos da saúde (Silva, 2006, citando Mandil, 1991 e Goossen, 2000a), tornou-se imperativo que os SIS, do CHLC, integrassem os dados relativos aos cuidados de enfermagem realizados na UIPIA. Assim, centrou-se o projeto de estágio nessa área que tem assumido, cada vez mais, a sua importância no programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem<sup>4</sup> (PQCE). A metodologia do projeto objetivou analisar a informação clínica que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam durante o processo de diagnóstico que elaboram sobre o cliente. Para isso, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: (i) caracterizar a informação obtida durante a apreciação clínica do cliente; (ii) identificar os diagnósticos de enfermagem documentados nas notas de enfermagem; (iii) categorizar os diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com a CIPE<sup>®</sup>; e, (iv) identificar o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros na UIPIA, do CHLC. A par deste estudo, uma colega de equipa procurou analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros

---

<sup>4</sup> Este “visa promover (...) a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2010b, par.1).

ros da UIPIA, do CHLC<sup>5</sup>; motivo pelo qual me centrei apenas na primeira fase do processo de enfermagem. A nomenclatura comum em enfermagem adotada foi a CIPE<sup>®</sup>, por a OE a considerar como um referencial de linguagem nos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE)<sup>6</sup>. Das diferentes versões da CIPE<sup>®</sup>, optou-se pela beta 2, uma vez que a fase de análise dos dados, decorrente do presente estudo, incorreu com o início do projeto hospitalar que integrei, de inclusão da CIPE<sup>®</sup> nos SIS do CHLC, no qual foi determinado o uso dessa versão. Optou-se pelo método de investigação qualitativa, tipo estudo de caso. Como instrumentos de recolha de dados, recorreu-se à análise documental da documentação de enfermagem, referente ao processo de diagnóstico do cliente<sup>7</sup>; e à realização de um Grupo Focal (GF), dirigido à equipa de enfermagem da UIPIA, do CHLC, no sentido de se encontrar o modelo conceptual orientador da sua prática clínica.

O interesse aliado à necessidade de desenvolvimento deste projeto na UIPIA, do CHLC, justifica a opção pela realização do estágio nesse contexto. O estágio na Clínica do Parque surgiu da necessidade em desenvolver as competências psicoterapêuticas<sup>8</sup> do EESM de âmbito comunitário, pela possibilidade de integrar um grupo terapêutico, fechado, destinado à população em idade pediátrica.

Por fim, o relatório encontra-se estruturado em três partes, sendo que na primeira parte apresenta-se o projeto de estágio, com o enquadramento do projeto de estágio, a metodologia e os resultados do estudo (respetivamente, no primeiro, segundo e terceiro capítulos). Na segunda parte, e quarto capítulo, surge o relatório de estágio, no qual descrevo, reflexivamente, o meu percurso no contexto hospitalar e comunitário. Na terceira, e última parte, abordam-se as considerações éticas e as conclusões deste relatório.

---

<sup>5</sup> O estudo intitula-se de “A Linguagem Clínica convocada pelos Enfermeiros nas Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental da Infância e Adolescência”, sendo da autoria da enfermeira Ana Margarida Esteves Pereira.

<sup>6</sup> Estes constituem parte dos SIS (Silva, 2006).

<sup>7</sup> Utilizar-se-á o termo cliente para designar “os indivíduos, famílias e comunidades que recebem cuidados de Enfermagem” (Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE, 2009, p.9).

<sup>8</sup> Permitem “estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (OE, 2010a, p.1).

## **- PARTE I -**

### **1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO**

#### **1.1. Do caos à construção da problemática: definição dos seus conceitos centrais**

A documentação resultante do processo de prestação de cuidados de enfermagem tem vindo a revelar-se como objeto de preocupação e reflexão, motivando o debate entre os enfermeiros (Simões e Simões, 2007). Não se tratando de uma problemática com origem recente, o tema apresenta contornos tão antigos como quantos anos tem a profissão de enfermagem. Os relatos da vida e obra de Florence Nightingale, considerada por muitos autores como a precursora da enfermagem moderna, testemunham esse percurso ao revelarem que, no passado século XIX, já se debruçava sobre a importância de “documentar os achados sobre o [cliente] e sobre a prestação de cuidados (trad. do autor)” (Goosen, 2000, p.16). Ao considerar a documentação escrita como de grande relevância, Nightingale elaborou várias críticas à falta de informação sobre o cliente, solicitando descrições claras da sua evolução e da avaliação dos resultados esperados. Desse modo, ambicionava não só aferir a qualidade dos cuidados, de forma a melhorar as suas áreas deficitárias (Martins et al., 2008), como, também, encontrar os elementos específicos da enfermagem que, até então, considerava desconhecidos (Furtado e Nóbrega, 2007).

Não sendo estanque, a prestação de cuidados de enfermagem tem acompanhado o percurso evolutivo da própria profissão, assistindo-se à transição de uma lógica inicialmente executiva, para uma lógica cada vez mais conceptual (Silva, 1995, 2006). De um ponto de vista mais conceptual, paralelo ao processo de questionamento dos conhecimentos específicos da enfermagem, dos seus conceitos, significados e uso desses conceitos na prática (Furtado e Nóbrega, 2007), os horizontes dos aspetos a documentar têm sido alargados, tanto pela natureza do documentado sobre o cliente, como pelo valor da informação enquanto suporte para a tomada de decisão, no sentido da continuidade de cuidados (Silva, 2006).

Atualmente a documentação, ou registros de enfermagem, são “insubstituíveis no dia a dia de qualquer enfermeiro” (Martins et al., 2008, p.53, citando Rodrigues, 2005). A documentação de enfermagem caracteriza-se por “algo escrito ou impresso no processo clínico (...) uma comunicação (...) legal (...), que inclui informações sobre os cuidados de saúde prestados a um dado [cliente]” (Perry & Potter, 2006, p.118). A sua definição surge, também, enunciada num procedimento multissetorial aprovado pelo Conselho de Administração do CHLC, como:

[um] conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se reúnem as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão, e implementação pelo enfermeiro (...) e de toda a informação necessária para a continuidade de cuidados (Rodrigues et al., 2009, p.2).

Apesar de ser consensual a importância que a informação sobre o cliente tem para a disciplina de enfermagem, nem sempre o registo do processo de tomada de decisão é eficaz, existindo uma lacuna entre o processo de decisão que ocorre enquanto interagimos com o cliente e a sua descrição na documentação de enfermagem. Com frequência, esta não reflete os cuidados que foram prestados e impossibilita o planeamento de cuidados a prestar, não cumprindo a função de elo de ligação ou de meio de comunicação intra e inter-equipa (Simões e Simões, 2007). O registo dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente nem sempre se refere aos problemas que os enfermeiros identificam, planeiam, implementam e avaliam, segundo uma linguagem comum (Lima e Nóbrega, 2009).

Surgindo como um dos grandes obstáculos no que diz respeito à documentação de enfermagem, a ausência de uma nomenclatura comum “dificulta a identificação [dos] termos necessários para classificar e nomear a prática de enfermagem” (Accioly, Andrade, Costa, Nóbrega e Oliveira, 2012, p.330). Esta problemática pode ser melhor compreendida se considerarmos que, se não se conseguir nomear um determinado fenómeno, então muito menos o podemos “controlar, praticar, pesquisar, ensinar, financiar ou colocar numa política pública (trad. do autor)” (Jones, Keenan, Lunney & Moorhead, 2011, citando Clark & Lang, 1991, p.253). A documentação de enfermagem acarreta, assim, um campo alargado de funcionalidades “que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade de cui-

dados (...), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007a, p.1). A par disso, sendo os registos a base de toda a metodologia de trabalho em enfermagem, são também importantes para que os enfermeiros consigam dar visibilidade ao seu desempenho e reforçar a sua autonomia, bem como a sua responsabilidade profissional (Martins et al., 2008, citando Dias et al., 2001). A ausência de um vocabulário comum em enfermagem inviabiliza, igualmente, o estudo do impacto dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde das populações (OE, 2007a).

Não obstante de tais reconhecimentos, outras inconsistências sobre os registos de enfermagem se encontram descritas na literatura. Entre elas, o facto de estes se apresentarem de forma inconsciente, repetida e, sobretudo, centrada nas necessidades biológicas do cliente, não objetivando a sua situação clínica (Lima e Nóbrega, 2009, citando Paula e Santos, 2003). Ao serem constituídos por narrações livres do processo de cuidados, são pouco estruturados e apresentam uma reduzida orientação cronológica, não sendo possível extrair conhecimento da experiência que é documentada. Falta-lhe conteúdo. Também, o elevado tempo despendido a produzir a documentação é motivo de insatisfação por parte dos enfermeiros (Silva, 1995, 2006), tornando-se, assim, urgente “melhorar a utilidade dos registos de enfermagem” (Silva, 2006, p.36).

#### 1.1.1. Justificação do estudo: contextualização no estágio realizado na UIPIA, do CHLC

A psiquiatria da infância e adolescência consiste numa “especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área de saúde mental à população de idade pediátrica” (Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS e Coordenação Nacional para a Saúde Mental - CNSM, 2012, p.13). O seu campo de ação abrange um espectro alargado de atividades, que integram os níveis de prevenção primária, secundária e terciária (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2005), “no sentido da defesa da saúde e prevenção da doença, [do] diagnóstico (...) e tratamento precoce” (Coimbra de Matos, 2012, p.121). Dessas atividades, tendo como quadro de referência o contexto em que a UIPIA, do CHLC, se insere,

destacam-se aquelas que englobam estratégias de intervenção precoce, para os que manifestam os primeiros sinais de perturbação, assim como a avaliação diagnóstica e tratamento, daqueles que apresentam uma perturbação estabelecida (OMS, 2005). Enquadrada nessa lógica, a referida unidade, destina-se ao internamento, a tempo completo, de crianças e adolescentes, até aos dezoito anos (exclusive) “com situações psicopatológicas agudas ou subagudas (...) com exclusão das situações de toxicod dependência e delinquência” (Ferreira, 2010, p.5) como causas principais.

A sua especificidade e simultânea complexidade, assim como, possivelmente, pelo facto de existirem, em Portugal, apenas dois internamentos, sediados em Lisboa<sup>9</sup> e no Porto<sup>10</sup>, capazes de lhe dar resposta, parece impulsionar a existência de lacunas na documentação que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, produzem. Esta circunstância parece se exacerbar pelo facto de a natureza dos cuidados prestados ao cliente se centrar, sobretudo, na relação terapêutica (RT) - “a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece” (Townsend, 2011, p.120), o que alarga o campo dos aspetos a documentar.

A grande diversidade de quadros psicopatológicos, que podem existir durante a infância e adolescência, exige uma elevada diferenciação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções que sejam adequadas às várias etapas do desenvolvimento. “Não só cada uma [das crianças] apresenta um grupo de patologias específicas dessa faixa etária, como também a expressão sintomática de uma determinada patologia se manifesta de forma distinta ao longo do desenvolvimento” (ACSS e CNSM, 2012, p.13). Deste modo, ainda que muitas perturbações mentais sejam identificadas durante a infância e adolescência, muitas vezes elas apenas são passíveis de serem diagnosticadas na idade adulta (Associação Americana de Psiquiatria - AAP, 2002), o que dificulta a descrição clínica da patologia que, além do mais, tende a classificar ou a categorizar excessivamente uma determinada pertur-

---

<sup>9</sup> Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do Hospital Dona Estefânia (HDE), atual CHLC, EPE.

<sup>10</sup> Inicialmente como Internamento Infantil e Juvenil do Hospital de Magalhães Lemos (HML). Desde 1992, foi associado ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Criança e do Adolescente e integrado no hospital pediátrico, Hospital Maria Pia, atual Centro Hospitalar do Porto. Contudo, a sua estrutura física mantém-se no Hospital onde ocorreu a sua abertura, no HML (ACSS e CNSM, 2012).

bação (Braconnier, 2007). “Por outro lado, o conhecimento da (...) influência do observador sobre o observado (...) dá ao resultado do exame uma diminuição do valor objectivo e uma amplificação do sentido subjectivo” (Coimbra de Matos, 2012, p.208).

Outro aspeto que aqui se coloca refere-se ao facto de a literatura se limitar ao discurso dominante da psiquiatria ao invés de adotar uma abordagem mais crítica para os cuidados de enfermagem (Crowe, 2006, citando Hopton, 1997). A psiquiatria, nesta faixa etária é então “uma ciência complexa e uma arte refinada; como complexos e subtis são os sistemas vivos e criadores com que lidamos – a criança ou o jovem e a família” (Coimbra de Matos, 2012, p.208). Assim, por si só o contexto da UIPIA, do CHLC, constitui um desafio à uniformização da linguagem usada para descrever os diagnósticos de enfermagem em saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência.

#### 1.1.2. Finalidade do estudo

O processo de reflexão<sup>11</sup> sobre as inconsistências da documentação de enfermagem produzida na UIPIA, do CHLC, teve um início anterior ao próprio ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CMESMP), adquirindo uma maior consistência mediante esse contexto académico. Entre as principais fragilidades da documentação de enfermagem encontradas durante a prática de cuidados, realçam-se as relacionadas com a dificuldade em:

- atribuir aos mesmos significantes os mesmos significados, pela dificuldade acrescida em se conseguir nomear determinados fenómenos específicos da enfermagem de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência;
- identificar os diagnósticos de enfermagem e, sobretudo, os diagnósticos de enfermagem sensíveis à área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência;

---

<sup>11</sup>A prática reflexiva consiste na capacidade de se prestar atenção a, tratando-se de uma atividade intelectual e afetiva usada pelo indivíduo para explorar as suas experiências, de modo a atingir uma nova compreensão (Fernandes e Santos, 2004, citando Reed e Procter, 1993, Burnard, 1995).

- desenvolver uma avaliação clínica consistente, sobre o cliente, necessária para uma melhor compreensão do seu plano de cuidados;
- aceder aos dados documentados sobre o cliente durante o *continuum* de cuidados, verificando-se o conseqüente compromisso da continuidade de cuidados e do processo de tomada de decisão; com particular interesse para os elementos da equipa de enfermagem que trabalham em regime de *roulement* (dada a impossibilidade de permanecerem vinte e quatro horas, dia após dia, junto do cliente);
- analisar os dados disponíveis sobre o cliente; tendo como *background* o uso da linguagem natural que, muitas vezes, se manifesta impercetível e exaustivamente descritiva, embora desprovida de conteúdo que seja clínico e, ao mesmo tempo, científico.

Assim, considerou-se importante intervir, numa fase inicial, sobre a ausência de uniformização da linguagem que é utilizada para descrever o processo de diagnóstico que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, elaboram sobre o cliente, enunciando-se a **questão de partida**, da seguinte forma:

**“Qual a informação clínica que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam durante o processo de diagnóstico que elaboram sobre o cliente?”**

Nesta fase do presente relatório, torna-se fundamental uniformizar a compreensão dos seus conceitos centrais, sendo estes descritos, de forma sucinta, em seguida:

- Processo de diagnóstico: consiste nas “fases de tomada de decisão usadas para [a] elaboração de diagnósticos” (Perry & Potter, 2006, p.92, citando Carnevali & Thomas, 1993).
- Linguagem clínica: linguagem que emerge do quotidiano profissional e que envolve símbolos e significados que derivam da interação dos atores sociais que participam nessa prática clínica (Cavalcanti e Coelho, 2007).
- Infância e adolescência: considera-se infante ou criança, toda a pessoa com idade entre os zero e dezoito anos, e adolescente, toda a pessoa com idade entre os dez e dezoito anos (Alto Comissariado da Saúde - ACS, 2009).

- Psiquiatria: consiste numa especialidade clínica que visa a profilaxia e a promoção da saúde mental, o tratamento precoce dos indivíduos com doença mental, assim como a respetiva reinserção socioprofissional (Coimbra de Matos, 2012).
- Saúde mental: caracteriza-se pela adaptação bem-sucedida aos agentes de stress do ambiente, externo ou interno, que é evidenciada pelos pensamentos, sentimentos e comportamentos apropriados à idade e congruentes com as normas, locais e culturais (Townsend, 2011). “Tem saúde mental o indivíduo que é capaz de viver sem criar demasiados sintomas” (p.175), capaz de se movimentar livremente dentro de si, sendo que os movimentos de tristeza são tão importantes quanto os movimentos de alegria (Santos, 2007).
- Doença mental: “síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade actual (...) ou incapacidade (...) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade” cuja resposta não seja culturalmente expectável a um determinado acontecimento (AAP, 2002, p.xxxi).

## **1.2. Quadro teórico do estudo**

### 1.2.1. Do processo de diagnóstico aos diagnósticos de enfermagem

#### 1.2.1.1. O processo de diagnóstico integrado no processo de enfermagem

O processo de diagnóstico é parte integrante do processo de enfermagem (Perry & Potter, 2006), da “essência da prática de enfermagem” (p.21). O processo de enfermagem proporciona um quadro conceptual à profissão, capaz de apoiar os enfermeiros na sua tomada de decisão. Neste sentido, trata-se de uma abordagem intelectual, científica ou de resolução de problemas, que atribui uma direção aos cuidados de enfermagem (Paul & Reeves, 2000, citando Wilkinson, 1992), permitindo o pensamento sistemático e o processamento da informação relevante sobre o cliente. O processo de enfermagem envolve as seguintes fases: a (1) recolha dos dados objetivos e subjetivos sobre o cliente, que servem de base (2) à identificação dos diag-

nósticos de enfermagem, ao (3) planeamento dos cuidados a prestar, à (4) implementação desses cuidados, e à (5) avaliação dos cuidados prestados (Huckabay, 2009).

O processo de enfermagem, assim como o processo de tomada de decisão, encontram-se relacionados com o conceito de pensamento crítico, que se refere ao processo intelectual disciplinado de usar, de um modo hábil e ativo, “o conhecimento para conceptualizar, aplicar, analisar, sintetizar e/ou avaliar dados e informação orientadora da convicção e da acção” (Silva, 2006, p.21). O pensamento crítico ajuda o enfermeiro a processar os conteúdos essenciais dentro de cada uma das fases do processo de enfermagem, conferindo-lhes um sentido (Huckabay, 2009).

Como já mencionado, o processo de diagnóstico consiste nas “fases de tomada de decisão usadas para [a] elaboração de diagnósticos” (Perry & Potter, 2006, p.92, citando Carnevali & Thomas, 1993), que permitem ao enfermeiro obter uma compreensão do problema de saúde do cliente (Lunney, 2010). Este inicia-se com a reunião dos dados sobre o cliente, que tem origem na respetiva apreciação inicial, seguindo-se a sua análise e interpretação, a identificação das necessidades do cliente e, por último, a formulação dos diagnósticos de enfermagem (Perry & Potter, 2006).

#### 1.2.1.2. Apreciação inicial: a primeira fase do processo de diagnóstico

A apreciação inicial começa com a recolha e confirmação dos dados do cliente, que depois são analisados para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e de um plano de cuidados individualizado. Assim, a apreciação inicial objetiva criar uma base de dados sobre as necessidades, problemas de saúde e reações a esses problemas, do cliente, na qual interessam apenas os dados relevantes para um determinado problema (Perry & Potter, 2006). Sobre a apreciação inicial, Chalifour (2007) acrescenta que:

a colheita de dados visa o conhecimento da pessoa, a elaboração de um diagnóstico de enfermagem, a determinação das causas do problema, a compreensão dos efeitos do problema no funcionamento geral da pessoa, na sua qualidade de vida e na dos seus próximos, o reconhecimento dos recursos que a pessoa dispõe para lidar com esta dificuldade, a clarificação das suas expectativas (p.139).

O mesmo autor, refere, ainda, que uma das habilidades clínicas do enfermeiro consiste em reconhecer os dados significativos, referentes ao problema inicial, e aqueles que são essenciais para compreender a sua origem e para seleccionar as intervenções de enfermagem. Importa evidenciar que a apreciação inicial decorre das “trocas com o cliente” (Chalifour, 2007, p.139), consistindo num processo contínuo, no sentido em que, desde o primeiro contacto com o cliente até à sua entrevista final, o enfermeiro não prescinde de recolher dados novos.

#### 1.2.1.3. O exame psiquiátrico do estado mental integrado na apreciação inicial

A recolha de dados sobre o cliente, na área de saúde mental e psiquiatria, deve ser apoiada pelo Exame Psiquiátrico do Estado Mental (EPEM), o qual contribui para a “correcta avaliação e tratamento de sintomas psicopatológicos (...) e angústia emocional (...) do [cliente]” (Baker & Trzepacz, 2001, p.14). Na sua estrutura, inclui-se a recolha dos dados subjetivos e dos dados objetivos referentes ao cliente. Os dados subjetivos consistem nas perceções do cliente sobre os seus problemas de saúde (Perry & Potter, 2006). São subjetivos porque, ao relatá-los, o cliente é influenciado pelas suas experiências e interpretações das mesmas. Estes incluem “os problemas psiquiátricos do cliente (...); patologia médica e terapêuticas concomitantes; doenças anteriores médicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas; história social; história familiar; revisão de órgãos e sistemas” (Baker & Trzepacz, 2001, p.14-15). Por outro lado, os dados objetivos são constituídos pela observação ou medições que o profissional efetua no momento da apreciação inicial do cliente (Perry & Potter, 2006). Neste âmbito, os itens avaliados abrangem: o aspeto e comportamento; humor e emoções; discurso e linguagem; alterações da forma e conteúdo do pensamento; alterações da percepção; cognição; o *insight* e juízo crítico (Baker & Trzepacz, 2001).

O papel do EPEM, na apreciação das perturbações psiquiátricas, é, assim, idêntico à função atribuída ao exame objetivo na avaliação de problemas somáticos. O EPEM pressupõe a observação do comportamento do cliente e a sua descrição de forma objetiva e desprovida de juízos de valor, sendo que alguns aspetos do exame requerem o uso de questões específicas, tal como, por exemplo, quando se pretende avaliar o discurso e linguagem. Ao contrário dos dados da história do cliente, que incluem informação tanto do passado como do presente, o EPEM apenas avalia o estado clínico atual do cliente (Baker & Trzepacz, 2001).

#### 1.2.1.4. Identificação dos diagnósticos de enfermagem

Diagnosticar, ou seja, “distinguir” ou “saber”, consiste no resultado da identificação das reações do cliente a problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo, com isso, atribuído um significado aos dados recolhidos na apreciação inicial (Perry & Potter, 2006). Para a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, o diagnóstico de enfermagem é:

um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem consiste na base para a selecção das intervenções de enfermagem para que sejam alcançados resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (Johnson et al., 2009, p.12).

Na CIPE<sup>®</sup> o diagnóstico de enfermagem trata-se de uma “designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem” (CIE, 2003, p.xv)<sup>12</sup>.

O diagnóstico de enfermagem deriva da análise dos aspetos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais do cliente, permitindo, através do pensamento crítico do enfermeiro, o desenvolvimento de um plano individualizado de cuidados. Durante a fase de diagnóstico, o enfermeiro recorre a conhecimentos científicos e à sua experiência anterior para analisar e interpretar os dados recolhidos sobre o cliente e, assim, seleccionar o diagnóstico, ou diagnósticos, apropria-

---

<sup>12</sup>No subcapítulo que se segue apresenta-se o modo como é composto um diagnóstico de enfermagem de acordo com a CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2.

do(s). Por último, “os diagnósticos de enfermagem proporcionam um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento, em uma tentativa de definição do papel e do domínio próprios do enfermeiro” (Carpenito, 1997, p.27).

## 1.2.2. Uso de uma linguagem de enfermagem classificada

### 1.2.2.1. Introdução ao “CIPÊs”: perspectiva histórica

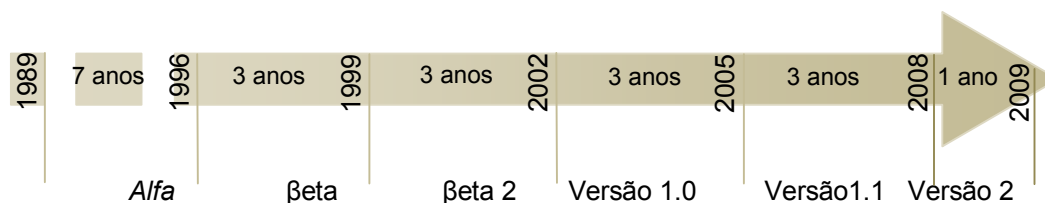
A proposta de desenvolvimento de um sistema de classificação internacional para a prática de enfermagem foi aprovada pelo Conselho de Representantes Nacionais do CIE, em 1989, durante o congresso quadrienal que teve lugar em Seul, na Coreia do Sul (Garcia e Nóbrega, 2009). Partindo-se da dificuldade dos enfermeiros em nomear os problemas e situações decorrentes da prática de cuidados; e, em descrever os contributos específicos da enfermagem na resolução, diminuição e prevenção dos problemas de saúde e na promoção de uma vida saudável (Henríquez, 2010), foram estabelecidos os seguintes propósitos para essa classificação:

fornecer uma ferramenta para descrever e documentar as práticas de enfermagem; usar essa ferramenta como base para a tomada de decisão clínica; e prover a profissão com um vocabulário e um sistema de classificação que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados (Garcia e Nóbrega, 2009, p.876).

Quando, em 1991, o CIE iniciou o processo de construção da CIPE<sup>®</sup>, começou por pesquisar na bibliografia existente sobre o tema, assim como nas suas associações membro, quais os sistemas de classificação de enfermagem desenvolvidos a nível internacional até ao momento. Desse estudo, identificou a existência de diferentes sistemas de classificação, que entre outros aspetos, enfatizavam a importância de se estabelecer um sistema de classificação comum, capaz de representar a prática de enfermagem num plano mundial (Garcia e Nóbrega, 2009). A par disso, o CIE propôs o desenvolvimento de um vocabulário capaz de servir uma linguagem comum, que descrevesse a prática de enfermagem através de um conjunto de termos estruturados e definidos (Cho & Park, 2006). Desde a sua conceção até ao presente, foram publicadas seis versões da CIPE<sup>®</sup>: *Alfa* (1996), *Beta* (1999), *Beta 2*

(2002), Versão 1.0 (2005), Versão 1.1 (2008) e Versão 2 (2009) (Cubas, Rosso e Silva, 2010), cuja evolução encontra-se retratada na Figura 1.

**Figura 1.** Referencial evolutivo das versões da CIPE®.



#### 1.2.2.2. Visão, objetivos e vantagens da CIPE®

Segundo o CIE (2010a), a CIPE® consiste “num sistema de linguagem de enfermagem unificado (trad. do autor)” (par.1), que integra parte da infraestrutura global de informação em saúde, sendo capaz de informar tanto a prática de cuidados como as políticas de saúde, com vista a melhorar o atendimento ao cliente em todo o mundo (CIE, 2010b). A CIPE® possibilita que a sua terminologia possa ser combinada, facilitando o desenvolvimento e o cruzamento entre os termos locais e as terminologias existentes. Entre os seus três elementos principais constam os fenómenos ou diagnósticos de enfermagem (sobre os quais se centra este relatório), as intervenções de enfermagem<sup>13</sup> e os resultados de enfermagem<sup>14</sup> (CIE, 2010a).

Assim sendo, torna-se útil a opção pela implementação da CIPE® na UIPIA, do CHLC, por se tratar de uma terminologia atualmente aceite e mobilizada pela OE, e por os seus contributos serem coincidentes com os propósitos que se preconizaram para o desenvolvimento do presente projeto de estágio. Segundo Silva (2006), entre outros objetivos da CIPE® constam:

- estabelecer uma linguagem comum que melhore a comunicação entre enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar;
- otimizar o planeamento dos cuidados prestados ao cliente e os seus resultados, bem como a tomada de decisão;

<sup>13</sup>“Ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem” (CIE, 2003, p.xix).

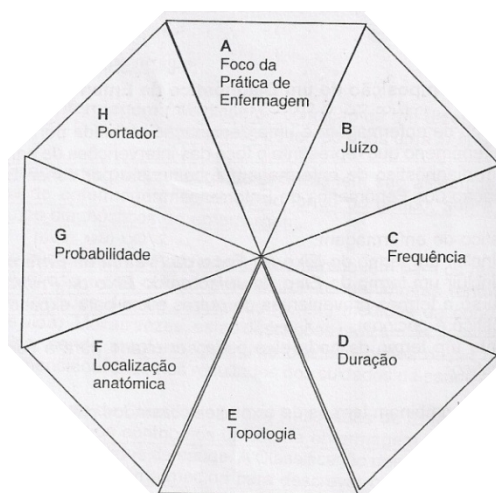
<sup>14</sup>“Medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem” (CIE, 2003, p.xvii).

- estruturar a prática clínica.

### 1.2.2.3. Composição dos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2

No que respeita a construção dos diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2, estes são compostos por termos contidos nos oito eixos (A, B, C, D, E, F, G e H) da classificação dos fenómenos de enfermagem, como mostra a próxima figura.

**Figura 2.** Eixos da classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2.



Fonte: CIE, 2003, p.xv.

Os eixos do octógono da classificação dos fenómenos de enfermagem são definidos pelo CIE (2003), da seguinte maneira: A. Foco da prática de enfermagem: “área de atenção” (p.xv). Exemplos: sono, percepção, autoestima; B. Juízo: “opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação” (p.xv). Exemplos: alterado, comprometido; C. Frequência: “número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de enfermagem durante um intervalo de tempo. Exemplos: intermitente, frequente.” (p.xvi); D. Duração: “intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem. Exemplos: agudo, crónico” (p.xvi); E. Topologia: “região anatômica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatômica de um fenómeno de enfermagem” (p.xvi). Exemplos: direito, bila-

teral; F. Localização anatómica: “posição ou localização no organismo de um fenómeno de enfermagem” (p.xvi). Exemplos: cavidade oral, cabeça; G. Probabilidade: “possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem. Exemplos: risco, oportunidade” (p.xvi); H. Portador: “entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem. Exemplos: indivíduo, família, comunidade” (p.xvi).

O diagnóstico de enfermagem deve incluir um termo do eixo do foco da prática de enfermagem (A) e um termo do eixo do juízo (B) ou da probabilidade (G), aos quais existe a opção de se associar um termo dos restantes eixos (C, D, E, F e H), para expandir ou reforçar o diagnóstico (CIE, 2003).

### 1.2.3. Modelos conceptuais em enfermagem: realidade da UIPIA, do CHLC

Atualmente, assiste-se a uma “não utilização ou (...) utilização deturpada, dos modelos de cuidados de enfermagem adoptados pelas instituições de saúde” (Simões e Simões, 2007, p.10), o que contribui para o facto de cada enfermeiro construir “o seu próprio esquema de referência (...) - a sua própria concepção da profissão, a sua maneira de compreender o seu papel” (p.67). Verifica-se, com alguma frequência, que os enfermeiros não conseguem colocar em palavras a imagem mental que detém da profissão de enfermagem, sendo essa imagem, na realidade, pouco nítida para que se consiga, através dela, uma descrição clara. Ao invés disso, os enfermeiros justificam-se com o conhecimento que têm sobre os quadros de referência - teoria adotada, em detrimento do quadro de referência que orienta a sua prática - teoria em uso (Bastos, 2009, citando Argyris & Shon, 1974). É nesse contexto que se enquadra o «modelo oculto» ou «modelo subjetivo de enfermagem» - modelo elaborado por cada indivíduo de acordo com as suas concepções, orientando-o na e para a prática profissional (Graveto e Silva, 2008). A imagem pessoal que cada enfermeiro tem da prática de enfermagem influencia, desse modo, a sua interpretação dos dados, bem como as suas decisões e ações (Fawcett, 1995, citando Reilly's, 1975), encontrando-se, por isso, “tantos modelos de enfermagem e tantas formas de actuar quantos enfermeiros distintos” (Graveto e Silva, 2008, p.68).

Todavia, “pode uma disciplina continuar a desenvolver-se quando os seus membros detêm muitas imagens pessoais diferentes?” (Fawcett, 1995, p.5, citando Reilly’s, 1975). Essa é uma questão que continua a ser contemporânea, cuja resposta o mesmo autor procurou argumentar:

as propostas dos modelos conceptuais sobre a prática fazem-nos ter consciência dessas imagens pessoais, a fim de podermos começar a identificar aspectos comuns nas nossas percepções da natureza da prática e movermo-nos em direcção à evolução de um conceito bem definido (p.5).

Não sendo evidente o modelo conceptual de enfermagem usado na UIPIA, bem como na instituição de saúde a que pertence, tornou-se premente a sua identificação no presente estudo, constando num dos objetivos específicos estabelecidos, nomeadamente: identificar o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros na UIPIA, do CHLC.

#### 1.2.3.1. Modelos conceptuais em enfermagem: abordagem geral

Os modelos conceptuais existem desde que os indivíduos começaram a pensar sobre si próprios e sobre o seu ambiente, sendo que, atualmente, encontram-se largamente difundidos sobre todas as disciplinas. Tudo o que uma pessoa vê, ouve, lê e experiencia, é filtrado através de umas “lentes cognitivas” de um determinado quadro de referência (Fawcett, 1995, citando Lachman, 1993). O termo modelo conceptual é sinónimo dos termos quadro ou sistema conceptual, paradigma ou, ainda, matriz disciplinar (Fawcett, 1995, citando Lippitt, 1973). Ingalls e Tourville (2003) acrescentam que o “modelo [conceptual] é muitas vezes empregado como [uma] teoria” (p.82). É definido como um conjunto de conceitos abstratos e gerais, assim como as preposições que integram esses conceitos (Fawcett, 1995, citando Lippitt, 1973, e Nye & Berardo, 1981), de modo a formar uma teoria. Os conceitos são palavras que descrevem as imagens mentais de um fenómeno<sup>15</sup> (Fawcett, 1995), sendo que o significado de cada termo, usualmente, diz respeito a um único modelo conceptual. As preposições, por sua vez, são declarações que descrevem ou determi-

---

<sup>15</sup>Conteúdo de uma disciplina (Howk, 2004).

nam as ligações entre os conceitos de uma teoria. São abstratas e, em geral, não são passíveis de uma observação empírica direta ou de serem testadas (Fawcett, 1995, citando Roy & Andrews, 1991). As suas afirmações conduzem a teorias de médio alcance, que declaram o que é proposto ser verdade e ser testado sobre a forma de uma hipótese (Howk, 2004).

O modelo conceptual fornece um quadro de referência para pensar sobre determinados eventos e processos (Fawcett, 1995, citando Frank, 1968), e indica como observar e interpretar o fenómeno de interesse de uma disciplina. No que respeita a enfermagem, a propagação dos modelos conceptuais foi perspectivada a par do interesse de se conceptualizar a enfermagem como uma disciplina distinta (Fawcett, 1995, citando Peterson, 1977 e Hall, 1978). Desse modo, abrangem os cuidados que apenas os enfermeiros podem fornecer, cuja dimensão se diferencia de outras profissões de saúde. Eles identificam o propósito e o âmbito da enfermagem (Fawcett, 1995, citando Johnson, 1987). Os modelos conceptuais constituem um conjunto de conceitos que se encontram sistematicamente construídos, cientificamente fundamentados e logicamente relacionados (Logan, Roper & Tierney, 1995, citando Riehl & Roy, 1980), que identificam os componentes essenciais da prática de enfermagem, de acordo com uma determinada base teórica (Logan, Roper & Tierney, 1995). As propostas dos modelos de enfermagem indicam que o uso dos modelos conceptuais facilita a comunicação entre os enfermeiros e fornece uma abordagem sistemática para a investigação, a educação, a administração e a prática (Fawcett, 1995).

#### 1.2.3.2. Os quatro conceitos do metaparadigma da enfermagem

O metaparadigma constitui o nível mais abstrato do conhecimento (Howk, 2004) e fornece os parâmetros gerais de uma área, bem como os limites que permitem orientar o trabalho dos cientistas (Fawcett, 1995, citando Hardy, 1978). É composto por conceitos centrais que identificam o fenómeno de interesse da disciplina, e por pressupostos globais que exprimem as relações existentes entre esses fenómenos (Fawcett, 1995, citando Kuhn, 1977). Os pressupostos são declarações que os teóri-

cos ou investigadores admitem como verdades, sem terem que as medir ou testar (Howk, 2004).

Os fenómenos de interesse da enfermagem são representados por quatro conceitos centrais, tais como «pessoa», «ambiente», «saúde» e «cuidados de enfermagem», que se encontram descritos em seguida:

- Pessoa: a pessoa é o indivíduo ou indivíduos, com quem o enfermeiro interage de modo terapêutico (Ingalls e Tourville, 2003). “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (Conselho de Enfermagem - CE, 2001, p.8).
- Ambiente: “O ambiente é constituído por todos os elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam a forma como a pessoa vive e se desenvolve” (Silva, 2006, p.26), pelo que, na prática de cuidados, os enfermeiros devem considerar a complexa interdependência pessoa/ambiente (CE, 2001).
- Saúde: segundo o CE (2001), “é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (p.8). Ao tratar-se de uma representação mental, a saúde consiste num estado subjetivo; e, por isso “não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (p.8).
- Cuidados de enfermagem: implicam uma abordagem holística da pessoa, tendo por finalidade a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados (Silva, 2006, p.27). Centram-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou (...) um grupo de pessoas” (CE, 2001, p.10).

### 1.2.3.3. Escolas de pensamento em enfermagem

Segundo as suas bases filosóficas e científicas podem-se agrupar as conceções da disciplina de enfermagem em seis escolas: das necessidades, das interações, dos resultados/efeitos desejados, da promoção de saúde - orientadas para a pessoa, e

as escolas: do ser humano unitário e do cuidar - caracterizadas por uma abertura ao mundo (Ducharme, Duquette, K rouac, Major & Pepin, 1996).

A escola das necessidades centra-se no “que fazem os enfermeiros?” (Ducharme et al., 1996, citando Meleis, 1991). O cuidado encontra-se centrado na independência da pessoa na satisfa o das suas necessidades (Ducharme et al., 1996, citando Henderson, 1964) e na capacidade de se auto cuidar (Ducharme et al., 1996, citando Orem, 1991). Assim, a enfermagem visa atingir para a pessoa, s  ou doente, o que esta atingiria se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. As principais teóricas desta escola consistem na Virginia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah (Silva, 2006).

As teóricas de enfermagem da escola das intera o es inspiraram-se nas teorias da intera o , na fenomenologia e no existencialismo, procurando responder   seguinte questão: “como fazem os enfermeiros o que estão a fazer?” (Ducharme et al., 1996, citando Meleis, 1991). Este modelo centra o seu interesse sobre os processos de intera o  entre o enfermeiro - pessoa capaz de oferecer ajuda, e o cliente - pessoa com uma necessidade de ajuda (Ducharme et al., 1996). “Através da interac o    possível promover o crescimento individual, quer do enfermeiro, quer da pessoa que recebe ajuda a partir da apreensão pessoal do significado da doença, enquanto experiência humana” (Silva, 2006, p.24). A intera o  desenvolvida reflete, assim, uma a o  humanitária, e não mecânica, através da qual o enfermeiro avalia as necessidades de ajuda da pessoa, formula um diagnóstico de enfermagem e planeia a sua interven o . Deve-se manter a integridade da pessoa, devendo esta ser capaz de reconhecer as suas necessidades e de se atualizar (Ducharme et al., 1996). Posto isto, a enfermagem consiste num processo terapêutico interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro, a pessoa e o meio, tendo em vista facilitar os processos de transi o  e atingir estados funcionais de saúde (Silva, 2006, citando King, 1985). As teóricas de enfermagem desta escola são, entre outras, Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Imogene King e Afaf Meleis.

A escola dos resultados/efeitos desejados pretende responder   seguinte pergunta: “porque os enfermeiros fazem o que eles fazem?”. Este grupo de teóricas têm tenta-

do conceptualizar os resultados dos cuidados de enfermagem, considerando que os respectivos objetivos consistem em restabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia e preservar a energia (Ducharme et al., 1996), em resposta a fatores externos ou internos de stress. “A enfermagem visa a adaptação do indivíduo ao meio externo ou interno, promovendo respostas adaptativas adequadas e, quando necessário, intervindo para modificar as respostas adaptativas ineficazes” (Silva, 2006, p.25). A pessoa é vista como um sistema (Ducharme et al., 1996). Entre as suas principais teóricas constam a Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman.

A escola da promoção da saúde pretende responder a: “que fazem os enfermeiros?”, assim como “a quem são dirigidos os cuidados de enfermagem?”. Nesta escola, o ponto alvo dos cuidados amplia-se à família que aprende pelas suas próprias experiências de saúde. A teórica de enfermagem representativa desta escola consiste na Moyra Allen (Ducharme et al., 1996).

A escola do ser humano unitário situa-se num contexto de abertura ao mundo e do paradigma da transformação. As teóricas desta escola procuram responder à questão: “a quem são dirigidos os cuidados de enfermagem?”. “A enfermagem toma por foco o bem-estar das pessoas tendo em conta o máximo potencial de saúde de cada indivíduo, em cada momento e lugar” (Silva, 2006, p.25). Através da disponibilidade para a relação interpessoal, o exercício de enfermagem visa alcançar, em conjunto com a pessoa, o seu máximo potencial de bem-estar. O ser humano é visto como unitário, indivisível, e não como a soma das suas partes (Silva, 2006). Inspirada pelas ideias de Martha Rogers, segundo a qual a saúde e a doença são expressões do processo de vida, não sendo opostas, nem divididas, Newman propõe, em 1986, a teoria da saúde como uma expansão da consciência. Em que a saúde é a realização contínua de si mesmo, como um ser unitário, e a doença está integrada na saúde, formando parte desse processo de expansão (Ducharme et al., 1996). A saúde é vista como um conceito subjetivo que varia de acordo com a cultura e a pessoa, estando relacionada com o bem-estar e a realização pessoal (Silva, 2006).

A escola do cuidar tenta responder à pergunta: “como os enfermeiros fazem o que fazem?”. As teóricas de enfermagem do cuidar acreditam que as enfermeiras podem melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas se recorrerem a dimensões tais como a espiritualidade (Ducharme et al., 1996, citando Watson, 1988) e a cultura (Ducharme et al., 1996, citando Leininger, 1988b). Para Madeleine Leininger, o cuidar constitui a essência da enfermagem; para Jean Watson, a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidar; e, para Mary Roach, a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar (Silva, 2006). O cuidar também significa facilitar e ajudar, respeitando os valores, as crenças, a forma de vida e a cultura das pessoas (Ducharme et al., 1996, citando Leininger, 1988a, 1988b e Watson, 1988). Assim, esta escola tem por conceitos centrais não só o cuidar, mas, também, a cultura, situando-se na orientação de abertura ao mundo e no paradigma da transformação (Ducharme et al., 1996).

Torna-se pois essencial:

saber se no contexto das práticas, o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros – que lhes define o objecto e o âmbito da tomada de decisão – é concordante com os modelos conceptuais definidores da própria disciplina e que norteiam a concepção e o desenho dos SIE (Silva, 2006, p.23).

Segundo o mesmo autor, os SIE devem dar resposta ao modelo em uso, sem que, no entanto, se tornem condicionados e limitados pelo mesmo. Devem ser consistentes com e independentes dos modelos de enfermagem.

## 2. METODOLOGIA

O presente capítulo conta com a descrição dos procedimentos metodológicos usados para responder à questão de partida e aos problemas formulados no decorrente estudo. Porém, importa situar o contexto em que a metodologia de investigação se insere. Entende-se como metodologia o conjunto de procedimentos que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento. Como caminho do pensamento a metodologia vincula “a prática exercida na abordagem da realidade” (Vilelas, 2009, p.17, citando Minayo, 1999). Já a investigação procura “questionar e analisar a realidade” (p.17), consistindo na atividade básica da ciência, que significa conhecimento ou sabedoria. Nesta díade entre pensamento e ação, o problema que é intelectualizado tem origem, em primeiro lugar, num problema da vida quotidiana (Vilelas, 2009), tal como motivou o presente estudo.

A investigação científica resulta, assim, do processo sistemático de recolha de dados que se podem observar e analisar no mundo empírico, no mundo que é acessível aos nossos sentidos, com vista a descrever, explicar, prever ou controlar determinados factos, fenómenos ou acontecimentos (Fortin, 2009, citando Seaman, 1987). A investigação científica exige uma abordagem racional, sistemática e organizada (Vilelas, 2009), sendo o seu desenvolvimento e uso essenciais para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, é esperado que os enfermeiros adotem uma prática baseada na evidência<sup>16</sup> que sustente as suas decisões e intervenções sobre o cliente e que fortaleça a identidade da enfermagem como profissão (Beck, Hungler & Polit, 2004).

O regulamento de competências específicas do EESM sugere que, nesse sentido, ele incorpore novas descobertas na sua prática, participando em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências (OE, 2010a). Foi com esse intuito que se desenvolveu o presente projeto de estágio, que foi integrado no âmbito do estágio hospitalar na UIPIA, do CHLC.

---

<sup>16</sup>A prática baseada na evidência caracteriza-se pelo uso, criterioso e consciente, da melhor evidência disponível no momento para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar ao cliente (Domenico e Ide, 2003, citando Atallah e Castro, 1998).

## 2.1. Objetivos

Uma vez delineado o problema que constituiu o objeto de estudo, foram definidos os objetivos que se almejavam alcançar (Vilelas, 2009). Como **objetivo geral**, pretendeu-se analisar a informação clínica que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam durante o processo de diagnóstico que elaboram sobre o cliente.

Para o alcançar, estabeleceram-se os seguintes **objetivos específicos**: (1) caracterizar a informação obtida durante a apreciação clínica do cliente; (2) identificar os diagnósticos de enfermagem documentados nas notas de enfermagem; (3) categorizar os diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com a CIPE<sup>®</sup>; (4) e, identificar o modelo conceptual mobilizado pelos enfermeiros na UIPIA, do CHLC.

Estes objetivos inscrevem-se, claramente, em duas das competências do EESM. Nomeadamente a F2<sup>17</sup>, que se refere à apreciação inicial do cliente como meio de recolha da informação pertinente para a compreensão do seu estado de saúde mental; e, a F3<sup>18</sup> que se vincula ao processo de diagnóstico, enfatizando a “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental” (OE, 2010a, p.5).

## 2.2. Tipo de estudo

De acordo com os objetivos definidos para o presente estudo, usou-se uma metodologia de investigação de modo a analisar não só os dados que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam durante o processo de diagnóstico que elaboram sobre o cliente, como também, e talvez mais importante ainda, a sua conceção da natureza dos cuidados de enfermagem nesse contexto de cuidados, por meio da compreensão do modelo conceptual que lhes orienta a prática clínica, ainda que de um modo oculto.

---

<sup>17</sup>“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental” (OE, 2010a, p.4).

<sup>18</sup>“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, 2010a, p.5).

Desse modo, optou-se pelo **método de investigação qualitativa**, que se baseia no paradigma<sup>19</sup> naturalista ou interpretativo, cuja concepção se encontra associada ao estudo holístico do ser humano. O facto de os indivíduos participarem ativamente nas ações sociais através das quais, por viverem experiências diferentes, compreendem o mesmo fenómeno de diversos modos, faz com que os investigadores comprometidos com a investigação qualitativa não subscrevam apenas uma realidade, mas a existência de várias realidades (Carpenter & Streubert, 2002). Cada realidade tem em consideração as percepções dos indivíduos e modifica-se com o tempo. Portanto, o conhecimento sobre essa realidade apenas tem sentido para uma determinada situação ou contexto (Fortin, 2009, citando Munhall & Boyd, 1993). O investigador seleciona um fenómeno, procura compreendê-lo em profundidade, reúne e combina várias ideias entre si, construindo uma nova realidade, com sentido apenas para os indivíduos que vivem esse mesmo fenómeno em estudo (Fortin, 2009). “A base da investigação qualitativa reside na abordagem interpretativa da realidade social” (Vilelas, 2009, p.105, citando Holloway, 1999). Assim, visa “dar conta da experiência humana num meio natural (...) [tendo] por objecto o exame das significações e a busca de sentido” (p.35). Os estudos qualitativos visam “explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência” (Fortin, 2009, p.32) sendo que, tendencialmente, os investigadores analisam os dados de forma indutiva<sup>20</sup> (Vilelas, 2009).

Dos vários tipos de investigação qualitativa, optou-se pelo **estudo de caso**, que consiste numa “abordagem empírica que: investiga um fenómeno atual no seu contexto real; quando, os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes” (Carmo e Ferreira, 1998). O estudo de caso possibilita a descrição de um fenómeno vinculado a uma realidade social, podendo as unidades de análise ser representadas por um indivíduo, grupo, comunidade, organização (Fortin, 2009), evento ou experiência (Merighi e Praça, 2003). Com frequência o problema de investigação é proveniente da própria experiência ou de situações relacionadas com a prática clínica do investigador, como é o caso deste estudo. O estudo

---

<sup>19</sup>“Define-se paradigma como um sistema de crenças, princípios e postulados que informam, dão sentido e rumos, servindo de modelo, às práticas da pesquisa.” (Vilelas, 2009, p.99).

<sup>20</sup>O raciocínio indutivo parte de observações e dos factos singulares para proposições gerais (Fortin, 2009).

de caso objetiva não só aumentar o conhecimento que se tem de uma entidade e formular hipóteses a esse propósito, como também estudar as mudanças suscetíveis de se produzirem ao longo do tempo no indivíduo ou grupo (Fortin, 2009).

### 2.3. População e amostra

A população compreende as pessoas, grupos ou objetos que partilham características comuns (Fortin, 2009), definidas por um conjunto de critérios que se relacionam com a finalidade e planeamento do estudo; sendo a população-alvo, aquela que é sujeita a um estudo (Vilelas, 2005).

Tendo em consideração os objetivos e o tipo de estudo delineados, definiu-se como população-alvo, todos os enfermeiros a exercer a sua atividade profissional na UIPIA, do CHLC, desde trinta de agosto a onze de outubro de 2012. Especificamente por, nesse período, decorrer a documentação de enfermagem dos dados referentes ao processo de diagnóstico dos clientes, que se pretenderam recolher<sup>21</sup>; e, por incluir a fase de divulgação e implementação do GF, destinado à equipa de enfermagem<sup>22</sup> - num total de dezasseis enfermeiros.

No que respeita ao GF, a técnica de amostragem usada foi a **não probabilística** ou **não aleatória**, sob a **forma accidental**, uma vez que os enfermeiros foram seleccionados de acordo com a sua presença, num local e hora precisos (Fortin, 2009) - que foram determinados, neste estudo, pelo local, data e hora, previamente, divulgados para a sessão do GF. Dos dezasseis enfermeiros que cumpriam os critérios da população-alvo, participaram oito, verificando-se uma percentagem de cinquenta por cento, a participação de metade da equipa de enfermagem.

Na Tabela 1 (ver página seguinte), expressa-se a caracterização dessa amostra, quanto à categoria profissional e aos anos de exercício de enfermagem na UIPIA, do CHLC:

---

<sup>21</sup>Esses dados foram, posteriormente, alvo da análise documental, como se explica em diante.

<sup>22</sup>De dezassete de setembro a um de outubro de 2012, como se explica no próximo subcapítulo.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra dos enfermeiros que participaram no GF, quanto à categoria profissional e os anos de exercício de enfermagem, na UIPIA, do CHLC.

<b>Código</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Anos de exercício (n.º)</b>
<b>E1</b>	ECG <sup>23</sup>	1
<b>E2</b>	ECG e estudante do CMESMP	9
<b>E3</b>	EESM	10
<b>E4</b>	ECG e estudante do CMESMP	5
<b>E5</b>	ECG e estudante do CMESMP	5
<b>E6</b>	EESM	13
<b>E7</b>	EESM	2
<b>E8</b>	EESM	2 <sup>24</sup>

Na análise documental, foram contemplados os dados, referentes ao processo de diagnóstico do cliente, documentados pelos dezasseis enfermeiros constitutivos da população-alvo. Porém, na impossibilidade, em termos temporais, de se analisar toda a documentação produzida por esses enfermeiros, estabeleceram-se alguns critérios de inclusão, designadamente:

- a documentação respeitar os clientes internados durante a primeira semana de estágio, correspondente a um a sete de outubro de 2012 - num total de treze clientes;
- a documentação ser alusiva aos clientes com, pelo menos, sete dias de internamento na unidade - sendo que dos treze clientes, um não cumpria esse critério;
- o consentimento para “auditoria clínica e/ou projectos de auditoria da qualidade” (ver Anexo 2), estar, devidamente, autorizado e assinado pelos representantes legais dos clientes - dos treze clientes, quatro não apresentavam o consentimento preenchido;
- dos oito clientes, assim obtidos, ser apenas incluída a documentação elaborada durante a sua primeira semana de internamento - período de trinta de agosto a onze de outubro de 2012. Selecionou-se essa semana, de forma a recolherem-se os dados das notas de enfermagem que expressassem o processo de pensamento crítico, elaborado pelos enfermeiros, na identificação de diagnósti-

---

<sup>23</sup>Sigla referente aos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

<sup>24</sup>A exercer funções de enfermagem, na área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, há seis anos, dos quais dois, foi na UIPIA, do CHLC.

cos de enfermagem a partir dos dados da apreciação inicial (tal como é preconizado no processo de enfermagem).

A tabela seguinte ilustra a caracterização dos clientes cuja documentação de enfermagem foi alvo de análise:

**Tabela 2:** Caracterização dos clientes internados na UIPIA, do CHLC, entre o período de 01/10/2012 a 07/10/2012.<sup>27</sup>

Código	Género	Idade	Diagnóstico médico (inicial)	Data		N.º DI <sup>25</sup>	Consentimento
				Entrada	Saída		
P1	F	13	Anorexia nervosa	30/08/2012	08/10/2012	40	Sim
P2	M	15	Anorexia nervosa	11/09/2012	04/10/2012	24	Sim
P3	M	15	Episódio depressivo <i>major</i> , Ideação suicida	15/09/2012	02/10/2012	18	N/A <sup>26</sup>
P4	M	14	Perturbação do comportamento	17/09/2012	08/10/2012	22	Sim
P5	F	13	Ideação suicida; Anorexia nervosa	18/09/2012	10/10/2012	23	N/A
P6	F	17	Episódio depressivo <i>major</i> , Tentativa de suicídio	19/09/2012	01/10/2012	13	Sim
P7	F	13	Anorexia nervosa	21/09/2012	15/10/2012	25	N/A
P8	F	16	Episódio depressivo <i>major</i> , Ideação suicida	25/09/2012	11/10/2012	17	Sim
P9	M	15	Perturbação psicótica	26/09/2012	12/10/2012	17	Sim
P10	F	15	Anorexia nervosa	28/09/2012	15/11/2012	49	Sim
P11	M	14	Perturbação obsessivo-compulsiva	03/10/2012	04/10/2012	2	Sim
P12	F	14	Perturbação psicótica	04/10/2012	30/10/2012	27	Sim
P13	M	15	Agitação psicomotora; Episódio maníaco/Perturbação psicótica	05/10/2012	15/10/2012	11	N/A

“Nos estudos descritivos de natureza qualitativa (...) cujo objectivo é desenvolver os conhecimentos num dado domínio, geralmente pequenas amostras são suficientes para obter a informação necessária sobre o fenómeno estudado” (Vilelas, 2009, p.327). A respeito dos dados das notas de enfermagem, se considerar-se que cada dia equivale a três turnos (noite, manhã e tarde), e que foram recolhidos os dados

<sup>25</sup>Dias de internamento.

<sup>26</sup>Não avaliado.

<sup>27</sup>Os dados que se apresentam assinalados a vermelho constituem os critérios pelos quais foi excluída a documentação de enfermagem dos clientes a que dizem respeito.

referentes a sete dias, por cliente, obtém-se um total de vinte e um turnos. Que multiplicados pelos oito clientes dá um valor de cento e sessenta e oito notas de enfermagem.

## **2.4. Instrumentos de recolha de dados**

Como instrumentos de recolha de dados<sup>28</sup>, optou-se pela realização de um GF dirigido à equipa de enfermagem da UIPIA, do CHLC, e pela análise documental da documentação de enfermagem resultante do processo de diagnóstico do cliente, produzida pelos enfermeiros da referida unidade, conforme se apresenta em seguida.

### **2.4.1. Grupo Focal: raízes históricas**

As raízes históricas do GF remontam ao ano de 1941, sustentadas pelo sociólogo Robert King Merton. Merton integrava um grupo de investigadores que defendiam que as questões fechadas nem sempre proporcionam respostas exatas, pela possibilidade de serem involuntariamente influenciadas, pelo entrevistador, durante a elaboração dos questionários, limitando, em simultâneo, as respostas do entrevistado. Para colmatar essas inconsistências, Merton desenvolveu um método distinto de recolha de dados, que consistia em solicitar a uma audiência de pessoas que descrevessem as suas respostas, com o intuito destas proporcionarem novas linhas de reflexão. Apenas, em 1980, começou a ser utilizado como uma metodologia de investigação das ciências sociais, sendo depois adotado pela investigação em enfermagem como uma ferramenta de compreensão dos seus diferentes fenómenos, com interesse clínico e ao nível da educação (Andreou & Papastavrou, 2012, citando McLafferty, 2004).

Ao ser reconhecido como uma metodologia qualitativa, o GF tem sido utilizado, por investigadores de todo o mundo, para obter dados diretamente do discurso de um grupo de indivíduos (Vilelas, 2009, citando Leopardi et al., 2001), com interesses e

---

<sup>28</sup>Entende-se como qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer um fenómeno e extrair dele a informação (Vilelas, 2009).

caraterísticas comuns (Shaha et al., 2001, citando Parahoo, 2007). Nesta técnica de investigação, o investigador recolhe os dados, sobre um determinado tema “a partir do diálogo e do debate com e entre [os participantes]” (Vilelas, 2009, p.222), recorrendo ao uso da entrevista não-directiva, e privilegiando “a observação e o registo de experiências e reacções dos (...) participantes (...), que não seriam possíveis de captar por outros métodos” (Galego e Gomes, 2005, citando Morgan, 1997, p.177). “A «fala» que é trabalhada nos grupos focais não é meramente descritiva ou expositiva, ela revela os pontos de vista expressos pelos participantes” (Vilelas, 2009, p.222), pelo que essa interação grupal permite o desenvolvimento de novos *insights* sobre as suas atitudes, crenças e opiniões, bem como a reflexão sobre a realidade social do respetivo grupo (Andreou & Papastavrou, 2012). O GF permite que os participantes possam trocar, discutir, concordar ou discordar sobre as suas opiniões, atitudes e experiências, com o intuito de provocar atitudes ou opiniões face a temas sensíveis (Shaha et al., 2001, citando Parahoo, 2007). Assim, “é uma forma específica de entrevista de grupo com a intenção de explorar a dinâmica do mesmo” (Carpenter & Streubert, 2013, p.39, citando Freeman, 2006).

No GF existe um moderador, que pode, ou não, ser o investigador. Este tem um papel facilitador do grupo, devendo apresentar, de forma clara e objetiva, o trabalho a ser desenvolvido. É importante que promova o debate, colocando questões abertas e lançando desafios aos participantes. “É desejável que (...) tenha conhecimento das características dos membros do grupo” (Galego e Gomes, 2005, p.181-182) e que recolha os dados com pelo menos outro investigador ou facilitador (Carpenter & Streubert, 2013, citando Kidd & Parshall, 2000). Quando não é viável a videogravação da sessão, recomenda-se que seja atribuído a um, o papel de facilitador, e ao segundo, a responsabilidade de anotar o registo da comunicação não verbal dos participantes (Carpenter & Streubert, 2013). “A literatura indica que cada *focus group* seja composto entre seis e doze participantes” (Galego e Gomes, 2005, p.181, citando Suter, 2004). Grupos maiores podem não permitir que todos tenham a oportunidade de falar, sendo que os grupos menores podem inibir a participação dos indivíduos convidados (Carpenter & Streubert, 2013).

O GF subscreve quatro fases, nomeadamente: o planeamento, o recrutamento (dos participantes), a moderação e a análise e relato final (Morgan, 1998).

#### 2.4.1.1. Grupo Focal dirigido à equipa de enfermagem da UIPIA, do CHLC

A ideia da realização de um GF surgiu a partir da leitura do livro de Silva (2006), em que logo no respetivo prefácio surge que:

em projectos de implementação de novos sistemas de trabalho dos enfermeiros, o factor mais importante é a análise e discussão do que é cuidar em enfermagem, e o que são os cuidados de enfermagem, pelas pessoas implicadas na mudança. (...) A documentação dos cuidados de enfermagem é um óptimo instrumento para as equipas de enfermeiros reflectirem sobre a sua prática (p.15).

Compreendendo-se que o processo de enfermagem – que implica um processo de pensamento crítico – reflete-se na documentação de enfermagem que é produzida sobre o cliente, torna-se necessário que esta seja concordante com o objeto de estudo da própria disciplina. Assim, “é preciso saber se (...) o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros (...) é concordante com os modelos conceptuais definidores da própria disciplina e que norteiam a concepção e o desenho dos SIE” (Silva, 2006, p.23).

Não sendo evidente o modelo conceptual em uso no CHLC, assim como na UIPIA, planeou-se um GF destinado a todos os elementos da equipa de enfermagem da referida unidade, no sentido de se apurar um quadro orientador do processo de diagnóstico do cliente. Entre as suas principais finalidades, estabeleceram-se as seguintes:

- identificar o modelo conceptual de enfermagem, orientador da prática clínica dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, através da perceção que detém dos quatro conceitos centrais do metaparadigma de enfermagem, nomeadamente: «pessoa», «ambiente», «saúde» e dos «cuidados de enfermagem».
- promover o envolvimento dos enfermeiros face à seleção do modelo conceptual de enfermagem em uso na UIPIA, do CHLC, de modo a motivá-los no pro-

cesso de mudança que se pretende com este estudo. Pois, “os cuidados devem ser discutidos desde o início com os enfermeiros e mais importante, obtida a respectiva aceitação” (Silva, 2006, p.31).

Apesar de se identificar a necessidade de se realizar um GF que possibilitasse cumprir esses objetivos, tornou-se evidente que estes não deveriam de ser especificados aquando da fase de recrutamento dos enfermeiros, uma vez que eles poderiam considerar como constrangedor debaterem um assunto sobre o qual não se encontravam intimamente vinculados desde o curso de licenciatura. Daí que se pensou num tema mais abrangente, tal como: “A prestação de cuidados de enfermagem na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria”. O GF foi divulgado, à equipa de enfermagem, duas semanas antes da data estabelecida para a realização da sessão<sup>29</sup>, por meio de cartaz (ver Apêndice 1), que foi exposto na sala de enfermagem. Além disso, privilegiaram-se as passagens de turno para mobilizar o maior número de participantes possível e desmistificar algumas dúvidas quanto ao tema e ao próprio método de recolha de dados. O GF foi, então, planeado para dia um de outubro de 2012, na biblioteca/sala de reuniões da UIPIA, do CHLC, sendo, igualmente, reveladas as respetivas moderadoras (salienta-se que o GF foi realizado em conjunto com uma colega, que no âmbito do CMESMP, procurou identificar as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, tendo objetivos que se cruzam com os do presente estudo).

Dada a inexperiência das investigadoras face à moderação do GF, estabeleceu-se um guião das questões a colocar à equipa de enfermagem. Este teve como intuito, assegurar a enunciação das questões, pelo moderador, de modo perceptível e coerente com os objetivos do GF (ver Apêndice 2). Optou-se por se efetuar a gravação das declarações verbais dos participantes através de dois microfones, que foram dispostos pela mesa da sala de reuniões.

---

<sup>29</sup>De forma geral, os contactos de recrutamento devem começar, pelo menos, duas semanas antes e continuar até ao dia anterior da sessão, de forma a lembrar os participantes (Galego e Gomes, 2005, p.181, citando Suter, 2004).

#### 2.4.2. Análise documental da documentação de enfermagem resultante do processo de diagnóstico do cliente

Segundo Oliveira (2007), citando Bardin (1988), a análise documental caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que possibilitam a análise da informação contida num ou mais documentos sobre os quais é realizada a investigação. Os documentos consistem em todo o tipo de registos escritos que podem ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano, a fim de melhorar a compreensão sobre as relações interpessoais e situações que expressam momentos de produção (de trabalho) e reprodução social (modos de viver). Este tipo de método permite, também, a transição de um documento primário para uma matéria secundária, sendo esta a representação analítica do primeiro (Oliveira, 2007, citando Richardson, 1989). A análise documental compreende um processo minucioso, através da leitura e recolha dos dados que “estão lá, resta fazer sua triagem, criticá-los, isto é, julgar sua qualidade em função das necessidades da pesquisa, codificá-los ou caracterizá-los” (Oliveira, 2007, p.58, citando Laville & Dione, 1999).

O processo clínico do cliente constitui um tipo de documentação passível de ser sujeito a recolha de dados, podendo ser útil à investigação, no terreno (Fortin, 2009). Beck, Hungler e Polit (2004) corroboram com essa perspectiva ao afirmarem que os registos são uma fonte de dados fundamental para os investigadores em enfermagem. Nomeadamente, os “registos hospitalares, os gráficos de enfermagem, as prescrições médicas e os formulários do plano de atendimento” (p.249), consistem em fontes de dados enriquecedores, sendo recursos convenientes e económicos. Nesta linha de pensamento, realizou-se a análise documental da documentação de enfermagem produzida pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, convocada no processo de diagnóstico do cliente, designadamente sobre o:

- impresso de apreciação inicial, denominado de “notas de enfermagem na admissão (NEA)”. Este emerge do processo de apreciação inicial, efetuada no momento da admissão do cliente, podendo conter dados importantes para inferir os diagnósticos de enfermagem (Silva, 2006).
- impresso das notas de enfermagem, intitulado de “diário de enfermagem”. Reporta-se a uma folha na qual são referenciados os dados do cliente, median-

te uma determinada data e hora, e um determinado enfermeiro. A informação é de natureza diversa e surge em texto livre (Silva, 2006).

Salienta-se que, no suporte informático existente para o registo de terapêutica (denominado de Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento), surge um campo, de preenchimento livre, associado às intervenções não farmacológicas. Inicialmente, este campo serviu, ainda que, de forma desestruturada, de plano de cuidados, onde era esperado que os enfermeiros descrevessem as intervenções de enfermagem planeadas para cada cliente, sendo possível estabelecer a sua data de início e de término. As suas alterações eram realizadas, principalmente, no turno da noite, por ser presumível haver uma maior disponibilidade de tempo para as efetuar. Contudo, esse registo de informação sobre o cliente foi, gradualmente, entrando em desuso, talvez, por não haver uma uniformização da linguagem usada para a descrever, assim como, por não existir nenhum modelo conceptual de enfermagem orientador desse processo de tomada de decisão. Isto resultava em descrições extensas, desorganizadas, desatualizadas, havendo, com frequência, duplicação da informação. Por esse motivo, não foi considerado esse campo no momento de recolha de dados, para inferir os diagnósticos de enfermagem.

## **2.5. Procedimentos de tratamento e análise dos dados**

Relativamente ao GF e à análise documental da documentação de enfermagem mobilizada no processo de diagnóstico do cliente, aplicou-se a análise de conteúdo de Bardin, em que a técnica utilizada foi a categorial, sendo as categorias construídas *a priori*. A análise de conteúdo possibilita a explicação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens “com a finalidade de se realizarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens” (Vilelas, 2009, p.333). A análise categorial, que integra a análise de conteúdo de Bardin, surge perante a fragmentação do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos semelhantes. Estas operações visam compreender os aglomerados em termos de sentido de uma comunicação, sob a forma de dados comparáveis (Vilelas, 2009, citando Bardin, 1977).

### 3. RESULTADOS DO ESTUDO

#### 3.1. Análise de conteúdo do grupo focal

##### 3.1.1. Discussão dos resultados da análise de conteúdo do grupo focal

A realização do GF, assim como a sua análise de conteúdo e discussão dos resultados, foram realizados em conjunto com uma colega de equipa - a enfermeira Ana Margarida Esteves Pereira, por o respetivo estudo, realizado no âmbito do CMESMP, apresentar objetivos que se vinculam aos do presente projeto de estágio. Importa referir que na discussão dos resultados, as várias UR obtidas foram agrupadas em quatro dimensões - «pessoa», «saúde», «ambiente» e «cuidados de enfermagem», que correspondem aos conceitos centrais do fenómeno de interesse da enfermagem (Fawcett, 1995, citando Hardy, 1978). Dessa discussão, a presente secção remete o leitor apenas para os resultados da análise de conteúdo do GF, referentes ao tema em estudo, conforme se apresenta em seguida<sup>30</sup>.

##### 3.1.1.1. Dimensão I - Pessoa

Para descrever a “Dimensão I - Pessoa”, foram identificadas duas categorias referentes ao beneficiário de cuidados de enfermagem da UIPIA, do CHLC, nomeadamente a “Criança/Adolescente” e a “Família/Figura Tutelar” (conforme se pode ver na Tabela 3).

**Tabela 3.** Categorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão I: Pessoa.

<b>Dimensão I – Pessoa</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Criança/Adolescente	2	5
Família/Figura Tutelar	2	3
Total	4	8

<sup>30</sup>Todavia torna-se possível consultar a discussão dos resultados da análise de conteúdo do grupo focal completa, no Apêndice 5.

Criança/Adolescente: não sendo significativa a diferença entre o número de Unidades de Registo (UR) das categorias obtidas, o beneficiário de cuidados “Criança/Adolescente” constituiu a categoria com maior prevalência, compreendendo cinco Unidades de Enumeração (UE). Para a sua definição colaboraram dois dos oito enfermeiros participantes (E3 e E6), ambos EESM, que descreveram a criança/adolescente como uma pessoa singular, que apresenta, entre outros aspetos, certas particularidades e um comportamento imprevisível.

a singularidade que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive (E6)

Este olhar sobre aquele que parece ser o alvo central dos cuidados de enfermagem na UIPIA, do CHLC, remete para um tipo de abordagem centrada na criança/adolescente, tendo em consideração a sua especificidade, as suas necessidades e características de desenvolvimento, ao invés de uma abordagem centrada na sua patologia. Parte-se do pressuposto de que a criança/adolescente faz parte de um “todo” que o enfermeiro deve reconhecer de forma a otimizar a sua intervenção (Almeida e Sabatés, 2008).

Família/Figura Tutelar: por sua vez, a “Família/Figura Tutelar” foi mencionada em três UR, por dois participantes (E2 e E4), ambos ECG e estudantes do CMESMP, que consideraram a inclusão da família nos cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente.

família como fazendo parte dos cuidados (...) integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui (E2)

[o projeto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as necessidades (...) [da] família (E2)

Desta forma entende-se que a intervenção de enfermagem na UIPIA, do CHLC, assenta numa filosofia de cuidados, também, centrados na família, a qual é “uma constante na vida da criança” (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006, p.10). Neste tipo de abordagem, parte-se do pressuposto de que a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde da criança/adolescente, sendo a intervenção

de enfermagem mais eficaz quando a família é considerada como a “unidade de cuidados” (Almeida e Sabatés, 2008).

A admissão da criança/adolescente é vivenciada como uma situação de crise tanto para a criança/adolescente como para a família/figura tutelar. A família pode se sentir vulnerável (Almeida e Sabatés, 2008), por o seu “papel de proteção” desaparecer aos seus olhos e aos da criança/adolescente, perante a necessidade de fazer cumprir as decisões dos profissionais, detentores do saber, que parecem ter, nesse momento, o controlo de toda a situação (Jorge, 2004). Além disso, soma-se a insegurança e ansiedade inerentes à problemática da criança/adolescente e ao distanciamento dos restantes membros da família. A família/figura tutelar “culpabilizam-se e interrogam-se sobre o que terá falhado na sua atuação” (Jorge, 2004, p.14), sendo necessária a disponibilidade dos enfermeiros para ouvir a família/figura tutelar e a criança/adolescente para que essas questões possam ser reformuladas e para que a família se organize dentro da nova situação e contexto (Jorge, 2004). A seguinte unidade de registo encontra-se intimamente vinculada a essa perspetiva:

[na admissão, muitas vezes, os pais] (...) estão no limite, estão na exaustão (...) porque (...) se sentem falhados, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo (...) estas alterações que os miúdos apresentam, que (...) se calhar, não tiveram a atitude mais correta (...) quando digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos (...) porque também não sabem como (...) intervir face aos comportamentos das crianças. (...) nós percebemos esta necessidade que eles têm (...) de (...) ter ali um espaço, (...) alguém que os ouça sem ser julgado (E4)

### 3.1.1.2. Dimensão II - Saúde

**Tabela 4.** Categorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão II: Saúde.

<b>Dimensão II – Saúde</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Saúde/Doença Mental	3	6
Estigma	2	2
Total	4	8

No que diz respeito à “Dimensão II - Saúde” foram obtidas duas categorias que ajudam à compreensão do conceito de saúde no âmbito da UIPIA, do CHLC, sendo elas “Saúde/Doença Mental” e “Estigma” (ver Tabela 4, na página anterior).

Saúde/Doença Mental: o conceito de saúde mental é de facto abordado por vários autores, parecendo não existir consenso quanto à sua definição. Segundo a OMS (s.d.) saúde mental é "um estado de completo desenvolvimento físico, bem-estar mental e social, e não meramente a ausência de doença (trad. do autor)" (par.1). Por sua vez, “as tentativas de definições [de doença mental] têm sido dificultadas por diferentes teorias profissionais, normas culturais e avaliações subjetivas (trad. do autor)” (Honeyman, 2007, p.38), o que reforça a importância da definição destes conceitos no contexto específico da UIPIA, do CHLC. Para esta categoria – “Saúde/Doença Mental” – contribuíram três dos oito enfermeiros (E3, E6 e E8), todos eles EESM, com seis UR. Ao longo do GF, os enfermeiros participantes parecem descrever a doença mental na infância e adolescência como a manifestação de comportamentos heterogéneos, desajustados ou de risco, que variam com a idade e que, habitualmente, decorrem de perturbações do tipo emocional.

alterações a nível emocional provocam grandes oscilações do comportamento (E6)

o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com alterações, com perturbações do comportamento, faz uma série de comportamentos de risco ou... não ouve, não escuta ninguém, ninguém consegue impor limites na relação (E6)

os miúdos ou estão isolados, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão sempre a arranjar conflitos (E6)

Para as perturbações do comportamento, em específico, é descrita uma dificuldade na imposição de limites por parte da família/figura tutelar, assumindo-se o internamento como uma alternativa quando a resposta no contexto comunitário não é suficiente.

eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação (...) que é «eu, quem manda em mim sou eu, eu tenho o poder (...) eu quero! (...). Porque o eu ter é o eu ser (E6)

só sou internado (...) porque este acompanhamento periódico não consegue dar resposta... falhou (E6, E3 parece concordar)

Sequeira (2006) identifica, também, como capacidades da pessoa com saúde mental o facto de conseguir “(...) estabelecer relações ajustadas com o outro (...) [e de] participar construtivamente com o meio e o ambiente (...)” (p.19). O mesmo autor define ainda que a saúde mental “(...) não é só ausência de doença, ou de perturbações mentais, ou de alterações do comportamento (...) não é só a capacidade de adaptação sistemática do sujeito (...) implica (...) respostas adaptativas, embora inadaptação não signifique necessariamente Doença Mental.” (p.19). “A saúde mental na infância é tão importante como a sua saúde física para a sua saúde no geral e bem-estar (trad. do autor)” (Honeyman, 2007, p.39).

Estigma: outra das categorias emergentes remete-se a uma questão associada a área de intervenção, ou seja, o “Estigma”. Para esta segunda categoria colaboraram dois dos oito participantes, um ECG e estudante do CMESMP (E4) e o outro EESM (E8), com duas UR. “O estigma da doença mental, ansiedade e desesperança em torno do internamento pode criar barreiras para ganhar a confiança (trad. do autor)” (Mueller, 2009, p.25), pelo que se torna tão importante tê-lo presente, já que pode ajudar a aprimorar a intervenção de enfermagem.

As duas UR, que se referem a este aspeto do conceito de saúde mental, reforçam o impacto que o estigma pode ter em torno das expectativas sobre a intervenção multidisciplinar a ser desenvolvida na UIPIA, do CHLC.

as expectativas [da criança e da família] muitas vezes estão inflamadas e (...) desvinculadas àquilo que nós podemos aqui fazer (E8)

Turner e Liew (2010), citando Goffman (1963), referem-se ao conceito de “*courtesy stigma*” ou estigma por associação, como uma reação específica das pessoas que mantêm uma relação próxima com pessoas diagnosticadas com distúrbios psicológicos, como por exemplo, o cônjuge, os pais ou um familiar. “Os pais [das crianças com problemas psicológicos] podem estar menos propensos a procurar os serviços de saúde mental, por medo ou vergonha de ser percebido como tendo práticas parentais pobres (trad. do autor)” (Turner & Liew, 2010, p.232). Esta perceção leva a que muitos pais reduzam a procura de serviços de apoio, procurando a resolução dos problemas sem o recurso a serviços específicos. Contudo, o estigma face aos

serviços reduz após uma primeira experiência, revelando que nestas situações “(...) os pais relataram atitudes mais positivas em busca de ajuda, maior nível de intenções de busca de ajuda, e estigmatização menor do que os pais, sem experiência anterior com serviços de saúde mental (trad. do autor)” (Turner & Liew, 2010, p.237).

O estigma é igualmente vivido pela própria criança, assumindo-se as experiências satisfatórias nos serviços e um conhecimento aprofundado sobre a saúde mental, como fatores que contribuem para a redução do estigma e desenvolvimento de atitudes positivas quanto à saúde mental (Chandra & Minkovitz, 2007). Num estudo de Eggleston e Mitchell-Lowe (2009) sobre as percepções da criança face a um internamento de pedopsiquiatria, através do recurso a entrevistas, foi possível concluir que quatro das nove crianças, alvo do estudo, abordam questões relacionadas com o estigma, sendo que uma das suas maiores preocupações está relacionada com o que os seus amigos podem pensar do seu episódio de internamento.

No contexto particular da UIPIA, do CHLC, o estigma associado ao internamento, poderá produzir grande impacto na prática de cuidados, na medida em que pode traduzir-se numa maior resistência aos projetos terapêuticos propostos, nomeadamente, às intervenções de enfermagem a desenvolver. É neste campo, que o enfermeiro assume um papel relevante de tornar claros os objetivos do internamento e desmistificar as ideias preconcebidas da família/figura tutelar e criança/adolescente.

#### 3.1.1.3. Dimensão III - Ambiente

Para a terceira dimensão – “Dimensão III - Ambiente” – foi identificada uma categoria – “Ambiente de Cuidados” – que se remete às características da UIPIA, do CHLC. Pelos motivos apresentados na introdução desde capítulo, a sua descrição completa consta apenas em Apêndice 5, no presente relatório.

#### 3.1.1.4. Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem

Relativamente à última e quarta dimensão – “Dimensão IV - Cuidados De Enfermagem” – foram definidas sete categorias: “Processo de Enfermagem”; “Intervenções

Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação” (apenas em Apêndice 5<sup>31</sup>); “Fenômenos da Relação Terapêutica”; “Gestão de Cuidados” (apenas em Apêndice 5); “Desenvolvimento Profissional” (apenas em Apêndice 5); “Ética e Deontologia Profissional”; e “Continuidade de Cuidados”, que facilitam a tradução e compreensão dos cuidados de enfermagem prestados na UIPIA, do CHLC.

Processo de Enfermagem: para a primeira categoria – “Processo de Enfermagem” – foram identificadas cinco subcategorias, que têm correspondência direta com as cinco fases deste processo, conforme se apresentam na Tabela 5:

**Tabela 5.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Processo de Enfermagem.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Processo de Enfermagem	Apreciação Inicial (Admissão)	5	11
	Diagnóstico	3	5
	Planeamento das Intervenções (apenas em apêndice 5)	5	14
	Implementação das Intervenções (apenas em apêndice 5)	5	28
	Avaliação (Alta Clínica)	4	12
	Subtotal	7	70

A esta categoria foram feitas setenta referências ao longo do GF, tendo colaborado sete dos oito enfermeiros participantes, sendo que três são ECG (E1), em que dois deles são também estudantes do CMESMP (E2 e E4), e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8).

- Processo de Enfermagem: Apreciação Inicial (Admissão)

Para a primeira subcategoria – “Apreciação Inicial (Admissão)” – participaram cinco enfermeiros, sendo que três eram EESM (E3, E7 e E8) e dois ECG e estudantes do CMESMP (E2 e E4), com onze UR. Entre os principais aspetos que consideram importantes documentar no momento da apreciação inicial, estão: o motivo do inter-

<sup>31</sup>As categorias que constam apenas em Apêndice 5 são aquelas que fazem mais sentido para o estudo das intervenções de enfermagem desenvolvidas na UIPIA, do CHLC.

namento, na perspectiva da criança/adolescente e na da sua família; a atitude da criança/adolescente e da família face ao internamento; o EPEM; a história de acompanhamento na área de psiquiatria da infância e adolescência; e, os antecedentes familiares.

A par disso, ao longo do GF parece ser unânime considerar-se a apreciação inicial como um momento fundador da RT com o cliente e sua família. A entrevista inicial reveste-se, assim, de grande importância (Phaneuf, 2005), constituindo-se como um momento para o enfermeiro “procurar estabelecer uma relação terapêutica com o [cliente], fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar informações pessoais” (Baker & Trzepacz, 2001, p.17).

eles precisam de um espaço para serem ouvidos (E4)

Do discurso dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, consta-se a importância que atribuem à entrevista inicial como momento privilegiado para a apresentação da unidade à criança/adolescente e à família/figura tutelar, quer em termos físicos quer quanto à filosofia de cuidados. Nesse momento, o cliente e a família são encorajados a expor as suas dúvidas, os seus receios, tendo o enfermeiro o papel importante de acolhê-los e esclarecê-los, a fim de diluírem o estigma associado à área de Pedopsiquiatria.

ao apresentar o espaço (...) a equipa, (...) os outros jovens internados, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de preconceitos sobre a UIPIA] (...) se diluem (...) e falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento (E4)

- Processo de Enfermagem: Diagnóstico

A segunda subcategoria – “Diagnóstico” – apresenta a compreensão da equipa de enfermagem quanto à segunda etapa do processo de enfermagem, encontrando-se intimamente relacionada com o objeto em estudo. Nesta subcategoria colaboram três enfermeiros, dois EESM (E3 e E6) e um ECG (E1), com o menor número de UR da categoria (cinco).

Claramente existe na equipa uma dificuldade em nomear os diagnósticos específicos da área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, sendo que o E3 refere que para colmatar essa lacuna “tem que haver um trabalho (...) [de] investigação (...) [de] ver o que é que os livros dizem, a que é que aquilo se assemelha (...)”. Essa dificuldade leva os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, a ajuizar os comportamentos do cliente como “adequado (...) [ou] manipulador” (E6), em vez de os classificar de acordo com uma terminologia de enfermagem comum. Estes acrescentam ainda que noutras unidades de internamento, a formulação de um diagnóstico torna-se mais facilitada pelo facto de se mobilizarem dados mais objetivos, parecendo transparecer a importância da utilização de instrumentos ou escalas de avaliação com vista à uniformização da avaliação do cliente.

Uma vez que “os diagnósticos de enfermagem proporcionam um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento, em uma tentativa de definição do papel e do domínio próprios do enfermeiro” (Carpenito, 1997, p.27), torna-se emergente a definição dos que são mais frequentes na UIPIA, do CHLC.

- Processo de Enfermagem: Avaliação Clínica

Para a última subcategoria desta categoria – “Avaliação Clínica” – colaboraram metade dos enfermeiros participantes, sendo que um é ECG (E1) e três são EESM (E3, E6 e E8), com doze UR. Do discurso dos enfermeiros participantes constata-se a sua dificuldade na avaliação da evolução clínica do cliente e uma certa desvalorização daqueles que são os resultados da sua intervenção.

o que é que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha (...) está francamente melhor...». Mas está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? (...) para quê? Para ir para casa? (...) porque já consegue comer (...) porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavras (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas (...) sobre isto (E6)

[durante o internamento] O que é nós vamos avaliar? Que resultados (E6)

acho que às vezes há determinados aspetos que (...) sabem-nos a pouco. Por exemplo, que um miúdo esteja integrado com (...) outros jovens da mesma idade e consiga fazer uma ativi-

dade ocupacional daquelas banais (...) que aquele miúdo consiga estar ao pé dos outros, comunicando, interagindo (E6)

Talvez esta perceção se possa traduzir pela evolução dos clientes com psicopatologia ser lenta e ocorrer em pequenas etapas, tal como referem Stuart e Laraia (2001). Os mesmos autores propõem que a avaliação de enfermagem deve ser um processo mútuo, baseada nos resultados esperados pelo enfermeiro, cliente e sua família; constituindo-se como um processo contínuo e ativo, que se inicia desde o momento da apreciação inicial do cliente até ao momento da sua alta clínica. Também, como já mencionado, a dificuldade dos enfermeiros em nomear e identificar os diagnósticos de enfermagem referentes aos clientes que prestam cuidados, parece ter repercussões a nível da fase de avaliação clínica.

“É fundamental que os enfermeiros psiquiátricos tenham um modo sistemático e objectivo de verificar (...) quais foram os aspectos mais úteis dos cuidados (...) e que acções adicionais (...) poderiam ter melhorado ainda mais o seu bem-estar” (Stuart & Laraia, 2001, p.217). Além do mais, essa deve consistir numa atividade que deve ser documentada pelos enfermeiros de modo a que possam demonstrar o valor das suas intervenções. Tal como os enfermeiros participantes expuseram no GF, talvez com o recurso a escalas possam apoiar a avaliação que elaboram sobre o cliente, tornando-a mais objetivável.

sendo o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos (CE, 2008, p.1).

Outro aspeto que os enfermeiros participantes ressaltaram, relaciona-se com a importância dos cuidados de enfermagem, após a alta clínica do cliente, darem continuidade às intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o seu internamento na UIPIA, do CHLC.

é suposto que haja mais suporte para além do internamento (E3, E6 parece concordar parcialmente)

Fenómenos da Relação Terapêutica: dotado de grande importância para a prestação de cuidados de enfermagem em relação, emergiu a terceira categoria – “Fenómenos da Relação Terapêutica” – dentro da qual se identificaram quatro subcategorias - “Enfermeiro como Instrumento Terapêutico”, “Limites da Relação Terapêutica”, “Transferência e Contra Transferência” e “Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica”. De entre as várias categorias apresentadas, a categoria “Fenómenos da Relação Terapêutica” é a que contempla maior número de referências (setenta e três) e em que participou a totalidade (oito) dos enfermeiros envolvidos (ver Tabela 6).

**Tabela 6.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Fenómenos da Relação Terapêutica.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Fenómenos da Relação Terapêutica	Enfermeiro como Instrumento Terapêutico	7	17
	Limites da Relação Terapêutica	6	30
	Transferência e Contra Transferência	7	18
	Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica	5	8
	Subtotal	8	73

Esta categoria está intimamente relacionada com a primeira competência do EESM<sup>32</sup>, que torna claro que “a capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal (...) é central para a prática de enfermagem em saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica (...) condiciona os resultados esperados” (OE, 2010a, p.4).

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Enfermeiro como Instrumento Terapêutico

Na subcategoria “Enfermeiro como Instrumento Terapêutico”, constam dezassete UR de sete dos oito enfermeiros participantes, sendo que três são ECG e estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5) e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8). Os enfermeiros

<sup>32</sup>“F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2010a, p.4)

reforçam que, durante a RT com as crianças/adolescentes internados, o enfermeiro se mobiliza a si, assumindo-se como o próprio instrumento terapêutico.

[prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica munir as minhas fragilidades mas também nas minhas capacidades e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e implica um trabalho de conhecimento, de autoconhecimento (E3)

[ao prestar cuidados em relação] Vais-te mobilizar a ti como instrumento terapêutico, não é? (E4)

O enfermeiro é detentor de características humanas, tal como o cliente, tornando-se determinante, para a qualidade da relação, que ele vá tomando consciência de si e das suas expectativas (Chalifour, 2008). Intimamente relacionado com o referido é, também, evidenciado pelos enfermeiros participantes a importância dos processos formativos e da Intervisão Clínica<sup>33</sup> para o favorecimento do autoconhecimento do enfermeiro durante a RT.

e isso [relação terapêutica] é muito desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervenção (...), [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente, não num contexto do serviço, (...) mas que naturalmente (...) [tem] impacto na forma como nós prestamos cuidados (E3)

a compreensão que todos nós fomos desenvolvendo (...) [durante os] processos formativos (...) também nos ajuda (...) a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (E3)

Chalifour (2008) também afirma que “dado que a sua prática o leva a viver uma enormidade de emoções, pode acontecer que [o enfermeiro] sinta uma intensa necessidade de falar delas [pelo que] é desejável que encontre momentos precisos para o fazer, com os seus colegas (...)” (p.174). Kaye (2009) e Buckley (2010) corroboram com a importância conferida aos momentos formativos reforçando o impacto positivo que isso propõe à qualidade da prática de cuidados.

---

<sup>33</sup>O conceito de Intervisão Clínica foi introduzido, no contexto da prática de cuidados na UIPIA, do CHLC, por via do enfermeiro-chefe. Surgiu mediante a necessidade do corpo clínico de enfermagem criar um espaço, não apenas físico como também temporal, orientado para a reflexão coletiva sobre a natureza das suas práticas.

Por último, ao longo do discurso, os enfermeiros evidenciam a heterogeneidade da intervenção de enfermagem na UIPIA, do CHLC, decorrente do facto de cada enfermeiro albergar em si um conjunto de características específicas e próprias que estão presentes na RT. Profundamente influenciado pela teoria de Peplau, das relações interpessoais de enfermagem, Travelbee, em 1971, define o «uso terapêutico de si» como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem” (Townsend, 2011, p.122).

[a intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional] (...) flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios também flutua muito de dia para dia (E8)

se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos (E6)

continua a haver uma flutuação muito grande [na intervenção de enfermagem] (...) de turno para turno, e na presença desta ou daquela pessoa (E8)

eu tenho uma forma de atuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes... (E2)

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Limites da Relação Terapêutica

Noutra das subcategorias denominada de “Limites da Relação Terapêutica”, os enfermeiros abordam as suas dificuldades em permanecer na “dimensão terapêutica” (E3) da relação que estabelecem com a criança, assumindo a presença de limites na relação. Nela participam seis enfermeiros, três são ECG (E1), em que dois são também estudantes do CMESMP (E4 e E5), e três são EESM (E3, E6 e E7). Essencialmente é identificado como limite o facto de os enfermeiros nem sempre estarem disponíveis para a RT.

[prestar cuidados em relação implica] disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo (E3)

é possível estar sempre em relação, difícil é estar sempre nesta dimensão terapêutica... (E3)

acabas sempre por «estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno (...). Mesmo na tua hora de almoço... (E5)

Phaneuf (2005) reforça que para o estabelecimento de uma RT com a pessoa, a enfermeira “tem a necessidade de um pouco de tempo e de um pouco de presença de espírito, coisas de que nem sempre dispõe” (p.325). Neste sentido, o enfermeiro “deve estar consciente dos seus limites pessoais e profissionais e, sempre que necessário, aceitar dirigir o cliente para um outro profissional que esteja em melhores condições para o ajudar” (Chalifour, 2009, p. 85). Esta necessidade é igual reconhecida pelos enfermeiros participantes do GF que reforçam a possibilidade de serem substituídos por outro colega, quando é atingido o seu limite, pessoal ou profissional, na relação com a criança.

nos miúdos com alterações do comportamento... Quando estamos (...) com eles no quarto de isolamento... e em relação... chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (E4, P3 parece concordar)

[ao sair um pouco «de cena»] se calhar não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação (E3)

[sair um pouco «de cena» é] Mais do que terapêutico! A entrada de outra pessoa [enfermeiro] é a possibilidade de fazer diferente (E5)

“nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco (...), «agora não vou estar contigo, mas não te abandono (...)» e eu acho que [a saída «de cena»] (...) tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós (E3)

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Transferência e Contra Transferência

Para a terceira subcategoria – “Transferência e Contra Transferência” – foram tidas em conta as UR que remetem para os fenómenos de transferência e contra transferência decorrentes da RT. Nesta subcategoria colaboram sete enfermeiros, em que três são ECG e estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5) e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8), com dezoito UR.

A transferência e a contra transferência ocorrem numa RT, pelo que é determinante que o enfermeiro, tal como em outros fenómenos, tome consciência da sua presença e tome as medidas necessárias para geri-los (Phaneuf, 2005). A transferência consiste num processo vivido pelo cliente em que este transfere padrões de relaciona-

mento presentes ou conflitos do passado para a relação com o enfermeiro. Por sua vez, a contra transferência é uma reação vivida pelo enfermeiro perante processos transferenciais do cliente. Nas diferentes UR é evidenciada a importância conferida pelos enfermeiros participantes à gestão dos processos transferenciais, vividos pela criança, e dos processos contra transferenciais, vividos pelo enfermeiro, que sucedem na RT na UIPIA, do CHLC.

[prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de disponibilidade para] aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (E3)

estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas (E5)

ele próprio [miúdo] tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferentes (E6)

isso [o facto do rapaz estabelecer relações especiais com pessoas específicas] acontece lá fora! (...). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte! (E3, E6 e E8 parecem concordar)

a questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam? (...) Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam... [de determinadas características nos enfermeiros] (...) é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que é importante perceber (...) [é] porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho? (E6)

Tal como é defendido por Phaneuf (2005), também os enfermeiros participantes concordam com a possibilidade do enfermeiro se “retirar” momentaneamente do *setting* terapêutico, quando sente que não está a ser capaz de gerir os fenómenos de transferência/contra transferência presentes na RT.

sairmos um pouco de cena e de entrar outra pessoa (...) dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecemos, também, aquilo que estamos a sentir (E3, E4 parece concordar)

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica

Para a quarta e última subcategoria – “Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica” – foram agrupadas as UR relativas às emoções vividas e sentimentos identificados pelo enfermeiro durante a interação com a criança. Para esta subcategoria contribuíram cinco enfermeiros, dois são ECG (E1), sendo que um é também estudante do CMESMP (E5), e três são EESM (E3, E6 e E7) com oito UR, sendo a subcategoria que tem menor número de enfermeiros envolvidos e menor número de UR dessa categoria.

Ao longo do discurso, os enfermeiros participantes identificam a culpa, a preocupação, o cansaço, a zanga e a rejeição como alguns dos sentimentos que ocorrem na RT com a criança.

essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma culpabilidade muito grande (E3)

[a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também (...) uma zanga... [no enfermeiro] porque (...) nós temos sempre uma expectativa em relação ao comportamento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde (E6)

[na relação com os miúdos] sinto-me rejeitada (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (E7)

A palavra «emoção» tem origem na palavra latina *emotio*, cujo significado é o de movimento, comoção, ato de mover, o que parece estar associado à nossa intenção de ação (Sociedade de Língua Portuguesa, 1990). Phaneuf (2005) define a emoção como “um estado afectivo comportando sensações agradáveis ou desagradáveis, de curta duração, suscitadas interiormente por um pensamento, ou exteriormente por uma situação que nos marca” (p.205). A sua expressão verbal é traduzida num sentimento, que é um estado afetivo complexo, profundo, associado às representações da realidade externa e interna da pessoa (Damásio, 2004 e Phaneuf, 2005). Mercadier (2004) reforça que o sentimento é expresso através da linguagem ao contrário

da emoção que se reporta ao domínio não verbal. Cada uma das expressões dos enfermeiros reporta-se a sentimentos desagradáveis que os mesmos identificam como presentes na relação, parecendo reconhecerem o impacto que estes têm em si e no seu desempenho.

A prestação de cuidados ocorre, habitualmente, em contextos onde o sofrimento físico e os sentimentos de medo e angústia são frequentemente vividos pelo cliente, tornando-se a enfermeira num alvo sensível a experimentar também alguns destes sentimentos desagradáveis (Phaneuf, 2005). A prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental, que é essencialmente traduzida por problemas de natureza emocional, parece revestir-se de uma maior intensidade de sentimentos desagradáveis. Tal como se percebe das expressões dos enfermeiros participantes, o enfermeiro que trabalha neste contexto fica mais exposto a estas situações, eventualmente, desagradáveis. Phaneuf (2005) descreve que o enfermeiro pode viver “(...) sentimentos intensos de tristeza, de frustração, de impotência, ou mesmo de culpabilidade” (p. 184), o que de certa forma corresponde a alguns dos sentimentos vividos pelos enfermeiros na UIPIA, do CHLC.

Ao longo desta categoria foi explorada a importância dos aspetos relativos ao auto-conhecimento para a prestação de cuidados, em RT, no âmbito da saúde mental. Intimamente relacionado com o facto do enfermeiro se mobilizar como instrumento terapêutico, Chalifour (2008) refere que:

é essencial que [o enfermeiro] tenha elevados conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos (p. 23).

Ética e Deontologia Profissional: nesta categoria – “Ética e Deontologia Profissional” – um dos enfermeiros, EESM (E8), faz referência à acrescida responsabilidade da intervenção dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, relativamente às crianças/adolescentes que são internadas na unidade (ver Tabela 7), pelo facto de os seus familiares/figura tutelar não se encontrarem em permanência nessa unidade. Isto faz com que os enfermeiros assumam o papel de “responsáveis diretos” (E8).

**Tabela 7.** Categoria da análise de conteúdo do GF, referente à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Ética e Deontologia Profissional.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Ética e Deontologia Profissional	1	1

A responsabilidade, sendo uma questão de ordem ética e deontológica, apresenta-se em dois sentidos. Numa primeira instância, diz-se responsável aquele que tem a responsabilidade dos seus atos; por outro lado, num sentido mais lato, a verdadeira responsabilidade consiste no que se exerce a respeito de alguém ou alguma coisa mais frágil, que nos é confiada por outro. “A ideia de “tomar a cargo” é absolutamente central: algo ou alguém “tem de ser posto à minha guarda, sob a minha protecção” (Nunes, 2008, p.74, citando Aeschlimann, s.d.). Cada enfermeiro assume um compromisso de cuidado, ao tornar-se profissional (mais concretamente, ao inscrever-se na OE), responsabilizando-se pelo outro, que se lhe entrega e se confia ao seu cuidado, e que pode ser uma pessoa, família, grupo ou comunidade (Nunes, 2008). Ora na UIPIA, do CHLC, a família/figura tutelar colocam a criança/adolescente à guarda e protecção da equipa, atribuindo-lhes essa responsabilidade.

Contudo, no contexto da UIPIA, do CHLC, esta responsabilidade acresce muito “em termos de peso da nossa intervenção concreta” (E8), já que, para além dos diferentes papéis assumidos pelo enfermeiro, entre eles o papel de terapeuta de resolução da problemática que motivou o internamento da criança, tem ainda o papel de garantir que a criança se mantém a cuidar de si ou então de cuidar dela, sempre que esta mostre não ser capaz de o fazer, tal como os seus pais fariam se a criança estivesse à sua responsabilidade.

no meio terapêutico, os enfermeiros são responsáveis por assegurar que as necessidades fisiológicas dos clientes são satisfeitas [sendo que] os clientes devem ser encorajados a agir tão independentemente quanto possível na realização das atividades de vida diária. (...) A avaliação do estado físico é uma responsabilidade importante da enfermagem que não deve ser descuidada num *setting* psiquiátrico que enfatiza o cuidado holístico (Townsend, 2011, p.204).

Continuidade dos Cuidados: por último e revestida de grande importância para a problemática em discussão, surge a sétima e última categoria, denominada de “Con-

tinuidade dos Cuidados”, que procura essencialmente, apresentar a representação da equipa face a duas importantes atividades do dia a dia dos enfermeiros, isto é a “Passagem de Turno” e a “Documentação dos Cuidados”.

Esta categoria apareceu ao longo do discurso da equipa por trinta e três vezes, envolvendo quatro participantes, três EESM (E3, E6 e E8) e um ECG e estudante do CMESMP (E4) - ver Tabela 8.

**Tabela 8.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Continuidade dos Cuidados.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Continuidade dos Cuidados	Passagem de Turno	3	10
	Documentação dos Cuidados	4	23
	Subtotal	4	33

- Continuidade dos Cuidados: Passagem de Turno

Ao longo das dez UR sobre a passagem de turno, dos três EESM que colaboraram, é traduzida a preocupação dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, em assumir esse momento como um espaço de partilha da informação relevante sobre o cliente, para que o colega do turno seguinte possa dar continuidade à intervenção de enfermagem.

o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante, como é que eu passo essa informação? (E6)

eu tento sempre, quando estou a passar o turno (...) transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança (E8)

Instala-se, desta forma, a questão de como transmitir esses dados sem que sejam deturpados, uma vez que a comunicação efetiva durante a passagem de turno consiste numa componente fundamental para a prática clínica pois contribui para uma cultura de segurança e para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012).

já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário (...) não tem nada a ver com o sentido (...) com o que depois o colega foi pegar e falou (E3)

Para além de favorecer a continuidade de cuidados, a passagem de turno é entendida pelos enfermeiros participantes como um momento de reflexão da prática, podendo constituir-se como um espaço informal de intervenção clínica<sup>34</sup>.

[nas] nossas passagens de turno (...) temos 1h30 de passagem (...) temos muita necessidade depois de transmitir aquilo que vivemos com o miúdo, ainda que num registo escrito isso não apareça (E3)

A passagem de turno consiste num momento de reunião da equipa de enfermagem, almejando assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação sobre o cliente. Desse modo, contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (Parecer CJ/20, 2001). De facto, a passagem de turno trata-se de um momento de grande cumplicidade, no qual os enfermeiros podem refletir sobre a sua prática clínica, o que pode gerar mudanças de comportamento e atitudes, por vezes não conscientes, que promovem o desenvolvimento pessoal e profissional (Ferreira, Luzio e Santos, 2010, citando Carneiro et al., 200?). Entre a informação pertinente para a continuidade de cuidados, geralmente, consta o diagnóstico do cliente, os procedimentos realizados, o plano de cuidados e outros tópicos de discussão sobre a avaliação clínica efetuada sobre o cliente (Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012, citando Caruso, 2007).

Contudo, na UIPIA, do CHLC, a natureza dos cuidados prestados ao cliente centra-se, como já foi referido, sobretudo na RT - “a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece” (Townsend, 2011, p.120), pelo que os enfermeiros têm a necessidade de transmitir muito do que vivem nessa relação. “A reflexão sobre a acção é essencial para os profissionais de saúde mental [e psiquiatria], na medida

---

<sup>34</sup>Consiste num “círculo restrito de reflexão” (Garrido, 2005).

em que lhes permite explorar as experiências da prática clínica, sem desprezar a possibilidade dos seus valores pessoais, suposições e crenças influenciarem tanto a prática em si como a forma como é experienciada” (Harrison & Taylor, 2010, p.288, citando Schon, 1983).

- Continuidade dos Cuidados: Documentação dos Cuidados

Os quatro enfermeiros que investiram na compreensão da “Documentação de Cuidados” na UIPIA, do CHLC, afirmam, numa fase inicial da discussão, que a documentação de enfermagem realizada não dá visibilidade à prática de cuidados na UIPIA, do CHLC.

[no registo de enfermagem] faço uma tentativa de (...) pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno (...) mas eu acho que os registos dizem (...) muito pouco (...). É um momento (...) de esforço, em que eu tento pôr ali qualquer coisa de válida mas que eu sinto muitas vezes que tem muito pouca validade e que às vezes cai muito nesta coisa do comportamento adequado e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) temos aí chaves... (E3)

acho que nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes. Eu sinto essa dificuldade (E4)

A documentação de enfermagem acarreta, assim, um campo alargado de funcionalidades “que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade de cuidados (...), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007a, p.1). Além disso, sendo os registos de enfermagem a base de toda a metodologia de trabalho em enfermagem, estes são também importantes para que os enfermeiros consigam dar visibilidade ao seu desempenho e reforçar a sua autonomia, bem como a sua responsabilidade profissional (Martins et al, 2008, citando Dias et al, 2001).

Como principais lacunas da documentação de enfermagem, os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, abordam a pouca objetividade dos seus registos, que decorre, muitas vezes, do facto de a intervenção de enfermagem também não se encontrar estruturada. Esta maior consciência sobre a possibilidade dos registos de enfermagem

não cumprirem os objetivos para os quais foram estruturados, reforça a importância da sua formalização, nomeadamente, através da implementação de uma linguagem de enfermagem classificada comum que ajude a uniformizar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem.

### 3.1.2. Conclusões da análise de conteúdo do grupo focal

Durante a análise de conteúdo do discurso dos enfermeiros e de entre as diferentes escolas de pensamento em enfermagem existentes, aquela que melhor parece ir ao encontro das categorias identificadas é a escola das interações, em que se depreende que a interação enfermeiro-cliente é central no decurso da intervenção de enfermagem. O facto de essa interação promover o crescimento quer do enfermeiro, quer do cliente parece convergir na teoria de Hildegard Peplau.

Relativamente ao primeiro conceito do metaparadigma apresentado, correspondente à “Dimensão I - Pessoa”, Peplau define «pessoa» como um homem que «luta» à sua maneira para reduzir a tensão gerada pelas suas necessidades (Belcher & Fish, 2000). Na UIPIA, do CHLC, o alvo central da intervenção de enfermagem trata-se da criança/adolescente, que na procura de alívio do seu sofrimento emocional, desenvolve respostas adaptativas únicas. Esta definição parece ajudar a traduzir o comportamento imprevisível da criança/adolescente, descrito pelos enfermeiros participantes, que consideram na sua prática clínica as necessidades e características específicas de desenvolvimento de cada criança/adolescente. Apesar de Peplau não se referir à família na definição do conceito de «pessoa», esta acaba por ser considerada ao longo da sua teoria. Na UIPIA, do CHLC, a intervenção de enfermagem abrange também a família/figura tutelar da criança/adolescente, pela compreensão dos enfermeiros participantes de que o sofrimento da criança/adolescente é extensível à família/figura tutelar.

No que respeita ao segundo conceito do metaparadigma e “Dimensão II - Saúde” da análise de conteúdo, “Peplau define saúde como (...) um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária” (Howk, p.429). Na UIPIA, do CHLC, a

saúde mental da criança/adolescente traduz-se, essencialmente, pela estabilidade emocional, por um comportamento que deve ser ajustado à idade e pela capacidade em estabelecer relações interpessoais positivas, aspetos fundamentais para a criança continuar a desenvolver-se no sentido de uma “vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária”. O hospital consiste num contexto social no qual o paciente é capaz de crescer na direcção da saúde, sendo que isso requer que o enfermeiro investigue as condições que promovem o seu “bem estar físico, emocional e social” (Peplau, 1988).

Relativamente à “Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem”, Peplau considera a «enfermagem» como “um processo interpessoal significativo, terapêutico” (Belcher & Fish, 2000, p.51, citado Peplau, 1988), uma conceção que a UIPIA, do CHLC, igualmente, absorve. Talvez seja nesta categoria, que a teoria de Peplau mais se aproxima do discurso oral dos enfermeiros. Esta teórica apresenta uma sequência de fases da relação enfermeiro-cliente, designadamente: a orientação, identificação, exploração e resolução, que apesar de serem independentes, se sobrepõem (Howk, 2004), assim como acontece no processo de enfermagem (Doenges & Moorhouse, 2010). Algumas semelhanças poderão ser consideradas entre essas duas estruturas, pois ambas são “sequenciais e enfocam as interacções terapêuticas” (Howk, 2004, p.51). Além disso, ambas permitem uma definição mais clara do problema do cliente e a identificação das suas necessidades específicas; enfatizam o uso da técnica de resolução de problemas, pelo enfermeiro, em colaboração com o cliente, com o objetivo de se preencher as necessidades do cliente; e usam a observação, a comunicação e a documentação dos dados como instrumentos básicos para a prática de enfermagem (Belcher & Fish, 2000).

A fase de orientação, da relação enfermeiro-cliente, encontra-se estritamente relacionada com o tema em estudo. Na fase de orientação, o cliente e/ou a família apresentam uma «necessidade sentida» e procuram a ajuda de um profissional que colabora com os mesmos na análise da situação, de modo a que juntos possam reconhecer e compreender o problema existente. “Estabelece-se um vínculo entre a enfermeira e o [cliente] que continua a ser fortalecido enquanto as preocupações estão sendo identificadas” (Belcher & Fish, 2000, p.47). Esta fase encontra-se rela-

cionada com a fase de apreciação inicial, do processo de enfermagem, que se reveste de grande importância como momento fundador da RT com o cliente e sua família (Phaneuf, 2005). Quando o cliente esclarece a sua «necessidade sentida», inicia-se a fase de diagnóstico, do processo de enfermagem que, para Peplau consiste numa “declaração resumida baseada na análise da enfermeira” (Belcher & Fish, 2000, p.52).

Reconhecer a completa importância do problema e o tipo de assistência profissional que é necessária faz parte, em grande parte, da tarefa de avaliar e diagnosticar o problema emergente. As funções de enfermagem ajudam na recolha de dados observáveis objetivos, no reforço e clarificação do que o médico comunicou ao cliente, e na identificação dos problemas periféricos ou sub-problemas relacionados com o problema principal. O enfermeiro deve encorajar o cliente a participar na identificação e avaliação do seu problema de forma a envolvê-lo como parceiro ativo.

O conhecimento dos serviços do hospital a ser colocado à disposição do cliente ajuda-o a sentir-se seguro, pois percebe que algo vai ser feito para conhecer e satisfazer as suas necessidades e desejos. Quando essas expectativas ficam claras ao princípio, o cliente pode visualizar os limites e usar as suas energias para harmonizar as suas necessidades e objetivos. Dependendo dos padrões de resposta característicos do cliente em situações de crise, a ansiedade pode desenvolver-se rapidamente devido à ameaça de separação dos seus membros da família/figura tutelar, particularmente quando o paciente é separado de alguém de quem é muito dependente. O enfermeiro deve pedir aos familiares para saírem rapidamente, fornecer avisos amplos e explicações claras sobre o que é preciso fazer, permitindo ao cliente antecipar um evento novo e receber a garantia dos familiares. Tudo o que é necessário intervir com o cliente requer uma explicação de orientação. Toda a equipa de saúde pode apresentar-se ou ser apresentado à medida que entram em contacto com o cliente. Assim, quando o profissional arranja tempo para ajudar o cliente a ficar orientado quanto às maneiras e costumes do hospital e a ver as relações desses serviços com o seu problema, a experiência no hospital pode ser caracterizada como uma aprendizagem significativa (Peplau, 1988).

Para Peplau a enfermagem “é terapêutica por ser uma arte curativa (...) encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum” (Belcher & Fish, 2000, p.46). Nesse processo interpessoal, o enfermeiro mobiliza-se como instrumento terapêutico, o que determina, para além do desenvolvimento do cliente, que o enfermeiro também se desenvolva, quer do ponto de vista profissional, quer pessoal. “A enfermagem é um processo interpessoal, e tanto o [cliente] quanto a enfermeira têm partes igualmente importantes na relação terapêutica” (Belcher & Fish, 2000, p.47). Cada pessoa, durante o processo interpessoal, é influenciada pela sua própria cultura, valores, crenças, sentimentos, ideias preconcebidas e experiências anteriores, o que determina que os indivíduos desenvolvam reações diferentes.

peplau salienta que o paciente e a enfermeira amadurecem como resultado da interacção terapêutica. Quando duas pessoas encontram-se em um relacionamento criativo, existe uma sensação permanente de reciprocidade e proximidade ao longo da experiência. Ambos os indivíduos são envolvidos em um processo de autopreenchimento, que se torna uma experiência de crescimento (Belcher & Fish, 2000, p.56).

Preconiza-se o completo desenvolvimento do enfermeiro como pessoa que está consciente de como funciona numa situação (Peplau, 1988). Neste sentido, é importante que o enfermeiro tenha consciência das suas reações contra transferências quando intervém com o cliente, uma vez que “as pessoas que estão conscientes dos seus próprios sentimentos (...) têm mais probabilidade de estar conscientes das reacções individuais dos outros” (Belcher & Fish, 2000, p.46).

Perante a diversidade de características pessoais e profissionais dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da UIPIA, do CHLC, estes são atribuídos às crianças/adolescentes, consoante o papel que se espera que desempenhem durante esse processo interpessoal. O enfermeiro responsável deverá ser capaz de viver qualquer um dos papéis<sup>35</sup>, assumindo-se adaptável às necessidades da criança/adolescente/família/figura tutelar. Ainda que por vezes, possa ter que viver o «papel de estranho», na relação que estabelece com a crian-

---

<sup>35</sup>Para Peplau, o enfermeiro assume diferentes papéis durante as várias fases da relação interpessoal (Belcher & Fish, 2000).

ça/adolescente/família/figura tutelar, o enfermeiro responsável deverá viver majoritariamente os restantes papéis de pessoa de recurso, professor, líder, substituto e conselheiro<sup>36</sup>. É essencialmente, neste último papel, de conselheiro, que o enfermeiro responsável se deverá destacar na medida em que este é o que assume maior ênfase no contexto psiquiátrico (Townsend, 2011; Howk, 2004). Ao assumir esse papel, Peplau (1952) defende que a intenção é de ajudar o cliente “(...) a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação actual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida” (Peplau, 1952, citado por Howk, 2004, p. 428).

### **3.2. Análise de conteúdo da documentação de enfermagem**

A análise de conteúdo, da documentação de enfermagem resultante do processo de diagnóstico do cliente, foi realizada com o propósito de se caracterizar os dados contidos nesse *corpus* de análise, assumindo-se o critério de se aproximar a linguagem natural usada pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, aos termos existentes na CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2. Como fator coadjuvante desse processo, destaca-se o estágio realizado<sup>37</sup> no Serviço de Urologia da ULSM. A opção pela ULSM relacionou-se com facto de esta constituir uma referência, a nível nacional, no que respeita o uso da CIPE<sup>®</sup>. Os orientadores – o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, Renato Pinto, e a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, Lara Teixeira Lemos – tiveram, assim, um papel determinante na formação quanto à lógica da CIPE<sup>®</sup> no SIE informático “SAPE<sup>38</sup>” (em uso nesse momento). Sem essa base, todo o restante percurso, que se apresenta em seguida, seria, em vão. Sendo o processo de diagnóstico orientador do presente estudo, optou-se por seguir a sua lógica na apresentação dos dados, nomeadamente, os dados da apreciação inicial, precedidos dos dados das notas de enfermagem.

---

<sup>36</sup>O paciente pode colocar o enfermeiro em diferentes papéis, como o de substituto da mãe, pai, entre outros, nos quais o enfermeiro ajuda o paciente ao permitir-lhe que, desse modo, reencene e analise sentimentos antigos gerados nas relações antigas; e permitindo reorientar os sentimentos em relação a essas pessoas (Peplau, 1988).

<sup>37</sup>De quinze a dezanove de outubro de 2012.

<sup>38</sup>As siglas referem-se ao “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem”.

### 3.2.1. Discussão e conclusões da análise de conteúdo dos dados da apreciação inicial

Importa evidenciar que no período sobre o qual incidiu a recolha de dados, o impresso “NEA” não foi sistematicamente documentado, verificando-se que não foi preenchido sobre um cliente, dos oito iniciais. Por esse motivo os dados desse cliente não surgem representados nos resultados que se apresentam em seguida.

Para se proceder à categorização dos dados da apreciação inicial foram, inicialmente, definidas três dimensões: “Dados Gerais”, “Dados Subjetivos” e “Dados Objetivos”, usando-se como quadro de referência o EPEM, por ser orientador da “correcta avaliação e tratamento de sintomas psicopatológicos (...) e angústia emocional (...) do [cliente]” (Baker & Trzepacz, 2001, p.14). As categorias e subcategorias foram depois organizadas, segundo um raciocínio analógico, face à dimensão correspondente; sendo que para as nomear usou-se o critério de aproximar a linguagem natural usada pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, aos termos da CIPE<sup>®39</sup>. Ressalva-se que esse processo não cumpriu o propósito de categorizar todos os dados da apreciação inicial segundo essa linguagem classificada de enfermagem, uma vez que parte da informação recolhida não se referia a focos de atenção para inferir diagnósticos de enfermagem, mas a dados sobre o cliente e sua família, relevantes para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Nesta lógica, a intenção foi a de se iniciar a uniformização e apropriação dos termos da CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2, independentemente da classificação dos fenómenos e das ações de enfermagem.

A tabela 9, na página que se segue, expressa a organização das categorias e subcategorias dos “Dados Gerais” referentes ao impresso “NEA”, dos quais se obtiveram quarenta UR.

---

<sup>39</sup>Para uma maior compreensão sobre a integridade deste processo de análise de conteúdo, dos dados referentes ao impresso NEA, aconselha-se a leitura do Apêndice 6.

**Tabela 9:** Categorização dos “Dados Gerais” referentes ao impresso “NEA”.

<b>Dados Gerais do impresso “NEA”</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Hora (Admissão)		2	2
Proveniência		2	2
Acompanhado por		4	6
Nome Preferido		5	5
Idade		6	6
Representante Legal		1	1
Estrutura Social	Instituição	2	4
Estrutura Social	Coabitação	6	6
Restrições Legais	Adoção	1	1
Restrições Legais	Referência CPCJ	1	1
Escolaridade		6	6
		Total	40

Verifica-se que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentaram a “Idade”, “Estrutura Social: Coabitação” e “Escolaridade” da maioria dos clientes; numa relação de seis, dos sete clientes cujos dados foram analisados. O que contrasta com as categorias/subcategorias “Representante Legal”, “Restrições Legais: Adoção” e “Restrições Legais: Referência CPCJ”, que foram documentadas relativamente a um, dos sete clientes. Desses resultados, depreende-se que existem dados gerais, que pela sua transversalidade, assumem uma maior representatividade na documentação de enfermagem que é produzida sobre o cliente; aos quais se juntam dados gerais cuja necessidade de recolha depende da especificidade do cliente e sua família. Usando-se a categorização dos “Dados Gerais” da Tabela 9 como exemplo, entende-se que é possível documentar a idade de todos os clientes, por ser uma característica intrínseca a cada indivíduo. Porém, nem todos os clientes apresentam uma história de adoção ou de referência à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) que possa ser alvo de documentação ou que faça sequer, sentido o enfermeiro abordar no decurso do diálogo que estabelece com o cliente e sua família, no momento da sua apreciação inicial.

O enfermeiro deve assim orientar a recolha de dados sobre o cliente de acordo com o respetivo problema de saúde e a necessidade de cuidados de enfermagem que daí advém, servindo-se “do seu julgamento clínico para decidir que dados vai colher” (Chalifour, 2007, p.140). A natureza própria de cada indivíduo, é assim, a variável

que faz alterar os dados a recolher na apreciação inicial; verificando-se que a unicidade do cliente é, desse modo, respeitada (Phaneuf, 2005).

Outro aspeto que se coloca incide sobre a pertinência da recolha de um dado geral, ao qual é atribuído um sentido quando considerado isoladamente, e um sentido mais lato, quando cruzado com outros dados sobre o cliente. Consideremos, como exemplo, o dado “idade”. Numa primeira instância, a idade, sem outro dado associado, permite verificar se o cliente obedece ao critério de idade de acesso à UIPIA, do CHLC<sup>40</sup>. Além disso, a idade permite perspetivar as características que são consideradas exetáveis para uma determinada faixa etária, as quais a criança/adolescente deve corresponder de modo a adaptar-se ao meio ambiente. Há vários autores, no âmbito do desenvolvimento, que classificam o crescimento e o comportamento infantil em estádios aproximados de acordo com a idade (Hockenberry, Wilson & Winkels-tein, 2006); sendo que o enfermeiro, ao confrontar-se com a singularidade da criança/adolescente, deve usar o modelo que lhe parece mais pertinente para a sua compreensão (Marcelli, 2005). Enquadrada num modelo que lhe servirá de quadro conceptual, a idade permite dar significado a outros dados recolhidos sobre o cliente, o que se poderá concretizar, ou não, na formulação de um diagnóstico de enfermagem. Por outro lado, se esta reflexão se centrar no exemplo do dado “escolaridade”, este parece, por si só, um facto não interpretado. Do que se depreende que existem dados isolados que consistem numa “informação “bruta”, sem interpretação” (p.21), até que lhes sejam associados outros dados que lhes possibilitem uma interpretação distinta (Amaral, 2010).

Para além dos dados gerais, os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, recolheram dados relativos aos sinais e sintomas associados ao problema de saúde de cada cliente. É sobre esses “Dados Subjetivos” e “Dados Objetivos”, do impresso “NEA”, que a Tabela 10 (página seguinte) pretende retratar.

---

<sup>40</sup>Que designa a entrada da população infantil e juvenil até aos dezoito anos, exclusive (Ferreira, 2010).

**Tabela 10:** Categorização dos “Dados Subjetivos” e “Dados Objetivos” referentes ao impresso “NEA”.

<b>Dados Subjetivos e Objetivos do impresso “NEA”</b>				
<b>Categoria</b>		<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
<b>Dados Subjetivos</b>	Motivo Internamento		3	3
	Acompanhamento Pedopsiquiatria		2	2
	Acompanhamento Outras Especialida-		4	4
	História Problemática Atual		7	18
	História Problemática Atual	Regime Terapêutico	3	5
	Antecedentes Pessoais		2	2
	Antecedentes Pessoais	Uso Substâncias (B2 <sup>41</sup> )	7	8
	Revisão Sistemas	Visão (B2)	7	7
	Revisão Sistemas	Audição (B2)	7	7
	Revisão Sistemas	Aparelho Reprodutor (B2)	3	3
	Revisão Sistemas	Sistema Musculoesquelético (B2)	7	7
	Antecedentes Familiares		4	5
	Pessoas Significativas		6	6
	Dinâmica Familiar	Preocupações/Expetativas face Indiv.	2	2
	Dinâmica Familiar	Observação Interação	1	2
	Dinâmica Familiar	Relatada pelo Cliente	2	2
	Auto cuidado: Atividade Recreativa (B2)		5	5
	Auto cuidado: Higiene (B2)		6	6
	Auto cuidado: Comer (B2)		3	3
	Auto cuidado: Comer (B2)	Hábitos Alimentares (B2)	5	5
	Auto cuidado: Ir Sanitário (B2)	Hábitos Eliminação Intestinal (B2)	1	1
	Auto cuidado: Comport. Sono-Repouso		2	2
	Auto cuidado: Comport. Sono-Repouso	Hábitos Sono (B2)	6	6
Objecto Transição		3	3	
<b>Dados Objetivos</b>	EPEM	<i>Insight</i>	2	2
	EPEM	Atividade	1	1
	EPEM	Aspeto	5	8
	EPEM	Atitude	3	4
	EPEM	Discurso	2	2
	EPEM	Humor (B2)	4	4
	EPEM	Alterações Pensamento	2	2
	EPEM	Alterações Percepção	2	2
	Dados Antropométricos	Estatura (cm)	2	2
	Dados Antropométricos	Peso (Kg)	3	4
	Sinal Vital (B2)	T.A. (mmHg)	3	3
	Sinal Vital (B2)	P (bpm)	2	2
	Sinal Vital (B2)	T (°C)	1	1
	Exames Radiológicos/Outros		2	2
	Exames Laboratoriais		2	2
	<b>Total</b>			<b>155</b>

A tabela anterior mostra que, das cento e cinquenta e cinco UR obtidas, existem categorias e subcategorias que foram documentadas sobre todos os clientes, desig-

<sup>41</sup>(B2): Termos que foram adaptados da CIPE® - versão beta 2, durante o processo de nomeação das categorias e subcategorias da análise de conteúdo dos dados da apreciação inicial.

nadamente a “História Problemática Atual”, “Antecedentes Pessoais: Uso Substâncias”, “Revisão Sistemas: Visão”, “Revisão Sistemas: Audição” e “Revisão Sistemas: Sistema Musculoesquelético”. Em seguida, numa relação de documentação sobre seis, dos sete clientes, surgiram as categorizações “Pessoas Significativas”, “Auto cuidado: Higiene” e “Auto cuidado: Comportamento Sono-Repouso – Hábitos Sono”. Embora os dados objetivos surjam representados nos dados da apreciação inicial, a sua documentação não foi sistemática, constatando-se o predomínio da documentação dos dados subjetivos fornecidos pelo cliente e sua família.

Da análise destes resultados, verifica-se, ainda, a discordância entre aquilo que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam e o que consideram ser mais importante documentar no momento da apreciação inicial da criança/adolescente. Como verificado na discussão dos resultados da análise de conteúdo do GF que se realizou no âmbito deste estudo (ver secção 3.1.1.4. Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem, no que respeita a subcategoria “Apreciação Inicial (Admissão)”, da categoria “Processo de Enfermagem”), os enfermeiros descreveram ser fundamental recolher os seguintes dados:

- Motivo do internamento, segundo a perspetiva da criança/adolescente e a perspetiva da família (documentado no impresso “NEA” sobre três, dos sete clientes<sup>42</sup>);
- Atitude da criança/adolescente e da família face ao internamento (conforme se pode verificar na Tabela 10, a atitude da criança surge refletida no “EPEM: Atitude”, com uma relação de documentação sobre três, dos sete clientes; já a atitude da família poderá ser incluída na “Dinâmica Familiar: Preocupações/Expetativas face Indivíduo”, que foi documentada apenas sobre dois, dos sete clientes);
- História de acompanhamento na área de Pedopsiquiatria (documentada no item “Acompanhamento: Pedopsiquiatria” sobre apenas dois, dos sete clientes);
- Antecedentes familiares (documentados sobre quatro, dos sete clientes);

---

<sup>42</sup>Conforme se pode conferir na Tabela 10.

- EPEM (do qual o “EPEM: Aspeto” foi o que apresentou maior prevalência, com uma relação de documentação de cinco, dos sete clientes; o que contrastou com os outros itens incluídos no mesmo exame);

Deste modo, apenas a categoria “História Problemática Atual” reuniu consenso entre aquilo que é documentado (real) e o que os enfermeiros consideraram ser importante documentar (ideal).

Do GF retém-se ainda outro princípio que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, referiram ser fundamental, durante a apreciação inicial da criança/adolescente. Trata-se da entrevista inicial não servir apenas como um meio de se obterem informações sobre o cliente mas, também, como um momento de início da RT. Nesse sentido, a entrevista inicial reveste-se de grande importância (Phaneuf, 2005), constituindo-se como um momento para o enfermeiro “procurar estabelecer uma relação terapêutica com o [cliente], fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar informações pessoais” (Baker & Trzepacz, 2001, p.17).

eles precisam de um espaço para serem ouvidos (E4, GF).

Do discurso dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, denota-se, ainda, a importância que atribuem à entrevista inicial como momento privilegiado para a apresentação da unidade à criança/adolescente e à família/figura tutelar, quer em termos físicos como quanto à filosofia de cuidados, a fim de diluírem o estigma associado à área de psiquiatria da infância e adolescência. A seguinte citação, retirada da análise de conteúdo do GF, resume essa perspectiva:

na admissão sinto menos vontade de colher dados (...) transforma-se num ato quase burocrático (...) e ainda que, muitas vezes, eu já não preencha um terço daquilo (...) que esta lá na folha (...), o que eu sinto é que (...) é um momento fundador para estabelecer relação com aquele adolescente e (...) família (...). Na admissão, eu gostava de me sentir bastante mais disponível (...) para a relação, para este momento (...) e acho que influencia imenso a aliança terapêutica que eu vou conseguir estabelecer com aquele jovem e (...) família. A forma como eu estou disponível para os ouvir, (...) ainda nem é para dar sentido nenhum àquilo, é só para receber (...) de uma forma disponível (E3).

A necessidade do enfermeiro estar disponível para iniciar uma RT parece, assim, incorrer sobre a recolha de dados do cliente e sua família. Esta perspetiva parece adquirir maior significado no que respeita os dados objetivos, dos quais se verificou que a sua documentação não foi sistemática. Provavelmente, os dados subjetivos, que são fornecidos pelo cliente e sua família, fluem de forma mais autêntica, no decurso da entrevista inicial, do que os dados objetivos, que necessitam de ser descobertos pelo enfermeiro. Como o E3 enfatiza (ver citação supramencionada), a entrevista inicial “é só para receber (...) de uma forma disponível”. Além disso, sabe-se que “embora a avaliação, no [estado inicial do cliente] seja importante, é contínua pois, todos os dados adicionais de que o enfermeiro venha a ter conhecimento, são incorporados no Processo de Enfermagem” (Amaral, 2010, p.21), o que permite que a apreciação inicial não seja o único momento que o enfermeiro dispõe para recolher esses dados.

Da análise de conteúdo dos dados da apreciação inicial importa destacar, ainda, a existência de “dados incompletos”, “dados duplicados” (igualmente documentados no impresso “NEA”), assim como a presença de “dados desnecessários” (que não apresentam interesse para a compreensão do cliente) - consultar “Observações” do Apêndice 6.

Uma forma de se minimizar as lacunas identificadas, principalmente no que respeita a recolha dos dados objetivos, poderá incidir sobre a melhoria da estrutura do impresso “NEA”, visto que “o uso de um formato estruturado (...) ajuda (...) a evitar descuidos e torna o exame psiquiátrico do estado mental de fácil leitura e compreensão para todos os que estão envolvidos no tratamento do [cliente]” (Baker & Trzepacz, 2001, p.21). Além disso, este deve ser orientado segundo os domínios do SIS; o que sugere a possibilidade de se incluir as categorias e subcategorias identificadas no SIE que for estruturado, futuramente, no CHLC, para esse efeito<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup>Recorda-se que a fase de tratamento e análise dos dados, decorrente do presente estudo, incorreu com o início do projeto de integração da CIPE® nos SIE do CHLC.

### 3.2.2. Discussão e conclusões da análise de conteúdo dos dados das notas de enfermagem

Na UIPIA, do CHLC, o impresso usado para documentar os diagnósticos de enfermagem consiste no “Diário de Enfermagem”, o qual, no conjunto das suas linhas, convida à documentação em texto livre. Entre as orientações institucionais sobre a documentação de enfermagem, com particular interesse para a documentação dos diagnósticos de enfermagem, destacam-se as seguintes: a documentação de enfermagem deve ser elaborada “de um modo cronológico, incluindo-se a data e hora das ocorrências” (p.5), deve descrever os factos significativos, e deve conter o registo dos diagnósticos de enfermagem. Da mesma instância, existe ainda o requisito do SIE, do CHLC, “utilizar uma linguagem classificada – CIPE<sup>®</sup>” (Rodrigues et al., 2009, p.6), a qual não se encontrava em uso no período em que incidiu a recolha de dados.

A ausência de uma linguagem classificada de enfermagem parece ter contribuído para que a representação dos diagnósticos de enfermagem, na documentação produzida pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, tivesse um significado implícito, não sendo evidente a informação que distingue os diagnósticos de enfermagem dos outros dados sobre o cliente. No decurso da linguagem natural, em texto livre, usada pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, subentende-se, ainda, que procuram organizar os dados consoante uma lógica cronológica, que, por vezes, é subjugada pela necessidade de descreverem dados significativos sobre a evolução do EPDM. De um modo geral, aquele que se denomina como “Diário de Enfermagem” mais parece se assemelhar a um “Diário do cliente”, por incluir, na sua maioria, a descrição da ação do cliente, ao invés de representar a sua problemática e a necessidade em cuidados de enfermagem que daí advém, assim como a ação e a tomada de decisão do enfermeiro ao longo do contínuo de cuidados. Depreende-se, assim, que o “Diário de Enfermagem” da UIPIA, do CHLC, é orientado para o cliente, em vez de evidenciar o cliente e a ação do enfermeiro, como a CIPE<sup>®</sup> possibilita.

Com a categorização dos dados do impresso “Diário de Enfermagem”, pretendeu-se não só extrair os diagnósticos de enfermagem documentados, em linguagem natural,

pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, como também enquadrá-los na lógica da CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2 (assim como do SClinico<sup>44</sup>). Para isso, recorreu-se à classificação dos fenómenos de enfermagem dessa versão da CIPE<sup>®</sup>, considerando-se os oito eixos existentes para a composição de um diagnóstico de enfermagem, nomeadamente: Foco da Prática de Enfermagem; Juízo; Frequência; Duração; Topologia; Localização anatómica; Probabilidade; e, Portador. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, fez sentido respeitar o processo de diagnóstico, procurando-se, nesse sentido, compreender os dados do impresso “Diário de Enfermagem” à luz dos dados recolhidos no momento da apreciação inicial do cliente. Importa evidenciar que apenas um dos clientes não apresentava preenchido o impresso “NEA”, pelo que no decorrer do seu processo de diagnóstico recorreu-se à memória do problema que motivou a sua admissão na UIPIA, do CHLC, e dos efeitos desse problema no seu funcionamento geral. Todavia, reconhecem-se as lacunas deste método para a formulação de diagnósticos de enfermagem.

A Tabela 11 pretende mostrar a categorização dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem”, sendo as categorias – representativas dos focos da prática de enfermagem, e as subcategorias – dos diagnósticos de enfermagem<sup>45</sup>, com um total de oitocentas e noventa e nove UR.

**Tabela 11:** Categorização dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem”.

<b>Dados do impresso “Diário de Enfermagem”</b>				
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>	<b>%</b>
<b>RESPIRAÇÃO</b>	Limpeza das Vias Aéreas Não Eficaz	1	1	0,1%
<b>CIRCULAÇÃO</b>	Risco de Perfusão dos Tecidos Não Eficaz	1	2	0,2%
	Hemorragia Nasal Bilateral	1	2	0,2%
	Hemorragia Nasal			
<b>NUTRIÇÃO</b>	Estado Nutricional Deficitário	3	<b>74</b>	8,2%
	x (Nutrição)	5	<b>74</b>	8,2%
<b>VOLUME DE LÍQUIDOS</b>	Risco de Desidratação	2	11	1,2%
	x (Volume de Líquidos)	1	1	0,1%

<sup>44</sup>O SIS adotado pelo CHLC. Consiste numa aplicação que se destina ao registo de informação de saúde, orientada para os enfermeiros e outros profissionais de saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2013).

<sup>45</sup>Para uma maior compreensão sobre este processo de análise, leia-se o Apêndice 7.

<b>Categoria</b> (continuação)	<b>Subcategoria</b> (continuação)	<b>n</b>	<b>UE</b>	<b>%</b>
<b>ELIMINAÇÃO</b>	x (Eliminação Intestinal)	3	7	0,8%
	Encoprese	1	1	0,1%
	Obstipação	2	7	0,8%
	x (Eliminação Vesical)	4	8	0,9%
<b>REPARAÇÃO</b>	x (Sono)	7	<b>52</b>	5,8%
	Sono Alterado	6	<b>66</b>	7,3%
<b>ATIVIDADE MOTORA</b>	Agitação	1	3	0,3%
<b>SENSAÇÕES</b>	Dor de Cabeça	1	2	0,2%
	Dor Torácica	1	2	0,2%
	Dor Muscular	1	3	0,3%
	Apetite Alterado	3	3	0,3%
<b>REPRODUÇÃO</b>	x (Menstruação)	1	2	0,2%
<b>COGNIÇÃO</b>	Pensamento Alterado <sup>46</sup>	2	<b>72</b>	8%
	Percepção Alterada <sup>47</sup>	2	<b>26</b>	2,9%
<b>MEMÓRIA</b>	x (Confusão)	1	1	0,1%
	Confusão	1	2	0,2%
<b>EMOÇÃO</b>	x (Emoção)	7	<b>79</b>	8,8%
	Angústia de Separação	3	12	1,3%
	Humor Alterado	5	13	1,4%
	x (Humor)	6	<b>31</b>	3,4%
	Frustração	2	2	0,2%
<b>FORÇA DE VONTADE</b>	Vontade de Viver Comprometida	1	1	0,1%
<b>ADAPTAÇÃO</b>	Stress do Prestador de Cuidados	2	3	0,3%
	Autocontrolo: Agressividade Não Eficaz	1	21	2,3%
	Autocontrolo: Ansiedade Não Eficaz	2	6	0,7%
<b>AUTOESTIMA</b>	Autoestima Diminuída	2	3	0,3%
<b>AUTO CUIDADO</b>	Auto cuidado: Higiene Dependente	1	9	1%
	x (Auto cuidado: Higiene)	6	<b>17</b>	1,9%
	x (Auto cuidado: Higiene da Cavidade Oral)	6	12	1,3%
	x (Auto cuidado: Arranjar-se)	2	2	0,2%
	Auto cuidado: Vestir-se/Despir-se Dependente	1	2	0,2%
	Auto cuidado: Comer Dependente	1	2	0,2%
	Auto cuidado: Ir ao Sanitário Dependente	1	3	0,3%
	x (Auto cuidado: Atividade Recreativa)	8	<b>56</b>	6,2%
	Queda <sup>48</sup>	1	1	0,1%
	Risco de Queda	2	2	0,2%
	Risco de Não Adesão ao Regime Terapêutico	6	<b>24</b>	2,7%
	x (Adesão ao Regime Terapêutico)	4	7	0,8%
	Risco de Automutilação	1	1	0,1%
	<b>ESTILOS DE VIDA</b>	Uso de Substâncias	2	2
<b>INTERAÇÃO SOCIAL</b>	Relação Dinâmica Comprometida	4	<b>18</b>	2%
	x (Relação Dinâmica)	8	<b>78</b>	8,7%

<sup>46</sup>Inclui as alterações do processo e do conteúdo do pensamento. O delírio consiste numa alteração do conteúdo do pensamento (Baker & Trzepacz, 2001).

<sup>47</sup>De entre as restantes alterações da percepção existentes, inclui as alucinações (Baker & Trzepacz, 2001).

<sup>48</sup>Optou-se pelo termo "Queda" em vez de "Cair" (CIE, 2003), tal como consta no "SClínico".

<b>Categoria</b> (continuação)	<b>Subcategoria</b> (continuação)	<b>n</b>	<b>UE</b>	<b>%</b>
<b>INTERAÇÃO DE PAPÉIS</b>	x (Papel de Prestador de Cuidados)	1	2	0,2%
	Papel Parental Comprometido	1	4	0,4%
	x (Papel Parental)	6	11	1,2%
<b>PROCESSO FAMILIAR</b>	Processo Familiar Comprometido	3	<b>23</b>	2,6%
	x (Processo Familiar)	7	<b>30</b>	3,3%
Total			899	100

É possível verificar que nem todas as subcategorias identificadas representam diagnósticos de enfermagem. Ou seja, existem subcategorias que constituem apenas focos de atenção da prática de enfermagem (representadas por meio de um “x”), aos quais não foi associado nenhum termo do eixo do juízo ou da probabilidade (exemplo: “x (Processo Familiar)”). A Tabela 12 mostra-nos as vezes que os diferentes eixos da classificação dos fenómenos de enfermagem foram representados:

**Tabela 12:** Representação dos eixos da classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE®, versão beta 2, nos dados das notas de enfermagem.

<b>Eixo</b>	<b>ocorrência (n.º)</b>
A – Foco da Prática de Enfermagem	52
B – Juízo	37
C – Frequência	0
D – Duração	0
E – Topologia	1
F - Localização Anatômica	5
G - Probabilidade (concomitante com	5
H – Portador	0

Portanto, dos cinquenta e dois focos, a trinta e sete foi adicionado um juízo (sendo que a cinco, para além do juízo, foi associada, também, uma probabilidade), compondo **trinta e sete diagnósticos de enfermagem** referentes à área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência. Em alguns casos, verificou-se que esses diagnósticos de enfermagem foram reforçados com o recurso a uma topologia ou localização anatômica. Do número total de focos da prática de enfermagem, subtraiu-se o número de juízos, perfazendo um total de **dezoito focos de atenção da prática de enfermagem**.

Os focos de atenção da prática de enfermagem mais prevalentes nas notas dos dados de enfermagem foram os associados aos domínios da: “Emoção” (8,8%),

“Relação Dinâmica<sup>49</sup>” (8,7%), “Nutrição” (8,2%), “Auto cuidado: Atividade Recreativa” (6,2%), “Sono” (5,8%), “Humor” (3,4%), “Processo Familiar” (3,3%) e “Auto cuidado: Higiene” (1,9%). Desses, a “Relação Dinâmica” e o “Auto cuidado: Atividade Recreativa” foram avaliados sobre todos os clientes (oito), dos quais foi recolhida a documentação de enfermagem referente ao processo de diagnóstico.

Sobre os focos de atenção da prática de enfermagem que se identificaram neste estudo, a compreensão que se faz é que situam-se ao nível da «atividade de diagnóstico», onde se inclui o pensamento crítico do enfermeiro, que o ajuda a fundamentar a sua tomada de decisão quanto à atribuição de um juízo ou probabilidade, a uma área de atenção. Nesse âmbito, é possível que o enfermeiro desenvolva um conjunto de intervenções, para avaliar um determinado fenómeno, de forma a perceber se este se inscreve num diagnóstico de enfermagem, ou não. Carvalho (2012), refere-se à atividade de diagnóstico como as “ações realizadas pelos enfermeiros com o objetivo de obter os dados necessários que lhe permitam emitir o juízo sobre a existência ou a probabilidade de ocorrer um determinado problema, ou seja, que possa ser traduzido num diagnóstico de enfermagem (real ou potencial)” (par.46). Depreende-se, assim, que a tomada de decisão sobre a identificação de um diagnóstico de enfermagem não surge do acaso, mas sim de um processo de pensamento crítico desenvolvido pelo enfermeiro.

Tendo em consideração os resultados obtidos na Tabela 11, verifica-se que, por exemplo, a “Relação Dinâmica” foi documentada sobre todos os clientes (oito), sendo que nem todos apresentavam um compromisso identificado ao nível desse fenómeno. Esta situação acresce ao «processo de diagnóstico» a avaliação, e respetiva documentação de áreas que, não constituindo um diagnóstico de enfermagem, são importantes para a compreensão que se faz do cliente, tendo em consideração o *continnum* de cuidados. Isto parece adquirir especial importância no contexto de cuidados da UIPIA, do CHLC, em que, pela sua especificidade e lógica de funciona-

---

<sup>49</sup>Segundo a CIPE®, define-se como as “ações definidas pela flexibilidade dos papéis, liberdade de expressar sentimentos e emoções, afeição aberta entre as pessoas, harmonia dos objectivos, partilha das actividades recreativas; relações eficazes com outros em grupos sociais; partilha de responsabilidades, valores, crenças e tradições” (CIE, 2003, p.61). No que respeita o foco “Interacção Social”, a “Relação Dinâmica” é aquele que melhor traduz as características da relação da criança/adolescente com o grupo de pares, que foram documentadas pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC (ver Apêndice 7).

mento, as crianças/adolescentes não são acompanhados, nas vinte e quatro horas, pela família/figura tutelar. “A vulnerabilidade reconhecida das crianças é um dos principais factores subjacentes (trad. do autor)” (Lowes, 1996, p.367).

nós [enfermeiros] somos os responsáveis diretos, nós temos, entre aspas, a tutela destes miúdos enquanto eles estão internados... isso acresce muito em termos de responsabilidade, em termos de peso da nossa intervenção concreta (E8, GF).

A atividade de diagnóstico possibilita, desse modo, não só o rastreio de possíveis alterações psicopatológicas significativas da criança/adolescente, como também permite avaliar as áreas em que a criança/adolescente apresenta, ou não, autonomia e que, portanto, poderão necessitar da intervenção do enfermeiro. Ser dependente é um problema que começa na infância, muda de intensidade e modo de expressão da infância para a adolescência, idade adulta até à velhice; essa necessidade pode tornar-se problemática em qualquer altura da vida, sendo a mesma necessidade que pode ser vista na infância. Apenas a capacidade com que essa dificuldade é avaliada e conhecer as mudanças como desenvolvimento da personalidade, mudam (Peplau, 1988). As crianças/adolescentes apresentam diferentes níveis de dependência, que variam amplamente. Não existindo uma definição, de dependência do cliente que seja abrangente, esta pode ser considerada como “uma avaliação de uma capacidade do cliente de cuidar de si mesmo, por exemplo, em relação à alimentação, higiene pessoal (trad. do autor)” (Abeles, 2007, p.1064, citando a Comissão de Auditoria, 1992). Entre as várias vantagens da avaliação da dependência do cliente, inclui-se o seu uso como base para o desenvolvimento de planos de saúde individual, para a vigilância e avaliação do progresso do cliente (Abeles, 2007, citando MacGuire, 1988b), assim como para a gestão do tempo necessário em cuidados de enfermagem.

Sobre a autonomia do cliente e, especialmente, sobre a autonomia do cliente em idade pediátrica, muito há a dizer, existindo opiniões distintas quanto à forma de a compreender. Apesar disso, verifica-se que a informação documentada pelos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, a esse respeito, é significativa e subentende intervenções de enfermagem às quais deve ser dada visibilidade, daí a necessidade de existir no SIE um espaço onde contemplar esses dados.

Os diagnósticos de enfermagem que tiveram maior representatividade nos dados das notas de enfermagem foram o “Estado Nutricional Deficitário<sup>50</sup>” (8,2%), “Pensamento Alterado” (8%), “Sono Alterado” (7,3%), “Percepção Alterada” (2,9%), “Risco de Não Adesão ao Regime Terapêutico” (2,7%), “Processo Familiar Comprometido” (2,6%), “Relação Dinâmica Comprometida” (2%). Os resultados obtidos encontram-se inteiramente associados à problemática que motivou o internamento dos oito clientes na UIPIA, do CHLC, verificando-se a sua coerência face à fase anterior do processo de enfermagem, a apreciação inicial. A lista de diagnósticos de enfermagem, sensíveis à área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, que se construiu com o presente estudo vale por si mesma, sendo “a definição dos diagnósticos de enfermagem (...) umas das ferramentas mais importantes para a enfermagem enquanto profissão” (Carvalho, 2012, par.3).

No que respeita a associação de determinado juízo a um foco da prática de enfermagem, em detrimento de outro constante na CIPE<sup>®</sup>, versão  $\beta$  2, esta teve por base os critérios de melhor coerência (consoante a sua descrição); os termos e diagnósticos de enfermagem constantes no “SClínico” (de forma a manter-se a sua uniformização); assim como as definições e classificação da *NANDA* (Herdman, 2012) e os diagnósticos de saúde mental e psiquiátrica propostos por Sequeira (2006).

Todos os focos da prática de enfermagem identificados encontram-se vinculados ao “ser humano”<sup>51</sup> (ver Anexo 3), que se caracteriza pela “qualidade da espécie humana no âmbito da enfermagem” (CIE, 2003, p.16). Relativos ao “indivíduo”, nove disseram respeito à “função” (a respiração, circulação, nutrição, volume de líquidos, eliminação, reparação, atividade motora, sensações e reprodução), ou seja, “ao processo corporal e operação não intencional realizada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível” (CIE, 2003, p.17). Seis (cognição, memória,

---

<sup>50</sup>Optou-se por se usar o diagnóstico “Estado Nutricional Deficitário”, em vez do “Magreza Excessiva” por o segundo não se encontrar parametrizado no “SClínico”, embora se reconheça que, pela sua descrição na CIPE<sup>®</sup>, se aproxime mais da problemática dos adolescentes que foram admitidos na UIPIA, do CHLC, por “Anorexia Nervosa”.

<sup>51</sup>Consultar o Anexo 5, para uma melhor compreensão dos fenómenos de enfermagem, segundo a CIPE<sup>®</sup>, versão  $\beta$  2.

emoção, força de vontade, adaptação, autoconceito) corresponderam à “razão para a ação” da “pessoa”. Ou seja, à “motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa” (CIE, 2003, p.43). Quatro (autocuidado, estilos de vida, interação social e interação de papéis) à “ação” da “pessoa”, ou seja, à “maneira como cada um atua, cuida ou se comporta, explicada e compreendida por meio de razões expressas” (CIE, 2003, p.55). Não menos importante, um dos focos da prática de enfermagem (processo familiar) correspondeu não ao “indivíduo” mas ao “grupo” - “família”, ou seja, o “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas” (CIE, 2003, p.65). Os focos da prática de enfermagem relativos ao “grupo” - “comunidade” e ao “ambiente” não se encontraram contemplados ao longo da análise de conteúdo dos dados das notas de enfermagem. No que respeita a “comunidade”, ao longo do GF, os enfermeiros participantes argumentam a necessidade da equipa de enfermagem investir na articulação com esse recurso, o que poderá justificar a não documentação sobre esses dados.

temos feito esse esforço de nos articularmos de uma forma mais capaz com os recursos da comunidade... e até que ponto isso tem sido eficaz ou não (E8)

os espanhóis chamam... o enfermeiro de ligação é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (...) trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a receção (E6)

**Tabela 13.** Categorização dos dados não enquadrados nos termos da CIPE®.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Notas Gerais	2	6
Dados Desnecessários	8	41
Dados Inespecíficos	8	57
Dados da responsabilidade do médico/outro profissional da equipa multidiscipli-	7	12
Dados com origem em prescrições médicas	7	18
Duplicação dos dados com NEA	5	6
Duplicação dos dados Folha B Sinais e Sintomas	3	4
Duplicação dos dados com documento eletrónico de registo de terapêutica	7	65
Informação Organizacional	4	9
	Total	218

Da análise de conteúdo do impresso “Diário de Enfermagem”, existem duzentas e dezoito UR que foram interpretadas como um conjunto de dados que não se enqua-

dram nos termos da CIPE<sup>®</sup>, pelo que houve a necessidade de se proceder a uma análise específica (ver Apêndice 8), sendo então criadas nove categorias que se apresentam na tabela seguinte:

Assim:

- Com seis UR, a categoria “Dados Gerais” refere-se a dados relevantes sobre o cliente mas que não se enquadram na lógica da CIPE<sup>®</sup> (exemplo: “Mantém sia-lorreira”).
- Com quarenta e uma UR, a categoria “Dados Desnecessários”, representa dados que foram considerados sem qualquer interesse para a compreensão do cliente (exemplos: “Fica a lanchar”; “Sem outros aspectos”).
- Com cinquenta e sete UR, surgiu a categoria “Dados Inespecíficos”, na qual foram associados os dados cuja análise remete para o estudo das intervenções de enfermagem, assim como os dados incompreensíveis no decurso do texto livre (exemplos: “(...) apresentou-se muito assustada relativamente ao envolvimento (...)”; “Muito empenhado na actividade de culinária, mostrando motivação/dedicação”).
- Com doze UR, a categoria “Dados da responsabilidade do médico/outro profissional da equipa multidisciplinar” refere-se a dados cuja responsabilidade de documentação é do médico ou outro profissional de saúde (exemplo: “Realizou avaliação psicológica com a Dr.ª X.”).
- Com dezoito UR, a categoria “Dados com origem em prescrições médicas”, reporta-se a intervenções interdependentes iniciadas pela prescrição médica (exemplo: “Colheu sangue para análise”).
- A categoria “Duplicação dos dados com NEA”, reuniu seis UR e refere-se a dados igualmente documentados no impresso “NEA” (exemplo: “O X veio transferido da unidade de adolescentes cerca das 11h40, acompanhada por enfermeira (...).”).
- Com quatro UR, na categoria “Duplicação dos dados com Folha B Sinais e Sintomas Vitais”, apresentam-se os dados igualmente documentados no referido impresso (exemplo: Mantém hipotensão (...)).
- A categoria “Duplicação dos dados com documento eletrónico de registo de terapêutica”, foi a que reuniu mais UR (sessenta e cinco) e refere-se a dados

igualmente documentados no aplicativo informático de registo de terapêutica (exemplo: “Administrado lorazepam 1mg. segundo prescrição.”).

- Por fim, com nove UR, a categoria “Informação Organizacional”, a qual se refere à eficácia da instituição hospitalar e não à problemática do cliente (exemplo: “(...) esclarecido com a técnica X; dado o pedido de colheita estar feito para o dia X (...”).

## - PARTE II -

### 4. RELATÓRIO DE ESTÁGIO

#### 4.1. Estágio Hospitalar - UIPIA

##### 4.1.1. Objetivos

Para além do que já foi mencionado sobre a UIPIA, do CHLC, importa acrescentar que a sua estrutura física situa-se no interior do perímetro do HDE. O acesso das crianças/adolescentes, dos zero aos dezoito anos (exclusive), é efetuado por via da Urgência de Pediatria do HDE ou de modo eletivo, sendo a área de residência a que se destina, abrangida pelos Hospitais da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul e Regiões Autónomas (Almeida, Correia, Marques e Trigueiros, 2010). Em termos de logística, o espaço físico da UIPIA, do CHLC, é considerado pequeno, tendo uma lotação de dez camas (Ferreira, 2010).

Segundo Coimbra de Matos (2012), o internamento, na unidade de cuidados em questão, encontra-se indicado para um vasto leque de situações, tais como para psicoses agudas pubertárias e pós-pubertárias, certos tipos de esquizofrenia, anorexia nervosa, situações de alteração marcada da conduta, depressões com risco associado de suicídio, fases agudas de histeria, situações fóbicas graves, ritualizações exageradas ou forte comportamento sadomasoquista, neuroses traumáticas agudas e ansiedade marcada.

Estagiar na UIPIA, do CHLC, gerou, inicialmente, algumas questões associadas ao facto de exercer a minha atividade profissional nessa mesma unidade. Antes de integrar o CMESMP a minha prática clínica não contemplava o perfil de competências do EESM, sendo que poder olhar para o mesmo contexto de cuidados através “dessas lentes” perspetivou-se como uma mais-valia para o questionamento das práticas, reflexão e desenvolvimento de uma prática mais sustentada e baseada na evi-

dência, mas também mais consciente dos meus próprios sentimentos, percepções e ações<sup>52</sup>.

O estágio na UIPIA, do CHLC, abrangeu sessenta por cento do total de carga horária preconizada pelo plano de estudos do CMESMP, decorrendo entre o período um de outubro de 2012 a quinze de fevereiro de 2013. Nesse contexto, para além do projeto de estágio (apresentado na primeira parte do presente relatório), responsabilizei-me pelo acompanhamento de um cliente, cuja evolução apresento em seguida.

Dada a importância do EPEM na avaliação e tratamento de sintomas psicopatológicos (Trzepacz & Baker, 2001), usou-se a sua estrutura para a apresentação dos dados recolhidos durante a apreciação inicial do cliente; o que se revelou essencial para o desenvolvimento da segunda competência do EESM<sup>53</sup>, que se refere à “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes” (OE, 2010a, p.4).

Nas fases seguintes do processo de enfermagem, correspondentes à identificação de diagnósticos de enfermagem e ao planeamento e implementação das intervenções de enfermagem, procurou-se adaptar essa estrutura à CIPE<sup>®</sup> - a terminologia de enfermagem desenvolvida no projeto de estágio. Estas fases vincularam-se, sobretudo, à terceira competência do EESM<sup>54</sup>, que diz respeito à “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, 2010a, p.5).

---

<sup>52</sup>Onde se inclui a primeira competência do EESM: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010, p.3).

<sup>53</sup>“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental” (OE, 2010a, p.4).

<sup>54</sup>“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, 2010a, p.5).

#### 4.1.2. Percurso de desenvolvimento das competências do EESM

O estudo de caso diz respeito ao L.<sup>55</sup> Desde logo me fez sentido acompanhar o seu caso por dois motivos: primeiro, porque não tendo sido sua enfermeira de referência no primeiro internamento, estabeleci com ele uma RT privilegiada; depois, porque a sua problemática sempre consistiu para mim uma área de interesse.

Considerando-se que a entrevista inicial, com o adolescente e sua família, reveste-se de grande importância (Phaneuf, 2005), para o estabelecimento de uma parceria entre o enfermeiro, o adolescente e os familiares, assim como para se compreender os antecedentes pessoais, observar as relações entre os diferentes membros e os papéis que adotam no seio da família (OE, 2010c); no momento da admissão do L. na UIPIA, do CHLC, procurou-se que os dados fossem recolhidos com o adolescente e a sua mãe (a pessoa significativa com o qual veio acompanhado). De acordo com a teoria de Peplau “é da maior importância que [o enfermeiro] trabalhe em colaboração com o paciente e a família na análise da situação, de forma a que juntos possam reconhecer, esclarecer e definir o problema existente” (Belcher & Fish, 2000, p.47).

Tratando-se do seu segundo internamento na UIPIA, do CHLC, seria facilitador existir uma base de dados em que os enfermeiros facilmente pudessem aceder aos dados da apreciação inicial relativos ao episódio anterior. Porém, o facto de a documentação de enfermagem ser realizada em suporte de papel, cujos processos, após a alta clínica dos clientes, são guardados no arquivo do HDE, inviabilizou o acesso direto a essa informação, culminando na repetição da recolha de determinados dados que já haviam sido recolhidos no internamento anterior. Uma lacuna que se entende poder ser minimizada com a implementação do projeto de estágio nos SIE adotados pelo CHLC.

Como **dados gerais**, verificou-se que o L. apresentava dezasseis anos, residindo em Fátima, com os pais e quatro de onze irmãos (ver genograma em Apêndice 9).

---

<sup>55</sup>De modo a preservar a sua identidade, adotar-se-á o termo “L.” para o designar.

Uma família numerosa, profundamente vinculada aos princípios da igreja católica<sup>56</sup>. Mãe, com cinquenta e dois anos; doméstica. Pai, com sessenta e dois anos, rececionista de hotel (com horário de trabalho das vinte às oito horas). Ambos naturais de Inglaterra tendo emigrado para Portugal, há cerca de vinte e dois anos. Adolescente a frequentar o oitavo ano de escolaridade, com currículo adaptado, num Centro de Reabilitação e Integração da sua zona de residência (início há um ano)<sup>57</sup>.

Relativamente aos **dados subjetivos**, dos quais consta o motivo do internamento e a história da problemática atual, o L. foi internado de modo eletivo na UIPIA, do CHLC, após consulta com a pedopsiquiatra assistente, na qual apresenta quadro delirante de conteúdo místico, alucinações auditivas e discurso desorganizado. Segundo a mãe, nos dez dias que precederam o internamento do L. na UIPIA, do CHLC, verificou-se o agravamento do seu quadro clínico, apresentando alucinações auditivas (ouvindo vozes dentro da sua cabeça que falavam, falavam e não o deixavam descansar), insónia inicial (as vozes falavam muito e não o deixam acalmar) e comportamento agressivo, em especial com a irmã de doze anos, que discutia com ele por repetir tudo muitas vezes. A somar, as ideias de caráter persecutório que a mãe não conseguiu exemplificar.

Como antecedentes pessoais, aos oito anos o L. iniciou acompanhamento na consulta de Desenvolvimento e de Pedopsiquiatria, sendo diagnosticado com Perturbação Global do Desenvolvimento – Perturbação do Espetro Autista<sup>58</sup> e Perturbação Psicótica<sup>59</sup>. Como sinais e sintomas característicos desses diagnósticos apresentava, nessa idade, dificuldade na interação social e discurso desorganizado, concomitan-

---

<sup>56</sup>Em que “a procriação garante a sua sobrevivência [da sociedade] e com a educação garante a qualidade humana da pessoa procriada” (Muraro, 1999, p.47).

<sup>57</sup>Os Centros de Atividades Terapêuticas, a tempo parcial, assim como a terapia por meio do Hospital de dia, são os que melhor possibilitam um trabalho educativo (de aprendizagem da autonomia) e relacional (de desenvolvimento da comunicação e da consciência do eu e do outro), mediante diferentes momentos integrados em atividades e trocas diárias (Braconnier, 2007).

<sup>58</sup>As crianças com perturbação autística são incapazes de estabelecer relações com os outros e tendem a procurar um ambiente imutável (Braconnier, 2007). A criança tende a afastar-se para dentro de si própria, para um mundo de fantasia criado por si (Townsend, 2011); apresenta “défices graves e perturbações generalizadas em múltiplas áreas do desenvolvimento. Incluem-se deficiências (...) na comunicação e a presença de comportamentos, interesses e actividades estereotipados” (AAP, 2002, p.40).

<sup>59</sup>As psicoses da segunda infância iniciam-se nos anos correspondentes ao ensino primário, caracterizando-se por uma desorganização progressiva, uma regressão acompanhada de isolamento e agitação. A criança é geralmente descrita como «diferente» pelos pares (Braconnier, 2007).

tes com o atraso no desenvolvimento psicomotor - início da linguagem aos seis anos<sup>60</sup> e aquisições escolares lentas. Início da leitura aos dez anos.

Aos treze anos recorreu ao serviço de urgência, do HDE, por quadro de perturbação do comportamento<sup>61</sup> – heteroagressividade física dirigida, principalmente, à mãe. Nesse contexto a mãe sofre de enfarte agudo do miocárdio, com necessidade de internamento e tratamento cirúrgico. Após a sua alta clínica foi, novamente, agredida pelo L. sofrendo novo enfarte. Nesse âmbito, o L. inicia sentimentos de culpa, mutismo seletivo (apenas falava em sua casa); impulsividade e agressividade crescentes, principalmente no meio escolar; fugas da escola e de casa; comportamentos hipersexualizados; sonhos e ideias bizarras.

Aos catorze anos, com declínio do interesse pelas atividades propostas, recusando-as e deixando de brincar (anedonia marcada) e desorganização do comportamento. Descrita tristeza e choro fácil, recusa alimentar no ambiente exterior ao de sua casa. A mãe descreve que, nessa altura, o L. lhe verbalizou ter “medo dos pensamentos”, referindo desejar que os seus sentimentos voltassem e desejo de morte (“eu quero morrer”). Com insónia inicial e intermédia, despertares noturnos frequentes e cansaço físico. Foi medicado com um antidepressivo, um estabilizador do humor e múltiplos antipsicóticos.

Posteriormente, com necessidade de internamento na UIPIA, do CHLC, no contexto de tapar frequentemente os ouvidos (alucinações auditivas) e de recusa da medicação prescrita (foi aí medicado com antipsicótico intramuscular *depot*). Aos quinze anos, teve novo internamento no HML, por agravamento do quadro clínico, com atividade produtiva e alterações do comportamento – heteroagressividade física.

Avô materno com esquizofrenia, como antecedentes familiares.

---

<sup>60</sup>A fase pré-linguística situa-se entre os zero e dez meses. A primeira palavra, surge por volta dos dez a doze meses. A *sintaxe* entre os dois e os três anos. “O domínio da linguagem não se fará antes dos 5-6 anos” (Bénony, 2002, p.142).

<sup>61</sup>Padrão do comportamento que viola os direitos básicos dos outros (AAP, 2002).

Em relação às atividades de vida diária, a mãe mencionou que o adolescente apenas precisava de supervisão no auto cuidado: higiene.

Do **exame objetivo** verificou-se que o L. apresentava, no momento inicial, idade aparente correspondente à real, aspeto cuidado. Entrou agarrado à mãe, com postura curvada do tronco e hiperflexão do pescoço; com contacto evitante, sem dirigir o olhar e falando com a mãe em tom de voz baixo e pouco perceptível. Expressão facial triste. Atitude desconfiada face a profissionais. Humor, aparentemente, eufímico. Discurso empobrecido, coerente e organizado, embora circular em torno da sua alta clínica. Sem aparentes alterações do processo e do conteúdo do pensamento, assim como da percepção. Sem *insight*, referindo estar internado porque a mãe assim o quis.

Da análise dos dados recolhidos, foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem, ativos, de acordo com a CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2:

- Percepção Alterada;
- Pensamento Alterado;
- Auto Controlo: Agressividade Não Eficaz;
- Relação Dinâmica Comprometida;
- Processo Familiar Comprometido;
- Sono Alterado.

Em relação ao auto cuidado: higiene, não constituindo um diagnóstico de enfermagem ativo, seria insensato desvalorizar a necessária ação de enfermagem de vigilância em relação a esse foco da prática de enfermagem, daí que o tenha considerado na atividade de diagnóstico. Assim como o alimentar-se e o auto cuidado: atividade recreativa, pelos seus antecedentes pessoais.

Sendo os resultados de enfermagem segundo a CIPE<sup>®</sup> a “medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem” (CIE, 2003, p.xvii), como resultados esperados estabeleceu-se a mudança ao nível dos juízos, perspetivando-se que estes adquirissem uma conota-

ção positiva. Por exemplo, a percepção alterada (sendo a “percepção” o foco da prática de enfermagem e o “alterada” o juízo) passar a percepção não alterada.

As metas da intervenção devem ser orientadas no sentido de se minimizar os comportamentos desajustados das crianças com perturbação do espectro autista (Johnson & Rodriguez, 2013, citando Carbone et al., 2010). Estratégias para lidar com os comportamentos de não conformidade incidem no sentido de se prevenir esses acontecimentos, através da compreensão da sua função e da alteração dos eventos que os antecedem (Johnson & Rodriguez, 2013). Numa unidade de cuidados agudos, existem vários fatores que podem contribuir para o aumento dos níveis de sofrimento dos clientes com perturbação do espectro autista devido à sua hipersensibilidade auditiva, visual ou outros estímulos sensoriais; designadamente, a deslocalização para diferentes áreas no hospital e a presença de pessoas que não sejam os seus familiares (Lannuzzi & Kopecky, 2013). Ao gerir o ambiente os profissionais de saúde podem evitar alterações emocionais das crianças resultantes do excesso de estimulação (Johnson & Rodriguez, 2013, citando Durand et al., 2009). A colaboração, da família também é fundamental para a avaliação, planeamento e implementação de estratégias de redução da ansiedade (Johnson & Rodriguez, 2013).

A seguinte fase consistiu no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem em resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados. No que respeita a percepção alterada, ao longo do internamento vigiou-se a evolução da sua percepção, verificando-se que em relação às alucinações auditivas estas tinham um carácter pseudo-alucinatorio em detrimento de alucinações verdadeiras; que o L. referia provirem da sua cabeça, com características de ordem obsessiva e pouco clara (desconhecendo se as vozes lhe diziam coisas boas ou más, se eram de mulher ou homem). “Não paro de pensar no passado”, “não paro de ouvir a música do OLX na cabeça... é para a menina e para o menino...” (L.), com ansiedade secundária a esses pensamentos. As intervenções de enfermagem consistiram, sobretudo, na disponibilização de presença por meio de entrevistas individuais, na avaliação do seu estado mental, na expressão de emoções por parte do L., em escutá-lo, na execução de terapia de orientação para a realidade, mais no sentido de naturalizar

esses pensamentos que ele identificava como negativos e de aumentar o seu próprio *insight* sobre essa compreensão.

“O diagnóstico é feito provisoriamente e sempre que necessário, ajustado em função de novas informações cedidas pelo cliente ou devida a eventuais mudanças no seu comportamento” (Chalifour, 2007, p.151). Daí que o diagnóstico “percepção alterada”, não estando presente durante a avaliação do cliente, tenha sido terminado antes da sua alta clínica, passando, possivelmente, a autocontrole: ansiedade ineficaz. É certo que quando o L. estava mais ansioso, quando os seus pensamentos se centravam na sua alta clínica, apresentava discurso repetitivo e sudorese intensa. Um comportamento que o L. parecia ter consciência ao referir que, em casa, os familiares lhe diziam que repetia muitas vezes as mesmas coisas (“faço tudo mal” L.). Numa das entrevistas individuais, fala de um episódio ocorrido aos seus dez anos em que viu a imagem de Lúcifer, tendo receio de ver, de novo, essa imagem. Disse, também, que é crismado, referindo que um dos seus irmãos tinha sido seu padrinho. As crenças religiosas pareciam estar muito presentes, principalmente no que se refere à díade entre o bem e o mal. “Eu acho que disse uma coisa má a Deus (...) não sei se ele me perdoa”. Procurava validar constantemente com os profissionais os objetivos do seu internamento que lhe pudessem fazer alcançar a alta clínica: “Se eu fizer o que vocês me pedirem eu tenho alta. Se eu comer uma coisa que não gosto eu tenho alta?”. “Eu ontem não sabia se tinha ido ao centro comercial e disse que tinha ido à enfermeira. Esqueci-me, não faz mal pois não?” “ Se eu me portar bem tenho alta?”. A intervenção de enfermagem desenvolvida passou muito por se tentar desconstruir a ideia negativa que apresentava de si próprio, de o tranquilizar através do elogio das suas competências, favorecendo as suas verdadeiras relações afetivas e afastando-o dos comportamentos mecânicos e estereotipados. Segundo Santos (2004), adotando a teoria de Piaget, existem várias formas de consciência na evolução da criança, tais como a «consciência do medo», em que a criança faz ou não faz alguma coisa por medo de ser castigada, e a «consciência heterónima», em que a criança apresenta consciência do outro e refere que não faz algo porque “a mãe/pai não quer”. Não sei se o L. se encontrava neste nível de consciência, sendo, certamente, uma dimensão a desenvolver.

eu sou, porque primeiro me disseram que tinha de ser e que se não me batiam, depois há aquela maneira de ser dos pais dos professores (...) na tal consciência do outro. Fiz minha a consciência do outro, e por fim disse que tudo aquilo é meu, e agora digo que sou um tipo porreiro, porque sou mesmo, mas eu sei que não é verdade na origem.... Quer dizer, assimilei bastas coisas (...), que não vejo nem no espelho nem na radiografia, mas cá me vou governando com elas (Santos, 204, p.177).

Relativamente à relação dinâmica não adequada, o L. desde o momento em que foi admitido na UIPIA, do CHLC, alternou períodos em que se integrou no grupo de pares, interagindo de modo espontâneo, apesar da sua lentificação psicomotora. Com incentivo, integrou as dinâmicas de grupo propostas, apresentando, em algumas delas, dificuldade na compreensão das suas regras. Nomeadamente, no jogo de cartas, em que demorava algum tempo a selecionar a carta a jogar, com alguma dificuldade em decidir. Havia períodos em que se isolava do grupo, sem responder ao solicitado. Durante as entrevistas que se realizaram, o L. não apresentava crítica face a esses momentos, referindo estar tudo bem. Nesse sentido, grande parte da intervenção de enfermagem realizada consistiu no facilitar o suporte do grupo de pares, no incentivar a relação dinâmica do L. com o grupo de pares e para atividades terapêuticas de grupo e no elogiá-lo. O desafio maior constituiu na tomada de consciência do L. sobre a sua linguagem corporal. Habitualmente, adotava uma postura pouco disponível, curvada, sem dirigir o olhar face ao outro. Gradualmente, foram visíveis os resultados nesse sentido, passando o L. a adotar uma postura mais direita, sem hipereflexão do pescoço.

No processo familiar comprometido, inicialmente recusava falar com a mãe ao telefone, parecendo assim expressar a sua zanga com o facto de estar internado. Porém, numa fase posterior essa consistiu a principal forma de contacto com os seus familiares significativos (pais e irmãos) que, devido às fracas condições económicas, não tinham disponibilidade para visitar com frequência o L. Na única visita que a mãe realizou ao L. este permaneceu comunicativo, disponível para a interação. Em entrevista individual com enfermeira, a mãe falou dos episódios de heteroagressividade física que o L. lhe dirigiu, manifestando que essa história ainda estava muito presente no seio familiar, o que, no meu entender, poderia estar a reforçar os sentimentos negativos do L. sobre si próprio e a sua angústia entre a díade do bem

e do mal. Essa entrevista tornou-se essencial para apresentar a evolução do L. na UIPIA, do CHLC, as suas conquistas bem como dos seus aspetos positivos. O L. foi um fim de semana de licença de ensaio a casa. O irmão foi quem o trouxe referindo que decorreu bem, “parecia um anjinho” (irmão do L.). Em entrevista com a enfermeira, o L. inicia choro ao falar da família, ansioso, sem definir sentimentos.

Em relação ao sono alterado, durante o internamento o adolescente apresentou permanentemente sono tranquilo (embora durante a visita com a mãe lhe tenha referido pesadelos). Também, em relação ao auto controlo: agressividade não apresentou alterações, sendo por isso dado termo a estes dois diagnósticos após o segundo dia de internamento.

Após um mês de internamento o L. teve alta clínica, mantendo o diagnóstico de enfermagem de auto controlo: ansiedade não eficaz. Por esse motivo, foi realizado contacto telefónico para a escola do L., reforçando-se a sua evolução e a necessidade de manter acompanhamento pela motricidade humana<sup>62</sup>. Aos pais foi reforçada também essa necessidade, no momento da alta clínica do L. “A enfermeira usa (...) a interpretação para oferecer serviços ao [cliente], o qual tira então vantagens dos serviços oferecidos com base em seus interesses ou suas necessidades” (Belcher & Fish, 2000, p.50).

Considero que uma das limitações à minha intervenção junto do L. repercutiu-se no envolvimento da sua família. Pela sua dificuldade em dirigir-se à UIPIA, do CHLC, muitos dos encontros foram colmatados pelos contactos telefónicos efetuados para recolher dados sobre o L. ou para apoiar a família no modo como lidar com o L. Muitas vezes eu própria senti-me como uma visita, ao procurar preencher esse espaço em que os outros clientes internados se encontravam com os respetivos pais, irmãos, tios, avós, com entrevistas individuais.

---

<sup>62</sup>“Visa o estudo dos fenómenos associados à compreensão aprofundada dos processos de produção e dos efeitos do movimento humano, numa perspetiva biopsicossocial” (Faculdade de Motricidade Humana, s.d., par.1).

## 4.2. Estágio Comunitário - Clínica do Parque

### 4.2.1. Objetivos

Situada no Parque de Saúde de Lisboa e pertencendo à Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do CHLC, a Clínica do Parque destina-se à “prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório” (Ferreira, 2010, p.1) a crianças e adolescentes, dos cinco aos doze anos (inclusive), e suas famílias, residentes numa das seguintes áreas geográficas: freguesias de Lisboa (S. Domingos de Benfica, N.ª Sra. Fátima e Campolide, S. João de Deus, Alto do Pina, Beato, S. Jorge de Arroios, Sta. Engrácia e S. João), concelhos da Amadora, Vila Franca de Xira, Sobral Monte Agraço, Cadaval, mais Alenquer e Torres Vedras, todo o Algarve e os Açores (Horta).

Como se referiu na fase introdutória do presente relatório, o estágio na Clínica do Parque, do CHLC, surgiu da necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências psicoterapêuticas do EESM no âmbito comunitário, por meio da intervenção num grupo terapêutico fechado<sup>63</sup>. Uma vez que o meu percurso profissional se encontra profundamente relacionado com a saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, o critério de idade de acesso às equipas da Clínica do Parque constituiu um fator determinante na seleção desse local de estágio.

O estágio na Clínica do Parque, do CHLC, constituiu quarenta por cento do total de carga horária preconizada pelo plano de estudos do CMESMP, decorrendo entre o período seis de novembro de 2012 a quinze de fevereiro de 2013. As sessões do grupo terapêutico decorreram durante uma hora e meia, todas as terças-feiras, consoante o calendário escolar<sup>64</sup> dos clientes, num total de oito encontros; ainda que me tenha comprometido a dar continuidade a essa intervenção após o termo do estágio. A par das sessões estiveram também os momentos de partilha e reflexão sobre as práticas com os coordenadores de grupo e orientadores de estágio, portanto com o EESM António Nabais e o EESM Ricardo Rodrigues. Adquirindo um sentido de

---

<sup>63</sup>Em que o número de sessões e de participantes é previamente determinado (Vinogradov & Yalom, 1999).

<sup>64</sup>Com as correspondentes interrupções letivas estabelecidas pelo Ministério de Educação e Ciência.

intervisão – “círculo restrito de reflexão” (Garrido, 2005), esses momentos constituíram-se como um espaço privilegiado de reflexão coletiva sobre a natureza das práticas. O que no papel de “EESM estagiária” foi fundamental para o desenvolvimento das competências do EESM, das quais se destaca a primeira<sup>65</sup> pois:

a reflexão sobre a acção é essencial para os profissionais de saúde mental [e psiquiatria], na medida em que lhes permite explorar as experiências da prática clínica, sem desprezar a possibilidade dos seus valores pessoais, suposições e crenças influenciarem tanto a prática em si como a forma como é experienciada (Harrison & Taylor, 2010, p. 288, citando Schon, 1983).

Ainda antes de conhecer os clientes, reuni-me com os orientadores de estágio no sentido de obter uma maior compreensão sobre o âmbito da filosofia da Clínica do Parque, do CHLC, a sua missão e modo de organização, e especificamente sobre as modalidades da intervenção de enfermagem perspectivadas para o grupo terapêutico. Sendo essa intervenção apoiada no tipo de abordagem sociodramática<sup>66</sup>, desde logo me apercebi do seu desafio. Particularmente no que respeita a aquisição e desenvolvimento de competências socioterapêuticas para “restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a [sua] incapacidade” (p.7) - a competência F4.2. do perfil das competências do EESM (OE, 2010a). Ao mesmo tempo que constituiu uma vantagem ter participado num encontro de psicodrama realizado pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama, assim como ter realizado uma apresentação por meio da abordagem sociodramática numa das unidades curriculares do CMESMP, ter uma perspectiva mais ampla dessa técnica fez-me ter uma maior consciência sobre as minhas limitações. Sobretudo por não apresentar nenhum tipo de formação específica no que se refere a esse instrumento terapêutico.

Além disso, importa evidenciar que, quinzenalmente, em simultâneo às sessões de terapia de grupo dos clientes que tive a oportunidade de acompanhar, decorreram as sessões de terapia familiar, destinadas aos seus familiares significativos. Sendo

---

<sup>65</sup>“F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010a, p.4).

<sup>66</sup>“Método de acção profunda que trata das relações intergrupais e das ideologias colectivas” (Carvalho e Monteiro, 2008, p.40). Apoiar-se nas relações inter e intrapessoais por meio do teatro espontâneo e da teoria dos papéis, de forma a facilitar a apreensão do conhecimento (Marra, 2004). Esses “papéis” consistem nas formas reais que o “eu” adota ou nas formas de funcionamento que, para o sujeito, assumem importância na interação com os outros (Marra, 2004, citando Moreno, 1972).

essas sessões de terapia familiar dirigidas, pela EESM Arlete Correia, com a mesma periodicidade, após as sessões, reuníamos com o intuito de discutir os casos. Esses momentos revelaram-se como uma mais-valia no que se refere à avaliação do cliente, no seio da sua família<sup>67</sup>. Sendo a família perspectivada como um grupo de pessoas que se influencia mutuamente, que respondem a expectativas recíprocas que os determinam e que compartilham alguns significados (Osorio & Zimerman, 1997). Neste caso, ao grupo terapêutico poderia ser atribuído o nome de “filhos das mães”, por estas terem um papel mais do que “suficientemente bom”<sup>68</sup> relativamente aos filhos, em contraste com os pais, que assumiram um papel quase omissos na sua educação e desenvolvimento.

#### 4.2.2. Percurso de desenvolvimento das competências do EESM

Deixa de fazer sentido abordar a minha experiência no contexto do grupo terapêutico da Clínica do Parque, do CHLC, sem antes apresentar aqueles que foram os atores do meu desenvolvimento enquanto pessoa e enfermeira. É assim tempo de eles entrarem em cena:

X1<sup>69</sup>, género masculino, com catorze anos. A residir com os pais e irmãos, de nove anos e seis meses. A frequentar o sétimo ano de escolaridade, com baixo rendimento. Inserido em grupo de pares com comportamentos delinquentes; com comportamento desafiador face a figuras de autoridade, nomeadamente, professores. Quando foi integrado no grupo terapêutico apresentava-se, inicialmente, mais retraído, integrando as dinâmicas de grupo propostas, com iniciativa crescente e aparente agrado. Função apaziguadora face ao restante grupo de adolescentes, com quem se integrou com facilidade.

X2, género feminino, com doze anos. Terceira filha de uma fratria de três, com duas irmãs gémeas de vinte e seis anos. Com três internamentos anteriores na área de Pedopsiquiatria, por alterações do comportamento alimentar, do tipo restritivo. Marcada alteração da imagem corporal, com contornos bizarros e fóbicos em relação ao desenvolvimento pubertário do seu corpo. Com receio da menarca. Dificuldade na relação com os pares e em interpretar as suas

---

<sup>67</sup>Com especial enriquecimento ao nível das seguintes competências do EESM: F2.1. – “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e F2.2. – “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2010a, p.4).

<sup>68</sup>Do conceito de mãe “suficientemente boa”, de Donald Winnicott. Esta, numa fase inicial, adapta-se às necessidades do bebé, através da sua identificação com o mesmo (Gomez, 2005).

<sup>69</sup>O nome dos adolescentes foi salvaguardado pelo uso de códigos, tais como: X1, X2, X3, X4 e X5.

emoções, problemas e comportamentos. A frequentar o sétimo ano de escolaridade, com baixo rendimento. Conflitos familiares entre os pais e das irmãs com o pai, relacionados com os papéis e poderes familiares e com o modo de intervir com a X2. Quando a adolescente ingressou no grupo terapêutico, procurava dominar os temas abordados com a sua problemática, falando sobre as alterações corporais e pretendendo estabelecer subgrupos com os rapazes.

X3, género masculino, doze anos. A residir com os pais e irmã. Primeiro filho de uma fratria de dois - irmã com onze anos. Acompanhado, em consulta de Pedopsiquiatria, desde os nove anos, por défice de atenção e concentração, baixa tolerância à frustração, encoprese (desde os quatro anos) e enurese secundárias, que se mantiveram. A frequentar o sétimo ano de escolaridade, no ensino adaptado; com aproveitamento mediano. Quando ingressou no grupo terapêutico, apresentava-se como um rapaz desvitalizado, no sentido em que era pouco investido em si, na sua imagem, e na relação com os outros adolescentes, na qual adotava uma postura passiva, infantilizada no seu discurso; permanentemente centrado em personagens fictícias, dos jogos de computador e em dinossauros.

X4, género feminino, doze anos. A residir com os pais e irmãs, de dez e dezasseis anos - irmãs com uma relação conflituosa entre si. Aos onze anos foi referenciada, pela diretora de turma, à consulta de Pedopsiquiatria, por quadro de alteração do comportamento. Com insónia intermédia, sendo descritas alterações do sono desde os quatro anos. A frequentar o sétimo ano do ensino regular; com baixo rendimento. Quando integrou o grupo terapêutico, apresentava-se “meio perdida”, atenta, embora com uma atitude reservada, dificuldade em se expor, confiar e em se expressar para além do “não sei”, que alternava com uma certa atitude desafiadora. Pouco investida na sua imagem, com alguns interesses de âmbito masculino; nomeadamente ao nível da sua roupa e do futebol. Importa salientar que entrou com o membro inferior engessado, por lesão durante jogo de futebol, que associado ao quadro de dor pós cirúrgica e incapacitação progressiva do pai (por apresentar hérnias discais) constituíram áreas de preocupação da adolescente.

X5, género masculino, treze anos. A residir com os pais e dois irmãos – irmã de dez e irmão de dezoito anos; tendo mais outro irmão, de vinte e três anos, com casa própria. Acompanhado, em consulta de Pedopsiquiatria, desde os seis anos. Desde essa altura, com idas recorrentes ao serviço de urgência do hospital de referência, principalmente por queixas de enxaquecas. Seguido, em consulta, por várias especialidades médicas, sem existência de nenhum quadro patológico diagnosticável. Com história de diversos medos, insónia inicial, discurso confabulado em torno de agressões a colegas, que não se concretizavam na realidade, referindo ser alvo de gozo pelos colegas que lhe batiam. A frequentar o sétimo ano, no ensino regular, com absentismo escolar, pela procura frequente dos meios hospitalares; mantendo-se desintegrado face ao grupo de pares, com comportamentos disruptivos face aos colegas e professores. Quando foi integrado no grupo terapêutico, o X5 apresentava muita dificuldade em verbalizar as suas emoções, sentimentos e preocupações, ocupando o espaço físico, e muito do espaço da inte-

ração de grupo, com a sua permanente atividade motora. Sem com isso expressar qualquer desconforto físico durante as dinâmicas criadas. Com discurso ainda confabulado, assumindo o papel de agressor em vez do papel de vítima, embora, por outro lado, mostrando-se atento ao grupo, com ressonância afetiva face às problemáticas dos outros e capacidade de o suportar e apoiar.

Estas constituíram algumas das particularidades dos cinco adolescentes que foram integrados no grupo terapêutico com o qual “caminhei” durante o estágio. Foi uma “caminhada” e tanto. Na qual me angustiei com o seu sofrimento, a par do meu próprio sofrimento, me amparei e amparei, me encontrei, mas também me perdi. Uma “caminhada” na qual regressei à minha infância e adolescência, e ainda assim fui professora, colega de escola, mãe, irmã, namorada, líder, escravo e tantos outros papéis quanto o contexto e a imaginação assim o permitiu. Mas, essencialmente, em todos eles, sinto que fui eu mesma.

Sendo adolescente toda a pessoa com idade entre dez e dezoito anos (ACS, 2009) e situando-se os clientes do grupo terapêutico entre a faixa etária dos doze aos catorze anos, os temas emergentes foram representativos dessa fase evolutiva.

Na adolescência é comum existir uma crise de identificação – “núcleo de sofrimento psíquico do adolescente” (p.37), em que os indivíduos procuram reencontrar-se consigo próprios, “no sentido de uma diminuição do conflito interno pelo estabelecimento de um certo acordo entre o processo de individualização e formação da identidade própria e a consciência social em consolidação” (p.37). Segundo Santos (2004), a adolescência é a recusa da infância. Importa então situar a adolescência como um período em que ocorre “o luto do objecto amoroso infantil e o encontro com o objecto libidinal da idade adulta (...) a saída dos interesses predominantemente narcísicos, que caracterizam a infância, para o desenvolvimento dos interesses sociais, de grupo” (Coimbra de Matos, 2012, p.75). Segundo o mesmo autor, “quando os mecanismos comuns de regulação psicossocial falham ou se mostram insuficientes” (p.39), torna-se necessário o apoio terapêutico e o esclarecimento diagnóstico. E em toda a metamorfose que existe na adolescência, a terapia de grupo consiste no método que melhor se parece adaptar à adolescência, por corresponder à natural tendência dos adolescentes em procurar no grupo de iguais o “continente para as suas ansiedades

existenciais” (p.321). Entre os adolescentes inseridos no contexto da terapia de grupo são facilitadas as identificações projetivas, que possibilitam o *insight*<sup>70</sup> sobre certos aspectos da sua crise transicional e ainda lidar de modo mais ajustado com as mudanças peculiares dessa fase evolutiva. O grupo terapêutico é assim um espaço no qual o terapeuta pode compreender e acompanhar a expressão dos conflitos do adolescente, ensaiando-lhes a sua resolução dentro e pelo próprio grupo (Osorio & Zimmerman, 1997). Esta noção de grupo contenedor de cada um dos elementos do próprio grupo foi algo que apreendi durante o estágio, ao reconhecer que naquele espaço os adolescentes agiam no sentido de se apoiar, compreender e aceitar uns aos outros, independentemente da sua problemática.

Numa tentativa de sustentar a minha prática clínica com a teoria, apresento em seguida algumas evidências que justificam o modo como encontrei estruturado o grupo terapêutico da Clínica do Parque. Deste modo, numa perspetiva geral, a terapia de grupo não começa com o primeiro encontro, uma vez que quando este ocorre já se encontra estabelecida, pelo terapeuta “uma entidade física onde nada existia” (p.40). A escolha da melhor estrutura para um grupo terapêutico implica que sejam considerados, numa primeira fase, os fatores intrínsecos – factos da vida dos clientes que não podem ser alterados, tendo o terapeuta de se adaptar a eles; e os fatores extrínsecos – factos da vida dos clientes que podem ser influenciados pelo terapeuta (Vinogradov & Yalom, 1999). Assim, na eventualidade do horário do grupo terapêutico coincidir com o horário escolar dos adolescentes, é função do terapeuta articular-se com os familiares e professores da escola no sentido de verificar se essa sobreposição pode ser evitada, como aconteceu com alguns dos adolescentes que constituíram o grupo terapêutico da Clínica do Parque. Os objetivos, esses devem ser apropriados à situação clínica dos elementos do grupo e respeitar as suas capacidades e potencialidades. “Os [clientes] ingressam na psicoterapia sentindo-se derrotados e desmoralizados e a última coisa que precisam é de um outro fracasso, por causa da sua incapacidade para cumprir a tarefa” (Vinogradov & Yalom, 1999, p.43).

---

<sup>70</sup>Capacidade de ter consciência dos significados subtis dos pensamentos, ideias e sentimentos do próprio (Baker & Trzepacz, 2001).

Especificamente no que respeita os cinco adolescentes que integraram o grupo terapêutico, a quantidade ideal para o grupo partilhar experiências varia entre um mínimo de quatro ou cinco clientes até um máximo de doze; sendo que os grupos mais restritos, de seis a oito clientes, possibilitam uma maior intercâmbio verbal. O facto de o grupo ser composto por clientes dos dois géneros, feminino e masculino, constituiu um aspeto essencial pois esse consiste num “dos mais importantes vectores do amadurecimento social do adolescente (...) e o correspondente preparo para a heterossexualidade adulta” (Osorio & Zimmerman, 1997, p.322). Quanto à frequência dos encontros, que se preconizou serem semanais, para que a terapia de grupo de longa duração tenha sucesso, os clientes devem reunir-se, pelo menos, uma vez por semana. Esse é o esquema mais comum. Embora as sessões bissemanais aumentem significativamente a intensidade e produtividade do grupo (Vinogradov & Yalom, 1999). O que, por outro lado, pode incorrer com os fatores intrínsecos e extrínsecos dos participantes. Em termos de duração das sessões, estas foram planeadas para uma hora e meia, sendo preconizado que uma sessão de terapia de grupo deve variar entre os sessenta e os cento e vinte minutos (Vinogradov & Yalom, 1999, citando Mackenzie et al., 1986). Vinte a trinta minutos são necessários para a fase de aquecimento do grupo; pelo menos, sessenta minutos para a elaboração dos principais temas da sessão; e, no final, pode ainda ser concedido um tempo adicional para a reflexão do grupo ou para as observações do terapeuta.

A organização de cada uma das sessões obedeceu, assim, à seguinte estrutura: aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e finalização (Carvalho e Monteiro, 2008). O aquecimento inespecífico consiste na primeira fase do ato sociodramático, determinando a diferenciação entre o espaço grupal e o espaço dramático (Carvalho e Monteiro, 2008), através de um conjunto de procedimentos que visam o estabelecimento de um clima afetivo e emocional entre os participantes (Marra, 2004). Inicia-se aí a partilha de experiências pelo grupo, que pode antecipar o tema da dramatização (Abreu, 1992). No aquecimento específico os participantes são agrupados em subgrupos, mais fáceis de serem dirigidos (Carvalho e Monteiro, 2008). A dramatização iniciar-se-á quando o diretor convida os protagonistas a entrar no espaço cénico, procurando que restituam, nesse espaço, todo o contexto da sua vivência, tornando-a assim visualizável (Abreu, 1992). A vivência sociopeda-

gógica permite “a aprendizagem de papéis, ideias, conceitos e atitudes” (Marra, 2004, p.47). Por último, mas não menos importante, surge a finalização, como momento de partilha das experiências individuais. O grupo “desaquecerá” lentamente, retomando o contexto social (Carvalho e Monteiro, 2008). Durante esta fase, é esperado que o participante adquira aprendizagens de forma particular e de acordo com aquilo que viveu durante a sessão.

A primeira sessão foi marcada pela apresentação dos participantes do grupo, incluindo-se os terapeutas, e pela construção da cultura do grupo, ou seja, a construção do conjunto de regras ou normas que determinam os conceitos aceitáveis do grupo (Vinogradov & Yalom, 1999). Todos se envolveram. Ficou determinado que tudo o que fosse abordado naquele espaço não se extrapolaria dali, não sendo do interesse dos terapeutas relatarmos esses mesmos conteúdos aos familiares dos adolescentes; também, não eram permitidas agressões físicas nem verbais em relação aos outros elementos do grupo. Um assunto que gerou diversas opiniões foi a possibilidade de se poder dizer, ou não, asneiras. O X5 chegou mesmo a sugerir, numa primeira fase, que sempre que alguém tivesse a necessidade de dizer asneiras deveria dizer esse palavrão para o interior de uma garrafa e depois fechá-la. No entanto, acabou por ficar determinado, por unanimidade, que as asneiras seriam permitidas desde que não dirigidas a ninguém do grupo, no sentido de naquele espaço, que não é o espaço escolar, nem o espaço familiar, serem permitidas experiências que no exterior não teriam lugar. As asneiras eram, assim, permitidas como a possibilidade de se atenuar a zanga sentida na abordagem de temas sensíveis, como mencionado pelo próprio X5.

é mesmo essencial, para o seu equilíbrio psíquico e para (...) personalidade, que o adolescente possa tactear ou encetar vários caminhos antes de verdadeiramente escolher o que corresponde melhor à sua maneira de ser, de sentir o mundo e de perspectivar o futuro. Não lhe permitir será amputá-lo (...). Só vivendo por si, e para si e para os outros, o jovem vencerá a insegurança mais ou menos manifesta (...), adquirirá a independência emocional que a vida lhe exige e que será o suporte da sua individualidade em construção, selará a marca de continuidade entre o que foi, é e será, constituindo assim a linha mestra da sua identidade (Coimbra de Matos, 2012, p.50).

Sendo o desenho dos procedimentos do grupo terapêutico “não-estruturado, espontâneo ou de livre fluxo” (Vinogradov & Yalom, 1999), o desafio foi o de integrar essa estrutura que, de alguma forma, se diferencia da intervenção de enfermagem desenvolvida da UIPIA, do CHLC. Entre as principais divergências destacam-se os limites estabelecidos à criança/adolescente, que na UIPIA, considero serem mais claros. Na verdade, talvez tenham que assim ser pelo facto de os adolescentes se encontrarem numa fase aguda da sua problemática ou pela rotatividade de enfermeiros, por turno, implicar que os limites sejam melhor estruturados, de forma a uniformizar a prática. Um enfermeiro dizer “sim” e outro “não” sobre o mesmo aspeto seria demasiado desorganizador para uma criança/adolescente. Quanto à honestidade ou autenticidade<sup>71</sup> sempre foi, para mim, uma característica clara, necessária para um profissional que exerça a sua atividade profissional nesta área. Porém a espontaneidade, o agir espontaneamente sem o uso maciço da intelectualização como defesa, foi algo que incorreu com o meu temperamento inibido. Uma limitação que percebi poder interferir na RT com o cliente, principalmente quando inscrita no contexto de um grupo terapêutico. No grupo terapêutico, pelo contacto com os adolescentes ser de âmbito prolongado, em que a RT tende a aprofundar-se cada vez mais, sentia-me mais exposta. Tudo acontecia *in loco*, no aqui e agora, sem ser viável sair desse contexto para depois regressar, como muitas vezes acontece na UIPIA, do CHLC. O desafio foi procurar a minha espontaneidade infantil submersa na minha atual adultícia.

Ora, para Jacob Moreno<sup>72</sup> qualquer contexto psicoterapêutico deve objetivar o desenvolvimento da espontaneidade, que consiste na “capacidade do indivíduo dar respostas adequadas a situações novas ou respostas novas e adequadas a situações antigas (...) o indivíduo apresenta maior número de respostas adaptativas e criativas” (Soeiro, 1991, p.25), o que me leva a considerar que a espontaneidade como um instrumento potenciador não só da RT como também do desenvolvimento da primeira competência do EESM.

---

<sup>71</sup>Ou congruência, consiste num “estado de acordo interno entre o que a pessoa percebe, pensa e sente como emoções e necessidades, e o que ela comunica verbalmente e não verbalmente” (Chalifour, 2008, p.205)..

<sup>72</sup>O grande criador do Psicodrama.

Considero que resultou o facto de os terapeutas serem de vários géneros e idades, pois:

uma equipa de co-terapeutas de sexos opostos apresenta vantagens únicas. (...) recria a configuração familiar original que, para muitos membros, aumenta a carga afectiva do grupo. (...) os co-líderes masculinos e femininos oferecem ao grupo um *setting* mais amplo para possíveis reacções transferenciais<sup>73</sup> (Vinogradov & Yalom, 1999, p.50).

Nesse sentido, muitas vezes senti-me alvo de transferência (positiva) de emoções e sentimentos por parte dos adolescentes, como se eu própria tratasse da colega de escola, que os rapazes e, particularmente, o X5 gostariam de agradar; a mãe de quem obtinham proteção, conforto e afeto; ou, a irmã idealizada. Por outro lado, com a X2 senti que me encarava como o reflexo de uma das suas colegas ou irmãs de quem constantemente comparava as suas estruturas corporais em crescimento. Algo que a adolescente fazia constantemente, e, talvez, uma transferência (negativa) que a impedia de confiar em mim. Ou, pelo menos, eu assim o sentia. Peplau (1988) refere que, com frequência, os enfermeiros assumem o papel de substitutos. Nesse sentido, e de forma inconsciente, o enfermeiro pode simbolizar, para o cliente, uma figura de mãe ou de outra pessoa que não seja alusiva à sua família, como, por exemplo, uma professora. Assim, em vez de se relacionar com o enfermeiro, como tal, é provável, que numa determinada situação reative e projete nele sentimentos vivenciados em relações anteriores. Questiono-me se na relação que estabeleci com os adolescentes que me transferiram tanto da história deles, não terei satisfeito as minhas próprias necessidades<sup>74</sup>. A respeito do papel de mãe, é um projeto em que me revejo bastante, sendo as características que mencionei aquelas que preconizo serem importantes nessa função e que desejo experienciar. Daí o facto de questionar a minha influência nesse processo transferencial. A esse respeito, Peplau (1988), afirma que “o comportamento do enfermeiro – a sua aparência, modo de acção, gestos corporais, maneira de falar – operam frequentemente para lembrar o [cliente] de alguém (trad. do autor)” (p.52).

---

<sup>73</sup>Consiste num processo inconsciente através do qual o cliente projeta, sobre o enfermeiro, sentimentos e emoções provenientes de situações vivenciadas no passado com pessoas significativas (Phaneuf, 2005).

<sup>74</sup>No sentido de contratransferência, que consiste na resposta emocional e comportamental do enfermeiro face ao comportamento do cliente. A contratransferência pode estar relacionada com o facto de o enfermeiro reviver um padrão de relacionamento passado com uma pessoa significativa, numa situação atual com o cliente, ou pode surgir em resposta aos sentimentos de transferência do próprio cliente (Townsend, 2011).

É interessante perceber que no seio do grupo terapêutico, o cliente que parecia ser de trato mais difícil, pela sua dificuldade de verbalização escamoteada pelo movimento e destabilização do grupo permanentes, foi aquele com quem consegui estabelecer uma relação mais consistente, que me permitiu dar sentido ao meu papel naquele espaço. Remetendo para a minha prática na UIPIA, do CHLC, estes adolescentes com alteração do comportamento, principalmente, os da faixa etária da primeira e segunda infância sempre constituíram o grupo de clientes que mais interesse me despertaram. Pelo desafio em si, por geralmente apresentarem distúrbios da vinculação precoce, com necessidade de se sentirem protegidos, amados e compreendidos no vazio em que vivem. De serem simplesmente olhados e valorizados. “Quando uma criança faz qualquer coisa que é muito extravagante, tem um motivo para o fazer (...). Muitas vezes a criança faz maldades (...) porque tem a dúvida se é amada ou não, e então provoca, e faz uma experiência: «Vamos lá ver se eles gostam de mim ou não.»” (p.160). Encontrei tantas vezes esta mensagem no comportamento do X5, que procurava iludir a sua tristeza com aquela forma de agir. O X5, como outros “X5” que contactei, mostraram-me que “o olhar autêntico, interessado, é uma espantosa prova silenciosa de atenção, de respeito, de proximidade que se pode dar (...) a alguém, seja a quem for” (Santos, 2007, p.93).

A adolescente X2, que procurava monopolizar o grupo com as suas problemáticas em torno do corpo, fazia-me questionar muito a minha própria intervenção, a minha própria postura. Sentia-me constantemente observada, como se o olhar dela me fragilizasse por me sentir, também, demasiado magra. A adolescente X4, adotando, por outro lado, uma postura silenciosa, constituía um maior desafio. Em todas as dinâmicas de grupo se afastava ou sentava-se de parte, observando o grupo com desdenha. Sentia-se já adolescente, distanciando-se dos outros que ainda lhe pareciam demasiado infantis. Constantemente tinha de ir ao seu encontro e, constantemente, punha em causa a minha intervenção por não a conseguir integrar nas dinâmicas de grupo com agrado. Mas, na verdade, o grupo pôde contar com a sua presença e, em muitos momentos, foi fundamental para o apoiar. Segundo Coimbra de Matos (2012), a condução psicoterapêutica de perturbações emocionais na adolescência exige preparação teórica e prática da parte do terapeuta, sendo, na RT com o clien-

te, a sua capacidade de se confrontar com a sua própria adolescência, o seu principal instrumento de compreensão.

Por fim, sobreposamos todas as duas mãos e grito, e gritamos, a palavra: “Caminho”. Caminho de desenvolvimento, mas também de descoberta de si mesmo, por meio da relação com os outros. Era dessa forma que terminávamos todas as sessões, a gritar uma palavra que representa-se esse encontro.

### - PARTE III -

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Da leitura do artigo de Martins (2008) retém-se uma perspectiva interessante sobre os aspetos éticos da investigação científica em enfermagem, a qual se convida a refletir. Designadamente, o autor refere que “a ética não é um conjunto de regras feitas (...). É antes um conjunto de valores e princípios que permitem optar “pelo melhor para o investigado” (p.23). Tendo como objeto de estudo o Homem e as suas respostas às situações de saúde ou doença, a investigação em enfermagem deve suscitar o interesse pelas respetivas questões éticas, de um modo que deve ser espontâneo e natural. “Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin, 2009, p.180).

Na realização de um estudo de abordagem qualitativa, torna-se necessário considerar determinados princípios éticos, particularmente no que respeita a confidencialidade e a vida privada dos indivíduos que são alvo de investigação. Independentemente dos aspetos estudados, a investigação em enfermagem deve ser concebida no respeito pelos direitos da pessoa (Fortin, 2009), sendo respeitados os princípios éticos estabelecidos a nível nacional e internacional (Martins, 2008). Na conceção do presente estudo foram assim tidos em conta alguns desses princípios, de forma a minorar potenciais problemas éticos, designadamente os princípios de não maleficência, autonomia, beneficência e justiça (Carpenter & Streubert, 2002).

No que respeita o princípio da autonomia, “os investigadores devem obter consentimento informado (...) do informante” (Carpenter & Streubert, 2002, p.38). O consentimento significa que os participantes detêm informações adequadas em relação à pesquisa e a autonomia de, com essa informação, decidir sobre a sua participação. Daí que no presente estudo se tenha estabelecido como um dos critérios de exclusão o facto de os clientes, dos quais foram recolhidos os dados da apreciação inicial e das notas de enfermagem, não apresentarem o impresso “Auditoria clínica e/ou

projectos de auditoria da qualidade” (ver Anexo 2) autorizado e assinado pelos seus representantes legais. Este impresso é habitualmente preenchido no momento da admissão do cliente sendo, através do mesmo, que os representantes legais autorizam ou desautorizam os possíveis estudos realizados sobre a documentação produzida pelos vários profissionais de saúde sobre o cliente. Também aqui importa evidenciar o princípio do respeito pelos grupos vulneráveis, nos quais se incluem os menores (menos de dezoito anos<sup>75</sup>), sendo o consentimento fornecido aos pais ou tutores.

Outro princípio que se colocou consistiu no direito à privacidade, tanto dos clientes cujos dados da documentação de enfermagem mobilizada no processo de diagnóstico foram recolhidos, como dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, que participaram no GF. Havendo uma profunda relação com os enfermeiros assim como os dados identificativos dos clientes (por meio da vinheta de identificação e da própria documentação de saúde), a plenitude do anonimato tornou-se impossível, sendo necessário estabelecer outros meios de sigilo. Designadamente, a informação de identificação foi codificada, restringindo-se assim o acesso à mesma por outros indivíduos que não a investigadora (Beck, Hungler & Polit, 2004).

Não obstante, importa referir que durante o estágio hospitalar e comunitário foram considerados os princípios gerais do código deontológico do enfermeiro, no qual se encontram expressos os “princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres” (OE, 2005, p.59). “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2012, p.17).

---

<sup>75</sup>Se o menor tiver maturidade suficiente para compreender a informação envolvida no consentimento, o investigador pode obter também o seu consentimento informal, evidenciando o respeito pelo seu direito à autodeterminação.

## 6. CONCLUSÕES

Na introdução deste relatório, surge que, com a realização do estágio integrado no CMESMP, pretendeu-se adquirir as competências do EESM a um nível de «iniciado», de acordo com o modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner (2001). Sobre esse nível de competência, Benner define que, mesmo um enfermeiro experiente numa determinada área de enfermagem, quando muda de contexto de cuidados, inicia-se nessa nova área. No papel de EESM estagiária, entendo que me iniciei, da mesma maneira, no perfil de competências específicas do EESM. É certo que a minha experiência anterior, na área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, constitui um pilar fundamental de todo esse processo, vinculando-se, com a frequência do CMESMP e realização do estágio, a uma compreensão mais consistente e aprofundada sobre o cliente e sobre o próprio papel do enfermeiro na área de saúde mental e psiquiatria.

Neste “caminho”, a oportunidade de integrar o projeto de implementação da CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2, no SIE informático, do CHLC<sup>76</sup>, tornou-se um fator coadjuvante, que apesar de exigente (pela simultânea elaboração do presente relatório), surgiu no momento certo, com os profissionais certos. Salienta-se que a documentação de enfermagem, na área de saúde mental, não se encontra ao mesmo nível de equidade do que os restantes contextos de cuidados (Sequeira, 2006), sendo essa uma realidade percebida desde as várias tentativas de implementação da CIPE<sup>®</sup>, no HDE, em que a identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no âmbito da UIPIA, era considerada, pelos diferentes grupos de trabalho, como quase utópica. Quando se afirma que o referido projeto, envolveu os profissionais certos, fala-se do facto de estes também acreditarem no verdadeiro potencial da CIPE<sup>®</sup> e na sua transversalidade às diferentes áreas de cuidados. E o que é certo é que, o que parecia impossível tornou-se possível, ainda com as lacunas que esse projeto certamente apresenta. Além do mais, entende-se que a CIPE<sup>®</sup> encontra-se em permanente evolução, tal como a compreensão que é feita acerca da própria profissão de enfermagem. Cada vez mais se pensa na enfermagem numa lógica conceptual (Sil-

---

<sup>76</sup>O “Sclínico”.

va, 1995, 2006), e isso, naturalmente, alarga a compreensão da natureza da CIPE® e do seu uso nos SIE.

O projeto de estágio desenvolvido vincula-se ao programa dos PQCE, principalmente no que respeita o seu enunciado descritivo “3.6. A organização dos cuidados de enfermagem”, onde se preconiza, entre outros aspetos, a “existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem” e “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore (...) as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados” (CE, 2001, p.18). Com vista à sua aplicação nos SIE, analisou-se a informação clínica que os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, documentam durante o processo de diagnóstico do cliente (designadamente, os dados da apreciação inicial e os dados das notas de enfermagem), cumprindo-se os objetivos, geral e específicos, estabelecidos para o estudo.

No que respeita a análise dos dados da apreciação clínica do cliente, verificou-se que, durante a entrevista inicial, os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, tendem a recolher diferentes tipos de dados, entre os quais constam os “Dados Gerais”, “Dados Objetivos” e “Dados Subjetivos”. Contudo, do discurso oral e escrito dos enfermeiros, é notória a existência de discrepâncias entre aquilo que consideram ser importante recolher (ideal) e os dados que, realmente, recolhem (real). Numa tentativa de compreensão dessa dicotomia, surgiu uma importante conclusão deste estudo, no que respeita a entrevista inicial revestir-se como um momento basilar, de início da RT com a criança/adolescente e sua família/figura tutelar. A necessidade do enfermeiro estar disponível para iniciar uma RT parece, assim, incorrer sobre a recolha de dados do cliente e sua família. Esta perspetiva parece adquirir maior significado no que respeita os dados objetivos, dos quais se verificou que a sua documentação não foi sistemática. Provavelmente, os dados subjetivos, que são fornecidos pelo cliente e sua família, fluem de forma mais autêntica, no decurso da entrevista inicial, do que os dados objetivos, que necessitam de ser descobertos pelo enfermeiro. Neste sentido, “assume particular importância um conjunto de factores referidos pelos [clientes] e pelas enfermeiras como facilitadores da aproximação, bem como a componente do “Processo de avaliação diagnóstica” (p.306), misturando-se “elementos de

natureza estritamente clínica (...) com outros de sensibilidade humana (...), resultando numa acção profissional com um perfil próprio e identificativo” (Lopes, 2006, p.306). É interessante compreender-se que estes resultados complementam-se, e interligam-se, com os resultados obtidos da análise de conteúdo do GF, onde emergiu, como quadro conceptual orientador da prática de cuidados, a teoria de Hildgard Peplau, na qual o processo interpessoal é central.

Face à identificação dos diagnósticos de enfermagem, documentados em linguagem natural nas notas de enfermagem e à sua, consecutiva, categorização de acordo com a CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2, obteve-se, por meio da análise documental, uma lista representativa dos mesmos. Mais importante do que a percentagem obtida a respeito da documentação de cada diagnóstico de enfermagem, consistiu a sua própria identificação, que deverá constar no SIE informático do CHLC. Essa estrutura, deverá contemplar um espaço onde os enfermeiros possam dar visibilidade à atividade de diagnóstico, de modo a conseguirem fundamentar o seu processo de pensamento crítico e a sua tomada de decisão. Atendendo-se a este critério, torna-se possível o enfermeiro documentar dados do cliente e sua família que não sendo um diagnóstico de enfermagem efetivo, constituem áreas de atenção sobre as quais ele desenvolve um conjunto de intervenções no sentido de avaliar a sua evolução. No caso da UIPIA, do CHLC, a atividade de diagnóstico possibilita não só o rastreio de possíveis alterações psicopatológicas significativas da criança/adolescente, como também permite avaliar áreas em que a criança/adolescente apresenta, ou não, autonomia e que, portanto, poderão necessitar da intervenção do enfermeiro.

A teoria de Peplau, que surgiu como o quadro orientador da prática de cuidados dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, permite, no aqui e agora, descrever essa prática de um modo mais consciente e efetivo. Mediante o GF, abraçaram-se as diferentes compreensões dos enfermeiros sobre a prática de cuidados de enfermagem na UIPIA, do CHLC, no sentido de se identificar aspetos comuns e se “caminhar” em direção de um conceito bem definido (Fawcett, 1995). Não faria, de todo, sentido, deixar de envolver a equipa de enfermagem nesse propósito, de “mudança centrada na reflexão sobre as práticas” (Silva, 2006, p.34). Segundo o mesmo autor, citando Hoy (1997), “não pode analisar-se os SIE sem considerar as pessoas, as estruturas

organizacionais e os processos de recolha, processamento e utilização da informação” (p.34). Optou-se pela vinculação dos enfermeiros, aos fenómenos em estudo, com o recurso à sua participação, direta (no GF) e indireta (por meio da respectiva documentação de enfermagem), de modo a obter-se a sua motivação, em vez de se instituir um modelo perante o qual eles não se revissem ou identificassem. Todavia, salienta-se que “não há uma prática de enfermagem: há práticas de enfermagem” (p.306), pelo que cada contexto de cuidados deverá encontrar a sua. “Os modelos só serão úteis se funcionarem no contexto das práticas e se forem consonantes com os modelos de cuidados em uso” (Silva, 2006, p.306).

Quanto ao valor do estágio em si, “só uma preparação longa, uma formação diversificada, uma maturidade progressiva e escalonadamente conseguida e solidamente estruturada, bem como uma ponderação forjada em rica e quente experiência de vida permitirão qualificar, ao nível que se deve exigir, o profissional de psiquiatria da juventude” (Coimbra de Matos, 2012, p.49), e da criança, acrescenta-se. Um “caminho” que, nesse sentido, deverá ancorar o desenvolvimento das competências profissionais, sem descurar o crescimento da própria “pessoa da pessoa”, pois ambos estes fatores se inter-relacionam e são determinantes para a RT que se estabelece com o cliente e sua família. Daí a importância atribuída por Santos (2007) ao “ser” do terapeuta: “o terapeuta, [que] vale mais pelo que é, do que pelo que sabe” (p.244). No decurso do processo interpessoal, que ocorre durante a prática de enfermagem, os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer os seus próprios comportamentos, no sentido de ajudar os clientes a identificar as suas dificuldades (Peplau, 1988), o que implica o desenvolvimento constante do conhecimento de si enquanto pessoa e profissional – a primeira competência do EESM (CIE, 2010). Também, atualmente, sinto-me mais consciente das minhas características, potencialidades e resistências, que influenciam a minha forma de ser, e estar, como instrumento terapêutico.

Considera-se essencial que outras unidades específicas de cuidados possam identificar, através do uso da metodologia de investigação, os modelos conceptuais orientadores da sua prática. Além disso, torna-se emergente o desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup>, nos SIE em uso, pelas várias instituições de saúde existentes em Portugal, para que os próprios objetivos dessa linguagem classificada façam sentido a nível

nacional, e se possam, assim, obter indicadores de enfermagem mais consistentes. “Tais indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (OE, 2007b, p.2). Será, igualmente, interessante, perceber, no futuro, as repercussões da aplicação deste projeto de estágio na prática, principalmente no que respeita a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, o envolvimento da equipa de enfermagem no novo padrão de documentação, a possibilidade de se cruzarem dados com vista à gestão, formação e investigação. Por fim: “ $\alpha$ ”<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup>Primeira letra do alfabeto grego, com significado cristão, de início; aplicado neste contexto, no sentido em que se pretende que o projeto de estágio não seja um fim em si mesmo, mas antes o início de um percurso de melhoria, pela reflexão sobre as práticas de cuidados, por meio do SIE informático.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeles, P. (2007). Measuring patient dependency in child and adolescent mental health. *British Journal of Nursing*, 1 (17), 1064-1072.
- Abreu, J. (1992). *O modelo do psicodrama moreniano*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.
- Accioly, C., Andrade, L., Costa, K., Nóbrega, M. e Oliveira, J. (2012). Termos identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE®. *Revista electrónica de enfermagem*, 14 (2), 330-336.
- Administração Central do Sistema de Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2012). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência - documento técnico de suporte*. [S.l.]: Administração Central do Sistema de Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Almeida, F. e Sabatés, A. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. São Paulo: Manole.
- Almeida, M., Correia, S., Marques, C. e Trigueiros, A. (2010). *Procedimento Multisectorial*. Referência e admissão à área de pedopsiquiatria. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal.
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão nacional de saúde da criança e do adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Andreou, P. & Papastavrou, E. (2012). Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*, 6 (2), 186-200.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual de diagnósticos e estatística das perturbações mentais – DSM-IV-TR (4ª ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Baker, R. & Trzepacz, P. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.
- Bastos, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. *Pensar enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Beck, D., Hungler, B. & Polit, D. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.

- Belcher, J. & Fish, L. (2000). Hildegard Peplau. In J. George et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (45-57) (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bénony, H. (2002). *O desenvolvimento da criança e as suas psicopatologias*. Lisboa: Climepsi.
- Bowers, L., Haglund, K., Jones, J., Simpson, A., & Van der Merwe, M. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 293-299.
- Braconnier A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Buckley, S. (2010). Caring for those with mental health conditions on children's ward. *British Journal of Nursing*, 19 (19), 1226-1230.
- Carmo, H. e Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação – guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carpenito, L. (1997). *Diagnósticos de enfermagem – aplicação à prática clínica* (6ª ed.). São Paulo: Lusodidacta.
- Carpenter, D. & Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – avançando o impertativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Carvalho, E. e Monteiro, A. (2008). *Sociodrama e sociometria – aplicações clínicas*. São Paulo: Editora Ágora.
- Carvalho, J. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 8, 52-57.
- Cavalcanti, A. e Coelho, M. (2007). A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. *Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (2), 220-226.
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica – estratégias de intervenção*. Vol.2. Loures: Lusodidacta.
- Chandra, A. & Minkovitz, C.S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8<sup>th</sup> grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 36 (6), 763-774.

- Cho, I. & Park, H. (2006). Evaluation of the expressiveness of an ICNP-based nursing data dictionary in a computerized nursing record system. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(4), 456–464.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual – enunciados descritivos*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional - sistema de individualização de especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP – versão beta 2 (2ª ed.)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010a). *Definição CIPE®*. Acedido a 06/06/2013. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/definition-a-elements-of-icnpr/>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010b). *Visão, objectivos e benefícios da CIPE®*. Acedido a 06/06/2013. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/vision-goals-a-benefits-of-icnpr/>.
- Costa, J. (s.d.). Métodos de prestação de cuidados. Acessível em Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Viseu, Portugal.
- Crowe, M. (2006). Psychiatric diagnosis: some implications for mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (1), 125-131.
- Cubas, M.; Rosso, M. e Silva, S. (2010). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): uma revisão da literatura. *Revista electrónica de enfermagem*, 12 (1), 186-194.
- Damásio, A. (2004). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (15ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Derby, K., Foss, D., Maxson, P. & Wroblewski, D. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing*, 21 (3), 140-145.

- Doenges M. & Moorhouse M. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Domenico, E. e Ide, C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (1), 115-118.
- Ducharme, F., Duquette, A., Kérouac, S., Major, F. & Pepin, J. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Eggleston, M. & Mitchell-Lowe, M. (2009). Children as consumer participants of child and adolescent mental health services. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 17 (4), 287-290.
- Faculdade de Motricidade Humana (s.d.). *Investigação*. Acedido a 02/02/2014. Disponível em: <http://www.fmh.utl.pt/pt/investigacao>.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3ª ed.). Filadélfia: F. A. Davis Company.
- Fernandes, A. e Santos, E. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
- Ferreira, L. (2010). *Procedimento sectorial*. Filosofia da área de pedopsiquiatria. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal.
- Ferreira, R., Luzio, F. e Santos, M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista Referência*, II (12), 29-37.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Furtado, L. e Nóbrega, M. (2007). Construção de banco de termos identificados em registos de enfermagem utilizando a CIPE®. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9 (3), 630-655.
- Galego, C. e Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Investigação*, 5, 173-184.
- Garcia, T. e Nóbrega, M. (2009). Classificação internacional para a prática de enfermagem: inserção brasileira no projeto do conselho internacional de enfermeiras. In *Conferência Magna Nacional*, São Paulo, 27/05/2009. Escola Paulista de Enfermagem.

- Garrido, A. (2005). Supervisão clínica em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto*. Lisboa: Climepsi.
- Goossen, W. (2000). *Towards strategic use of nursing information in the netherlands*. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research.
- Graveto, J. e Silva, M. (2008). Modelo conceptual versus “modelo oculto” para a (na) prática da enfermagem. *Pensar enfermagem*, 12 (2), 67-70.
- Haber, J. & Lobiondo-Wood, G. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Harrison, C. & Taylor, M. (2010). Introducing clinical supervision across western australian public mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 287-293.
- Henríquez, P. (2010). Diez años de trayectoria del proyecto CIPE en Chile. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (1), 65-73.
- Herdman, T. (2012). *NANDA international: nursing diagnoses: definition & classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hill-Smith, A., Taverner, R., Greensmith, H. & Parsons, D. (2012). Staff relationships in multidisciplinary teams. *Mental Health Practice*, 15 (8), 14-19.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hoem, E. & Vatne, S. (2007). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (6), 690–698.
- Honeyman, C. (2007). Recognising mental health problems in children and young people. *Paediatric Nursing*. 19 (8), 38-44.
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: enfermagem psicodinâmica. In Alligood, M. & Tomey, A. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.) (423-444). Loures: Lusociência.
- Huckabay, L. (2009). Clinical reasoned judgment and the nursing process. *Nursing forum*, 44 (2), 72-78.
- Ingalls, K. e Tourville, C. (2003). A árvore viva das teorias de enfermagem. *Servir*, 52 (2), 82-92.
- Johnson, M. et al. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Johnson, N. & Rodriguez, D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systematic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39 (3), 131-141.
- Jones, D., Keenan, G., Lunney, M. & Moorhead, S. (2011). Standardized nursing languages – essencial for the nursing workforce. *Springer Published Company*, 253-294.
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança – (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kaye, L. (2009). The role of nurse practitioners in meeting the need for child and adolescent psychiatric services. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47 (3), 34-39.
- Lannuzzi, D. & Kopecky, K. (2013). The Needs of Hospitalized Patients With Autism Spectrum Disorders: A Parent Survey. *Clinical Pediatrics*, 52 (7), 652-660.
- Lima, C. e Nóbrega, M. (2009). Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica médica. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 11 (1), 12-22.
- Logan, W., Roper, N. & Tierney, A. (1995). *Modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-cliente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lowes, L. (1996). Paediatric nursing and children's autonomy. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 367-372.
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21 (2), 82-88.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Marra, M. (2004). *O agente social que transforma – o sociodrama na organização de grupos*. São Paulo: Editora Ágora.
- Martins, A. et al. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 52-61.
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12 (2), 62-66.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

- Merighi, M. e Praça, N. (2003). *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas – a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morgan, D. (1998). *Planning focus group*. California: Sage.
- Mueller, C. (2009). Children's mental health: a nursing perspective. *Alberta RN*, 65 (7), 24-25.
- Muraro, G. (1999). *O moral familiar – respostas às perguntas mais provocadoras*. Apelação: Paulus.
- Nunes, L. (2008). Responsabilidade Profissional. In *Seminário de Ética*, Parque das Nações, 28/09/2007. Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A. (2007). *Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projecto “nossas crianças: janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da promoção da saúde*. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. Dissertação de Pós-Graduação. São Paulo.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007a). Documentos oficiais. *Sistema de informação de enfermagem (SIE) - princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Acedido a 05/11/2012. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Acedido a 05/11/2012. Disponível em: <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Programa padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – PPQCE*. Acedido a 06/02/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/PadroesdeQualidade.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Desenvolvimento Profissional. *Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE*. Acedido a 04/01/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do exercício profissional do enfermeiro e estatuto da ordem dos enfermeiros*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2005). Mental health. *Child and adolescent mental health policies and plans - mental health policy and service guidance package*. Acedido a 29/05/13. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/9\\_child%20ado\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (s.d.). *Saúde mental*. Acedido a 28/03/2014. Disponível em: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/).
- Osorio, L. & Zimerman, D. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Parecer CJ/20 de 14 de Maio (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Conselho Jurisdicional. 2-3.
- Paul, C. & Reeves, J. (2000). Visão geral do processo de enfermagem. In J. George et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (21-32) (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal relations in nursing – a conceptual of reference for psychodynamic nursing*. Nova Iorque: Palgrave Macmillan.
- Perry, A. & Potter, P. (2006). *Fundamentos de enfermagem – conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5).
- Rodrigues, A. et al. (2009). *Procedimento multisectorial*. Princípios orientadores para os registos de enfermagem. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal.
- Santos (2003). *Se não sabe porque é que pergunta?*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Santos (2007). *Ensinaram-me a lêr o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica - do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2013). *Centros de saúde recebem clínico no início de janeiro*. Acedido a 02/02/2014. Disponível em: <http://spms.min-saude.pt/blog/2013/12/31/centros-de-saude-recebem-sclinico-no-inicio-de-janeiro/>.
- Shaha, M. et al. (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse researcher*, 18 (2), 77-87.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Simões, C. e Simões, J. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Referência*, 2 (4), 9-23.
- Sociedade de Língua Portuguesa (1990). *Grande dicionário da língua portuguesa - Tomo IV*. Alfragide: Ediclube.
- Soeiro, A. (1991). *Psicodrama e psicoterapia*. Lisboa: Escher.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática* (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.
- Turner, E. & Liew, J. (2010). Children's adjustment and child mental health service use: the role of parents' attitudes and personal service use in an upper middle class sample. *Community Mental Health Journal*, (46), 231-240.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1999). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

**ANEXOS**

Anexo 1 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (*in* OE)



# **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM  
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 25/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010



## REGULAMENTO

# COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

### Preâmbulo

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.



O cliente é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados, que no momento vão contra o seu desejo. Estas particularidades afectam a natureza da relação enfermeiro – cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objecto de reflexão.

O avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



### **Artigo 1.º**

#### **Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

### **Artigo 2.º**

#### **Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

### **Artigo 3.º**

#### **Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

### **Artigo 4.º**

#### **Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental**

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
  - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
  - c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
  - d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada no dia 25 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf.ª Glória Durão Butt



## ANEXO I

**1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.**

*Descritivo:*

A capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	F1.1.1. Identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico. F1.1.4. Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este "dar conta de si" integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

**2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.**

*Descritivo:*

Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, protecção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	F2.1.1. Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos. F2.1.2. Avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos. F2.2.1. Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente. F2.2.2. Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da	F2.3.1. Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo. F2.3.2. Implementa programas de promoção da participação activa através da educação para



perturbação mental na comunidade e grupos	a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave. F2.3.3. Implementa projectos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: Projectos que promovam a participação activa dos clientes na vida social; Projectos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; Medidas de suporte aos cuidadores. F2.3.4. Implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de factores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce.
-------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.**

*Descritivo:*

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. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrado a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui actividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.

<b>Unidades de competência</b>	<b>Critérios de avaliação</b>
F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental. F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar. F3.1.3. Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados. F3.1.4. Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos. F3.1.5. Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença. F3.1.6. Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. F3.1.7. Avalia e detecta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência. F3.1.8. Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros. F3.1.9. Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.
F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes,	F3.2.1. Compromete-se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental. F3.2.2. Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	ganhos em saúde mental.
F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade	<p>F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.</p> <p>F3.3.2. Desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com Doença Mental Grave.</p> <p>F3.3.3. Concebe, planifica e desenvolve projectos de Desenvolvimento Comunitário Participativo para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais.</p> <p>F3.3.4. Concebe, coordena e implementa, projectos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré - natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens.</p> <p>F3.3.5. Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto.</p>
F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	<p>F3.4.1. Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.</p> <p>F3.4.2. Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detectar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.</p> <p>F3.4.3. Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efectivos.</p> <p>F3.4.4. Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.</p> <p>F3.4.5. Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.</p>
F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde	<p>F3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.</p> <p>F3.5.2. Elabora e supervisiona os programas/planos individualizados de tratamento/reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.</p> <p>F3.5.3. Colabora com a Autoridade de Saúde nas situações previstas na Lei de Saúde Mental relativas ao internamento compulsivo.</p> <p>F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.</p> <p>F3.5.5. Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa.</p> <p>F3.5.6. Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.</p> <p>F3.5.7. Elabora relatórios e/ou pareceres para influenciar os planos de cuidados dos clientes e estimular as capacidades de outros de fornecer cuidados e impulsionar alterações no sistema.</p>



4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

*Descritivo*

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de actividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	F4.1.1. Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais. F4.1.10. Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada. F4.1.2. Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais. F4.1.3. Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas). F4.1.4. Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas. F4.1.5. Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias. F4.1.6. Apoia famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como a família. F4.1.7. Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros. F4.1.8. Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação. F4.1.9. Considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas.
F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições. F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o "insight" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema. F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. F4.2.4. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida. F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

<p>F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais</p>	<p>F4.3.1. Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra. F4.3.2. Implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental. F4.3.3. Implementa intervenções psicossociais de recrutamento e retenção ou reabilitação e regresso ao local de trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental. F4.3.4. Envolve outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo 2 Impresso “Auditoria clínica e/ou projetos de auditoria da qualidade”



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, EPE



Colocar vinheta do utente

Área de Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA AUDITORIA CLÍNICA E/OU PROJECTOS DE  
AUDITORIA DA QUALIDADE AOS PROCESSOS DE CRIANÇAS EM  
ACOMPANHAMENTO/TRATAMENTO NA ÁREA DE PEDOPSIQUIATRIA  
(AMBULATÓRIO/INTERNAMENTO)**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (grau de parentesco/responsável legal) de \_\_\_\_\_

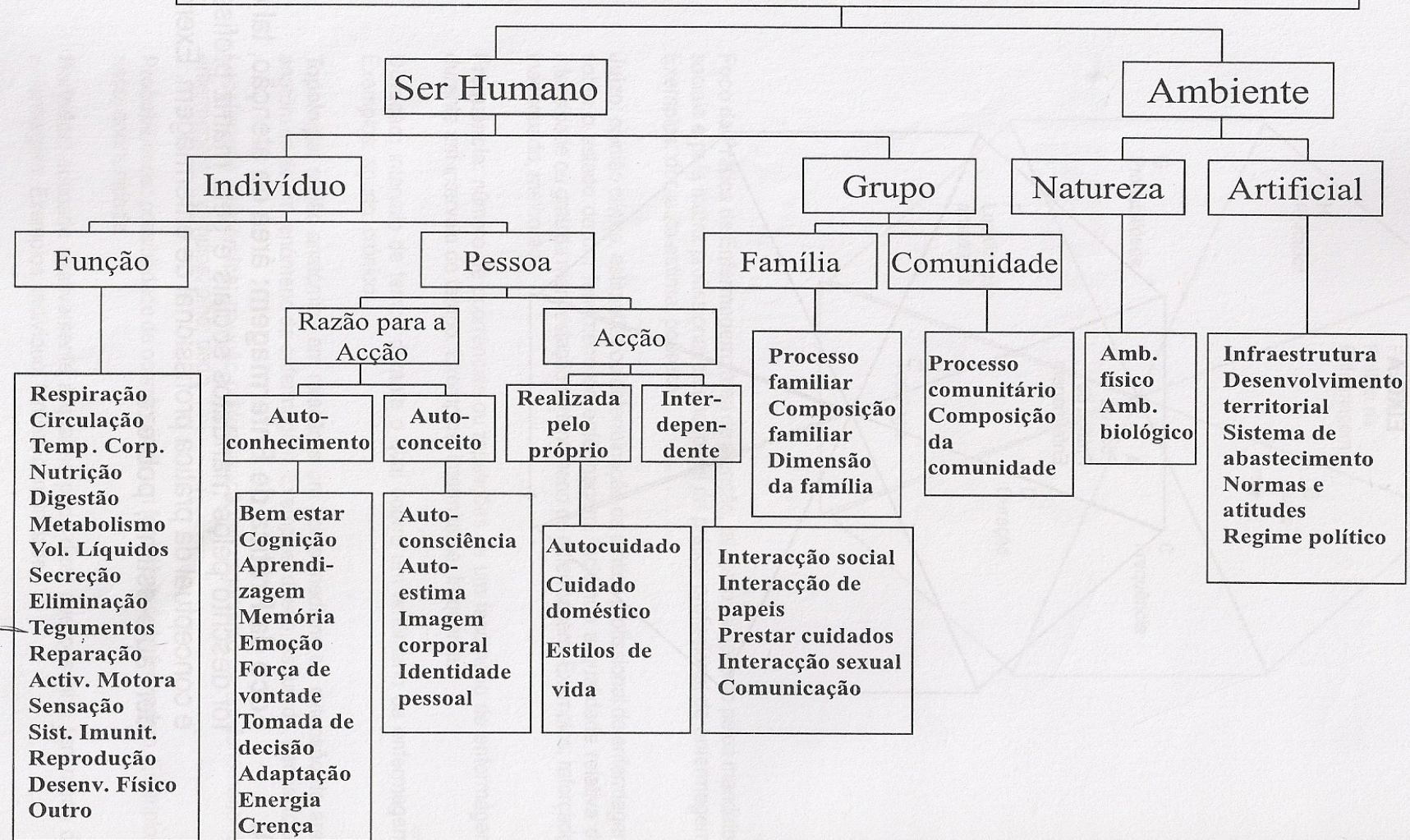
, em acompanhamento/tratamento neste serviço, declaro que **consinto / não consinto** (*riscar o que não interessa*) a consulta do processo clínico n.º \_\_\_\_\_, para realização de auditoria clínica e/ou projectos de auditoria da qualidade.

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

\_\_\_\_\_

Anexo 3 Esquema “Fenómenos de Enfermagem” da CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2 (*in* CIE)

# FENÓMENOS DE ENFERMAGEM



**APÊNDICES**

Apêndice 1 Cartaz de divulgação do grupo focal

# *Focus Group*

1 Outubro 2012

14h00 (sala de reuniões, piso 0)

*“A prestação de cuidados de enfermagem na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria”*

Moderadoras: Margarida Pereira

Vanessa Lages

Público-alvo: Enfermeiros da UIPIA

Apêndice 2 Guião do grupo focal (apenas em CD-ROM)

## FOCUS GROUP

### Guião

- Agradecer a presença de todos e enfatizar o carácter relevante da sua presença.
- Contextualização dos sistemas de gravação áudio.
- Explicar o projecto de estágio e o âmbito do *Focus Group*.

#### Questões:

**1. Comparativamente a outras áreas onde já prestaram cuidados de enfermagem, o que identificam como principais diferenças face ao internamento de pedopsiquiatria?**

No fundo, procurem reflectir sobre quais os aspectos que consideram semelhantes e diferentes entre as várias áreas... quais as particularidades no cuidado à criança/adolescente na área de pedopsiquiatria.

**2. (Face às respostas que foram dadas à questão anterior) O que consideram como central na prestação de cuidados ao cliente nesta área?**

(Tendo em conta as diferentes patologias das crianças no internamento, quais os cuidados de enfermagem que consideram assumir maior protagonismo no nosso internamento?)

(Tendo em consideração as respostas dadas à questão anterior, qual o material necessário (no sentido figurativo) que o enfermeiro deve colocar no tabuleiro?)

**3. Perante uma criança internada no nosso serviço, qual o aspecto a que dá maior relevância, no momento do acolhimento?**

**4. Na vossa perspectiva, quais os aspectos que poderão contribuir para uma criança/adolescente desenvolver uma perturbação mental?**

**5. De que forma o enfermeiro pode intervir para favorecer o restabelecimento da saúde da criança/adolescente?**

(Intervenção na escola/famílias/etc.)

(Durante um turno, que condições o enfermeiro pode oferecer à criança que ajudem a promover a sua saúde? – ex.: ambiente)

**6. Perante o actual modelo de elaboração dos registos de enfermagem (registo escrito, manualmente, em diário de enfermagem), considera-o adequado para o planeamento diário dos cuidados de enfermagem?**

**7. Ficou algo por dizer?**

Apêndice 3 Transcrição do grupo focal (apenas em CD-ROM)

## Transcrição e análise do grupo focal (GF)

“A prestação de cuidados de enfermagem na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria”

Codificação dos dados de identificação dos enfermeiros (E) participantes:

E1	G
E2	E.E
E3	E
E4	E.E
E5	E.E
E6	E
E7	E
E8	E

Códigos atribuídos às enfermeiras moderadoras (M) do GF:

M1	V
M2	M

“A nossa primeira questão... apela (...) às nossas memórias, às nossas percepções, (...) à nossa intuição, e... o que eu ia vos pedir era para vocês pensarem noutra unidade onde já tenham prestado cuidados (ou, aqueles que não tiveram a trabalhar noutra unidade, que já estiveram a estagiar) e comparativamente com essa unidade que pensaram, o que é que identificam como principais diferenças em relação aqui ao internamento de Pedopsiquiatria?” M1

4.2	“Cá [na UIPIA], essencialmente, o que eu notei mais, em termos de intervenções, é que está tudo mais a nível da parte relacional (...)” E1	Relação como intervenção.
4.2	“(...) Eu venho dos adolescentes [Unidade de Adolescentes], em que, essencialmente, a parte técnica era bastante valorizada (...) e aqui [na UIPIA] o que eu notei mais diferença foi que, essencialmente, é relação... é um trabalho em relação (...)” E1	Principais diferenças: UIPIA → menos técnico. Relação como intervenção.
1.2.	“(...) na Unidade de Pedopsiquiatria o trabalho com as famílias é feito de um modo diferente (...) nos sítios onde eu trabalhei, não era dada tanta importância à família como fazendo parte dos cuidados, era falado com a família na altura da alta mas, quer dizer, integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui... isso não era real (...)” E2	Principais diferenças: UIPIA → maior importância atribuída à família. Família como parte integrante dos cuidados.
4.1. 3.	“(...) a forma como nós aqui intervimos com os jovens, planeando as actividades ou (...) programando, digamos, o projecto deles, de uma forma individual, tendo em conta, também, os objectivos deles... eu acho que é muito mais centrado no cliente do que noutros serviços (...) o que eu sinto é que é um serviço que tem uns cuidados mais personalizados, ou tenta ter, [o projecto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as necessidades do utente, da família e tenta integrar, de uma forma mais	Cuidados centrados no cliente: cuidados mais personalizados/ individualizados – que têm em consideração os objectivos/ necessi-

1.2.	dinâmica, todo este processo (...)" E2	dades dos clientes. Família como parte integrante dos cuidados.
4.1. 4.	“(…) ao desenvolver actividades terapêuticas (…) mesmo noutros serviços de saúde mental, onde eu trabalhei, isto não acontecia, não eram desenvolvidos este tipo de actividades [terapêuticas mais centradas no cliente], este tipo de intervenções terapêuticas... era mais dar a medicação e pouco mais se fazia (...). E aqui, realmente, quando eu vim para cá isso trouxe-me outra visão do que era a psiquiatria e outra forma de trabalhar também (...)" E2	Principais diferenças: UIPIA → Desenvolvimento de actividades de cariz terapêutico.
4.1. 4.	“Acho que, por vezes, as actividades [terapêuticas] que realizamos podiam ter mais em conta as necessidades de cada um, ter mais em conta [e] as necessidades do grupo, não serem actividades tão ocupacionais (...) terem outra vertente (...)" E2	Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: actividades terapêuticas centradas nas necessidades do cliente (Cuidados centrados no cliente).
4.2	“Pensar em intervenções neste serviço, comparativamente com outros serviços onde já tenha prestado cuidados, eu acho que (...) o que se destaca assim de uma forma muito evidente é a relação terapêutica (...) é para nós é uma ferramenta basilar, central em toda a nossa intervenção (...)" E3	Relação Terapêutica (RT): uma ferramenta basilar/ central dos cuidados na UIPIA. Relação como intervenção.
4.2. 4.3. 1.	“Não quer dizer que [a relação terapêutica] não seja [central] noutra tipo de serviços, eu acho que aqui é, que tem de ser, que pode ser, mas aqui é de uma forma muito mais evidente, [Na UIPIA a relação terapêutica é] muito mais trabalhada e com o envolvimento (...) diferente por parte dos enfermeiros (...)" E3	Principais diferenças: UIPIA → RT mais evidente, com maior envolvimento dos enfermeiros.
4.3. 1.	“(…) [A relação terapêutica desenvolvida na UIPIA pressupõe] um envolvimento muito diferente da minha parte, isto é, com a necessidade também de um trabalho de... de descoberta... de relação, de relação no fundo... eu acho que este trabalho que desenvolvemos aqui, em profunda	RT: Principais diferenças: UIPIA → maior envolvimento do

	relação com as crianças, com os adolescentes, com as famílias, nem tanto, mas sim também, eu acho que marca a diferença entre o trabalhar aqui [na UIPIA] e trabalhar noutra sítio.” E3	Enfermeiro – necessidade de um trabalho de descoberta/ de relação. Relação como intervenção.
4.2	“Realmente a nossa técnica, a técnica que mais utilizamos eu acho que é a relação de ajuda [relação terapêutica], ainda que outros serviços se utilizem outro tipo de técnicas (...)” E3	RT: Principais diferenças: UIPIA → uso da Relação como intervenção.
4.3.1	“E isso [relação terapêutica] é muito desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervenção também, [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente, não num contexto do serviço, mas já pensando em percursos individuais, mas que naturalmente se cruzam com o serviço e têm impacto na forma como nós prestamos cuidados... e reforçam esta dimensão da relação terapêutica e da possibilidade de nós prestarmos cuidados em relação, e isso acho que é muito difícil às vezes (...)” E3	RT: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional – o que tem impacto na Relação como intervenção.
4.2	“(…) outros serviços (...) arranjam-se outros refúgios, outros subterfúgios e... as técnicas mais... isto é difícil de separar, mas as técnicas, talvez, mais práticas (...) que naturalmente eu acho que têm que implicar relação mas muitas são utilizadas para distanciar... são utilizadas... quase até para fugir à relação. Aqui o sentido é outro, nós temos mesmo que estar em relação e acho que isso marca definitivamente a forma como nós prestamos cuidados nesta unidade.” E3	RT: Principais diferenças: UIPIA → Relação como intervenção.

“Podes falar um bocadinho mais sobre o que é que é prestar cuidados em relação? (...)” M1

4.3.2	“É difícil definir (...) o que eu sinto de prestar cuidados em relação é de estar efectivamente em relação com a criança e com o adolescente e isso [prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica munir as minhas fragilidades mas também nas minhas capacidades e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de [prestar cuidados em relação implica] disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo, [prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-	Relação como intervenção: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional e Disponibilidade do Enfermeiro.
4.3.1		

4.3.2 . 4.3.3 .	<b>conhecimento e de disponibilidade para] com aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (...)" E3</b>	
4.3.1 .	<b>"[Ao prestar cuidados em relação] Vais-te mobilizar a ti como instrumento terapêutico, não é?" E4</b>	Enfermeiro como instrumento terapêutico.
4.3.2 .	<b>"[Prestar cuidados em relação] É estar permanentemente «ligados» (...) é estarmos sempre em relação..." E5</b>	Estar sempre em relação = estar sempre ligado.
4.3.2 .	<b>"Eu (...) tenho dúvidas que seja possível estar sempre em relação, eu não sei se é possível ou... é possível estar sempre em relação, difícil é estar sempre nesta dimensão terapêutica..." E3</b>	Relação = estar sempre ligado. RT = relação/ estar sempre ligado + "dimensão terapêutica".
4.3.2 .	<b>"Mas acabas sempre por «estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno. Por exemplo, tu entras às 8 da manhã até às 16h30 «estás sempre ligada». Mesmo na tua hora de almoço..." E5</b>	Estar sempre ligado = Disponibilidade incondicional.
4.3.2 .	<b>"[Prestar cuidados em relação é estar] Sempre disponível... Tem que se estar sempre..." E1</b>	Estar sempre ligado = Disponibilidade incondicional.
4.3.2 . 4.3.4 .	<b>"Eu não acho que se tenha que estar sempre disponível [para a relação] (...) essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma culpabilidade muito grande, que eu também a sinto. Mas... a verdade é que se calhar não precisamos de estar sempre disponíveis." E3</b>	Disponibilidade incondicional? – pode ser geradora de culpabilidade.
4.3.4 . 4.3.2 .	<b>"Mas [Durante o turno] estamos sempre preocupados com [os miúdos]... e isso [Estarmos sempre preocupados com os miúdos] acaba por nos manter sempre «ligados» a eles durante o turno todo" E5 (E3 parece concordar).</b>	Preocupação implica estar sempre ligado (= Disponibilidade incondicional).
4.3.4 .	<b>"Sempre uma sensação de ter que estar..." E1 (E3 parece concordar).</b>	Disponibilidade incondicional «obrigatória».

4.3.2 .	<p>“Quando estamos a trabalhar estamos sempre disponíveis, não é? Quando estamos cá de turno, estamos no serviço... <b>podemos não estar, mas quando nos é solicitado...</b> (E3 refere, neste momento: “<del>disponibilizamo-nos</del>”) [E3 parece reforçar o referido] podemos sentir que não nos apetecia, «agora não queria que me chateassem», «agora não queria que me disseses isso», «agora não queria que me chamassem nomes» (...) <b>eu não queria mas eu estou cá</b>, não é? E...” E6</p>	<p>Disponibilidade incondicional «obrigatória» implícita à prática profissional ≠ Disponibilidade para “estar”.</p>
4.3.2 .	<p>“Mas eu acho que o que a E3 está a querer dizer de disponível... eu agora estava a pensar <b>nos miúdos com alterações do comportamento...</b> Quando estamos, por exemplo, <b>com eles no quarto de isolamento... e em relação... chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (...)</b>. É preciso sair e entrar outra pessoa” E4 (E3 parece concordar)</p>	<p>Limites da RT podem condicionar Disponibilidade para “estar”.</p>
4.3.2	<p>“Há como que uma <b>gradação da profundidade da relação</b>. Há relações mais superficiais... <b>Há</b> pessoas com quem nós falamos e <b>miúdos</b> que estão internados e mesmo <b>famílias</b> com quem temos uma relação que é mais... <b>que</b> essas pessoas <b>respeitam o nosso espaço, o espaço delas, não invadem a nossa privacidade</b>, não invadem o nosso espaço e <b>há outros que estão sistematicamente a tentar impor limites, a tentar sempre invadir...</b> (E4 refere, neste momento: “E são esses mecanismos que depois também estão na relação, não é?”) <b>Isso leva a um desgaste, a um cansaço maior... Porque está sempre a obrigar-te, a testar-te os limites...</b>” E6 (E3 e E4 parecem concordar)</p>	<p>Limites da RT podem condicionar Disponibilidade para “estar” - a constante transposição dos limites da RT pelo cliente gera um maior cansaço no Enfermeiro, condicionando a sua Disponibilidade para “estar”. Disponibilidade para “estar” influencia a profundidade da relação.</p>
4.3.3 .	<p>“<b>Estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas</b>” E5</p>	<p>A constante transposição dos limites da RT pelo cliente gera um maior cansaço no Enfermeiro, condicionando a sua Disponibilidade para “estar” → por o confrontar com as suas “coisas”. Tem implíci-</p>

		to um <b>Processo de auto-conhecimento</b> .
4.3.3	“Sim, <b>[estamos sempre a ser confrontados]</b> com as nossas <b>dificuldades, com as nossas capacidades, com o que somos capazes de trazer...</b> ” E4	“Coisas” = dificuldades, capacidades, características pessoais do Enfermeiro.
4.3.2	“E muitas das vezes também saímos não só por desgaste, mas por <b>desgaste daquilo que a gente já tentou com aquele miúdo e já não consegue mais...</b> «Tipo, olha, eu não consigo mais, tenta tu porque...»” E5	<b>Limites da RT</b> podem condicionar <b>Disponibilidade</b> para “estar”.
4.3.2	“(…) quando digo <b>não estar disponível é esta dimensão de (...) construir limites e de (...) sabermos respeitar-nos...</b> esta dimensão <b>terapêutica não pode ser um exercício violento, contra nós próprios</b> (...) na relação terapêutica <b>tem que estar claro o nosso limite e o limite do miúdo</b> (...) e <b>esta dimensão, às vezes, de sairmos um pouco de cena</b> e de entrar outra pessoa... somos dois [enfermeiros] no	<b>Limites da RT</b> (do Enfermeiro e do cliente) podem condicionar <b>Disponibilidade</b> para “estar” – este processo é facilitado pela existência de um trabalho em equipa.
4.3.3	turno, ou três, e isso <b>dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecermos, também, aquilo que estamos a sentir...</b> «Que chato», «Que não me apetece», «Que difícil» (...)” E3 (E4 parece concordar)	
	“E até nós próprios nos organizamos, porque a determinada altura...” E4	<b>Reconhecimento dos Limites da RT.</b> (Organizarmo-nos para quê? Para manter o contexto e os limites da RT?).
4.3.2	“ <b>[ao sair um pouco «de cena»]</b> Eu não sei se saímos da relação nisto, se calhar <b>não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação,</b> talvez seja por aí...” E3	«Afastamento» face ao cliente é integrado na RT. Pode-se estar sempre ligado/sempe em RT, mesmo sem estar em relação directa com o indivíduo.

“E quando temos de sair continua a ser terapêutico?” M1

4.3.2.	“Eu acho que sim [que <b>sair um pouco «de cena», continua a ser terapêutico</b> ] (...) sem dúvida nenhuma!” E3	«Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT. Pode-se estar sempre ligado/sempe em RT, mesmo sem estar em relação directa com o indivíduo.
4.3.2.	“ <b>[Sair um pouco «de cena», é] Mais do que terapêutico!</b> A entrada de outra pessoa é a possibilidade de fazer diferente.” E5	«Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT – pode tornar-se determinante para o sucesso da RT.
4.3.2.	“ <b>A tua saída é terapêutica! Para ti e para ele [criança/adolescente], claro...</b> ” E1	«Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT – pode tornar-se determinante para o sucesso da RT.
4.3.2.  4.3.4.	“(...) porque nós continuamos em relação com aquele miúdo... mas esta... é esta dimensão dos limites, é perceber que <b>nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco...</b> quando eu digo sair não é, naturalmente, fisicamente (...), mas <b>«agora não vou estar contigo, mas não te abandono... não vou estar contigo...» e eu acho que [a saída «de cena»], sim, tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós,</b> porque eu acho que é muito difícil fazer isso às vezes (...) e sinto-me culpabilizada de... quase como se não estivesse a ser capaz (...) <b>eu devia de ser capaz de dar uma resposta e não estou a ser capaz... Isso às vezes (...)</b> é muito limitador e é muito culpabilizante também e <b>desumaniza a relação terapêutica</b> (...). Tem a ver com a resposta certa, não há resposta certa (...)” E3	«Afastamento» face ao indivíduo é integrado na RT – “continuamos em relação”. «Afastamento» físico ≠ término da RT. <b>Disponibilidade</b> incondicional «obrigatória» (implícita à prática profissional) vs ausência de <b>disponibilidade</b> «emocional» (relacionada com os <b>limites da</b>

		RT) → gera um sentimento de culpa e incapacidade no enfermeiro.
--	--	-----------------------------------------------------------------

**“E a disponibilidade também pode ser uma diferença em relação aos outros serviços?” M1**

4.3.2 !	“Eu acho que não é tão exigente (...) eu acho que é muito difícil de quantificar mas, eu acho que noutros serviços nós não... para já não estamos tão expostos... eu acho que <b>aqui a exposição... é permanente...” E3</b>	Principais diferenças: UIPIA → <b>Exposição do enfermeiro</b> é permanente.
4.3.2 !	<b>“Sim... aqui a exposição... é... permanente.” E1</b>	Principais diferenças: UIPIA → <b>Exposição do enfermeiro</b> é permanente.
4.3.2 !	“(...) Nós aqui estamos muito em relação, mas isso também nos expõe, nos expõe muito... noutros serviços, eu acho que isto não é tão evidente porque... para já são crianças (...) e adolescentes, e isso introduz uma dimensão diferente de relação (...) <b>uma criança não é autónoma como o adulto, um adolescente tem mais autonomia,</b> mas <b>[e isso cria] esta necessidade de estarmos mais próximos na relação (...)</b> ” <b>E3</b>	Principais diferenças: UIPIA → <b>Maior Exposição do enfermeiro</b> decorrente da <b>Relação como intervenção</b> . Relação específica com a criança/adolescente (que tem menor autonomia que os adultos) implica uma maior proximidade → maior <b>Exposição do enfermeiro</b> .
4.1.4 ! 4.3.2 ! 4.3.3	“O que acontece é que os cuidadores, que seriam <b>os cuidadores familiares não estão</b> . Portanto, nós [enfermeiros] estamos a desempenhar <b>esse papel</b> (...). <b>Eles [crianças/adolescentes] quando olham para nós [enfermeiros] e quando nós estamos ali, disponíveis, o que é que eles [crianças/adolescentes] vêm em nós [enfermeiros] e o que é que eles acham que nós lhes podemos dar...?</b> Eu acho que essa é uma grande diferença, que muitas vezes não é muito... pensada e que,	Principais diferenças: UIPIA → Enfermeiro assume o <b>papel de cuidador</b> (formal e informal?). O enfermeiro «substitui» os “cuidadores”

.	<p>realmente, na Pediatria, nos internamentos (...) os pais estão sempre presentes e os pais fazem este papel <b>de contenção, de presença, de limite, de afecto...</b>” E6</p>	<p>quando estes não estão presentes – proporcionam: “con-tenção”, “presença”, “limite”, “afecto” → papéis desempenhados pelo enfermeiro que promovem a sua aproximação e <b>exposição</b> face ao indivíduo.</p> <p>Principais diferenças: UIPIA → ausência quase permanente dos pais.</p>
3.1.	<p>“(...) eram vinte e duas camas [no serviço clínico onde trabalhava antes de ser transferida para a UIPIA] logo a mudança, para aqui, foi logo em termos do número (...) de doentes que cá estão, são dez... em termos do espaço, aqui o espaço (...) tem um funcionamento de uma <b>casa (...)</b>, está <b>acessível</b> (...) quer aos profissionais, quer às crianças e lá não... lá [no local de trabalho anterior] eram uns quartos individualizados (...) <b>muito mais impessoal (...)</b>” E7</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → <b>menor número de indivíduos internados.</b></p> <p>Principais diferenças: UIPIA → <b>ambiente mais pessoal/ individualizado/ acessível,</b></p>
4.4.1 .	<p><b>“(...) aqui [na UIPIA] há muito a pessoa de referência (...)</b>” E7</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → <b>Enfermeiro de referência.</b></p>
3.1.	<p>“(...) o internamento [UIPIA] (...) é uma coisa mais <b>aguda</b>, é uma coisa que requer a <b>vigilância vinte e quatro horas por dia (...)</b>” E7</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → <b>Vigilância permanente do enfermeiro.</b></p>
3.1.	<p>“(...) o facto de estar <b>fechado</b> [UIPIA] (...) associam [crianças/adolescentes] às vezes, erradamente, <b>que se trata de uma prisão, o facto de ter este controle das chaves, mas, acaba por ser uma medida protectora (...)</b>” E7</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → <b>Ambiente fechado, como “medida pro-</b></p>

		tectora”.
4.3.3 .	“(…) aqui não há doentes distribuídos, aqui no final do turno é que vemos com quem é que estivemos mais próximo (…)” E7	Principais diferenças: UIPIA → Indivíduos internados são «distribuídos» pelos enfermeiros no final do turno (e não no início).
4.3.3 .	“(…) Aí são quase os miúdos que nos escolhem, não é? E não nós os miúdos…” E5	Principais diferenças: UIPIA → Indivíduos internados são «distribuídos» pelos enfermeiros no final do turno (e não no início), dependendo “quase” da escolha dos crianças/adolescentes.
4.3.1 .	“(…) por exemplo, nos outros serviços, a gente tem àquela hora um medicamento e àquela hora tem que dar o medicamento, pode não me apetecer mas tenho que o dar... e aqui na pedopsiquiatria às vezes depende muito... voltamos à disponibilidade, também, se calhar de uma outra disponibilidade diferente da que estávamos a falar há bocado... mas, depende muito da actuação de cada um de nós, porque eu faço coisas diferentes da E2, a E2 faz coisas diferentes dela... ou seja, não há uma... não há uma linguagem comum, não há um método de actuação... (….) mas isso faz falta aqui, não é?” E5	Principais diferenças: UIPIA → ausência de «rotinas»; Modo de intervenção singular a cada enfermeiro – pode promover a ausência de «rotinas» na UIPIA.
	“(…) depois pôr um antibiótico é sempre igual (….)” E1	Principais diferenças: UIPIA → ausência de «rotinas»;
	“É a diversidade de relação terapêutica (….)” E3	Modo de intervenção singular a cada enfermeiro (diversidade da RT) – pode promover a ausência

		de «rotinas» na UIPIA.
4.3.4	“(…) mas esta relação, eu pessoalmente sinto... é uma relação que cansa, cansa fisicamente (...). De doze crianças que tinha nos adolescentes (...) já tive aqui turnos que sai daqui mais cansado (...). E sem contar com os turnos, complicados, das alterações do comportamento (...) que esses... sai-se cansado mesmo...” E1	Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens.
1.1.	“(…) Acho que isso tem a ver com a grande imprevisibilidade que existe no comportamento das crianças (...)” E6	Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens - “imprevisibilidade” do “comportamento das crianças”.
4.3.1	“(…) E o nosso! (...) não digo imprevisibilidade, [Durante a relação com as crianças existe uma grande] mas diversidade [no comportamento dos enfermeiros] vá...” E3	Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens - “imprevisibilidade” do “comportamento das crianças” e “diversidade” do comportamento dos enfermeiros (Modo de intervenção singular a cada enfermeiro).
2.1.	“(…) porque (...) ou há uma grande oscilação, em termos do comportamento... e algumas alterações provocam mesmo essa oscilação do comportamento... Alterações a nível emocional provocam grandes oscilações do comportamento... e [a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também aqui, depois, uma zanga... [no enfermeiro] porque, ainda assim, nós temos sempre uma expectativa em relação ao comporta-	Principais diferenças: UIPIA → Maior cansaço físico, mesmo com menor número de jovens - “imprevisibilidade” do “comportamento das crianças” gera

	<p>mento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender... perceber que parece que há uma evolução (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde muito aquilo que...” E6</p>	<p>uma “zanga” por parte dos enfermeiros por os comportamentos das crianças nem sempre corresponderem às suas expectativas/compreensões do problema.</p>
<p>4.1.3 . 4.1.5 .</p>	<p>“(...) até porque, para alguns miúdos, definimos mesmo um projecto terapêutico... portanto, é esperado que faça isto, que chegue ali (...) às vezes temos dúvidas sobre o que é que é esperado ou (...) o que é que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha, está melhor, está francamente melhor...». Mas está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? Está melhor para quê? Para ir para casa? Está melhor porque já consegue comer (...) está melhor porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavras (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas, eu tenho muitas dúvidas sobre isto (...)” E6</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → Dificuldade na avaliação e definição dos resultados de enfermagem esperados ao longo do processo de enfermagem.</p>
<p>4.1.2 .+ 4.1.4 . 4.1.3 .</p>	<p>“(...) Eu também... Quando a M1 introduziu o tema e falou de identificar diagnósticos de enfermagem, aqui no serviço, eu... eu tenho muitas dúvidas... que se prendem também com isso, com a dificuldade em percebermos os diagnósticos, os diagnósticos eu acho que nem tanto, porque é possível, com trabalho... eu acho que tem que haver um trabalho prévio de... quase investigação (...) de procura... de percebermos o que fazemos, [implica um trabalho de procura e de investigação] de irmos aos livros ver o que é que os livros dizem, a que é que aquilo se assemelha, muitas vezes também temos muita dificuldade em dizer o que fazemos. Mas eu acho que (...) este grau de dificuldade [de dizer o que fazemos] também se prende com esta dimensão dos resultados, do que é que se espera (...) porque isso varia muito de miúdo para miúdo...” E3</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → Dificuldade na definição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem realizadas por dificuldade na definição dos resultados de enfermagem esperados – variam de criança/adolescente para criança/adolescente.</p>

“Nos outros serviços... agora fazendo aqui a comparação... não é tanta a diferença [no que respeita a identificação de diagnósticos e resultados de enfermagem]?” M1

<p>4.1.2. 4.1.5.</p>	<p>“Eu acho que não... [noutros serviços] eu acho que é muito mais claro... tanto a definição de um diagnóstico como os [noutros serviços torna-se mais clara a definição dos] resultados...” E3</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na definição de diagnósticos/ resultados esperados.</p>
	<p>“Pois... depois o resto é quantificado... pelas análises...” E1</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na definição de diagnósticos/ resultados esperados – mais difíceis de quantificar.</p>
<p>4.1.2. 4.1.5.</p>	<p>“(...) [Noutros serviços] Há dados [mais] objectivos ou [Noutros serviços] é tudo mais objectivável [quanto à definição de resultados de enfermagem]....” E3</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na definição de diagnósticos/ resultados esperados – dados menos “objectiváveis”.</p>
<p>4.1.5.</p>	<p>“(...) Dói ou não dói? Tens já a escala da dor (...). Sim, mas é mais fácil de se entender a parte fisiológica” E1 (E3 parece concordar parcialmente)</p>	<p>Principais diferenças: UIPIA → maior dificuldade na definição de diagnósticos/ resultados esperados.</p>

“Quando uma criança ou adolescente é internado aqui na unidade quais é que são os aspectos mais relevantes a registar, a colher (...)?” M1

<p>4.1.1.</p> <p>4.1.3.</p> <p>4.1.1.</p>	<p>“(…) Para mim [Na admissão, o mais relevante] é perceber o <b>motivo do internamento</b> e... e fazer o <b>exame do estado de saúde mental...</b> como é que chega aquela criança a nós, <b>em termos do humor</b>, em termos <b>do pensamento, da alteração do pensamento, da percepção (...)</b> avaliar o discurso... perceber se ela aceita, ou não, o internamento... porque isso [Durante a admissão, o <b>exame do estado de saúde mental</b>] depois <b>também nos ajuda a definir o que é que vamos fazer a seguir</b>. Se tiver uma criança que recusa o internamento, eu vou ter que ter uma determinada intervenção (...). E, depois, também, <b>conhecer a família</b>. Perceber o que é que a criança me tem a dizer, na <b>[a] perspectiva dela [criança]</b> sobre o que é que [a] traz ali e na <b>[a] perspectiva dos pais</b>, e depois perceber a perspectiva dos pais <b>em relação aos motivos do internamento</b> e em relação <b>ao estado de saúde mental da criança (...)</b>” E4</p>	<p>Acolhimento - aspectos relevantes a colher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivo do internamento;</li> <li>- Exame psiquiátrico do estado mental;</li> <li>- Perceber se a criança aceita/ recusa o internamento;</li> <li>- Dados relevantes sobre a família;</li> <li>- Avaliar perspectiva da criança/ família face ao motivo do internamento;</li> <li>- Avaliar a perspectiva da família sobre o estado de saúde da criança.</li> </ul>
<p>4.1.1.</p>	<p>“E também [Na admissão é relevante registar] o que é que <b>[a criança e os pais] esperam do internamento (...)</b>” E2</p>	<p>Acolhimento - Aspectos relevantes a colher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas face ao internamento.</li> </ul>
<p>2.3.</p> <p>4.1.1.</p>	<p>“E depois... percebendo o que é que esperam... porque depois muitos <b>[os] pais (...)</b> e as crianças também chegam muito assustadas, porque <b>trazem uma série de pré-conceitos em relação ao que é o internamento de pedopsiquiatria (...)</b> e muitas vezes, eu noto, que <b>ao apresentar o espaço</b> e ao apresentar os profissionais, ao apresentar <b>a equipa</b>, ao apresentar <b>os outros jovens internados</b>, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de pré-conceitos sobre a UIPIA] se... se diluem (...) e <b>falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento (...)</b>” E4</p>	<p>Acolhimento – Apoio ao prestador de cuidados e à criança/adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação do espaço/ profissionais/ jovens internados/ regras da UIPIA – para “diluir” pré-conceitos associa-</li> </ul>

		dos à área de Pedopsiquiatria.
4.1.1. 1.2. 4.1.1.	<p>“E muitas vezes há esta necessidade enorme de quando nós recebemos os pais na admissão de eles «vomitarem» uma série de coisas, eles precisam de um espaço para serem ouvidos, porque também [na admissão, muitas vezes, os pais] estão no limite, estão na <b>exaustão</b> (...) porque também se sentem <b>falhados</b>, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo que eles acham que deveria ser estas alterações que os miúdos apresentam, que não conseguiram se aperceber disto que, se calhar, não tiveram a atitude mais correcta (...) <b>quando digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos...</b> também estão, muitas vezes, exaustos porque também não sabem como agir ou como intervir face aos comportamentos das crianças (...) às vezes entra um miúdo, estamos perto da hora do almoço... «Ah, eu vou-me despachar, eu vou ser rápida!» (...) mas depois quando estamos lá, com os pais, nós percebemos esta necessidade que eles têm, ou com os técnicos, que eles têm, realmente, de (...) ter ali um espaço, ter ali alguém que os ouça sem ser julgado (...). [Durante a admissão, perante a necessidade dos pais de serem ouvidos, os enfermeiros consideram importante] <b>Clarificar um pouco o que é que vai acontecer aqui (...) um pouco a filosofia dos cuidados que nós idealizamos (...)</b>“ E4</p>	<p>Acolhimento – Apoio ao prestador de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização da escuta activa no momento da admissão;</li> <li>- Clarificação da filosofia de cuidados da UIPIA.</li> </ul> <p>Acolhimento – Sentimentos do prestador de cuidados – “exaustão”, sentem-se “falhados”.</p>
3.1. 4.3.2.	<p>“(…) e não sei se, aqui [UIPIA], será o melhor sítio onde eles [crianças/adolescentes] podem estar, porque trazem um historial de consumos e outras coisas que aqui dentro não podem fazer, desde a coisa mais simples como os hábitos tabágicos... e isso [na admissão de crianças/adolescentes com historial de consumos torna-se] é extremamente complicado, eu acho, numa admissão, tu <b>estares a definir uma regra que eles aqui não podem fazer (...)</b>” E7</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras da UIPIA – difícil de gerir, pelos enfermeiros, por “definição” de regras que contrariam os hábitos dos jovens.</p>

“Nessa situação [situação de jovem admitido segundo “mandato policial”, com perturbação do comportamento – hetero-agressividade física dirigida a pessoas], quais é que foram os dados que foram para ti importantes colher (...)?”

4.1.1.	<p>“Numa primeira fase... pode parecer incrível, mas... eles vêm... estão horas na urgência... se calhar, prioritariamente, <b>saber como é que a pessoa [criança/adolescente] se sente, como é que está... e ajustar... ajustar o que ela já lá tinha fora... tão simples como a medicação (...)</b> e que a toma da medicação possa também ser feita (...)” E7</p>	<p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: “saber como é que a pessoa se sente” e ajustar os cuidados de enfermagem às necessidades da criança/adolescente no momento.</p>
4.1.4.  2.1.  4.3.2.	<p>“(...) <b>nós acabamos por fazer aqui um pouco</b>, muitas vezes <b>aquilo que os pais e a família mais alargada e até instituições</b>, onde eles estão, <b>não conseguem fazer, nomeadamente, [quanto aos] os hábitos</b> que eles têm <b>de consumo de</b> uma série de <b>substâncias... ou do comportamento em si mesmo</b> (...) <b>o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com alterações, com perturbações do comportamento, faz uma série de comportamentos de risco</b> ou... não ouve, não escuta ninguém, <b>ninguém consegue impor limites na relação... e é esperado que</b> se chegue aqui e que de repente <b>nós possamos conseguir impor esses limites</b> (...). E isto é <b>muito organizador...</b> a questão é como é que nós vamos colocar isso? (...) <b>Como é que vamos pôr estes limites na relação?</b> Como é que o vamos ajudar? A E7 estava a dizer (...) <b>a gente chega aqui... a partir de agora vamos castrar tudo</b>, olha... «agora não podes fumar, agora não podes ter telemóvel» (...)” E6</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: o que pode ser organizador para o individuo vs dificuldade em impor limites por se poder constituir como um impasse na (presente)/ para (futuro) RT.</p>
4.3.2.	<p>“<b>Eu sinto isso [a colocação de limites na relação] numa dimensão reguladora...</b>” E3</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: o que pode ser organizador para o individuo - tem uma “dimensão reguladora”.</p>
	<p><del>“Mas sempre a castrar, sempre a frustrar (...). «Agora não podes», «Mas não posso porquê?»” E6</del></p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ defi-</p>

		<p>nição de limites da UIPIA: dificuldade em impor limites por se poder constituir como um impasse na (presente)/ para (futuro) RT.</p>
	<p>“(...) É certo que é explicado, tem um significado (...)” E3</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: o que pode ser organizador para o indivíduo - tem uma “dimensão reguladora” – tem um significado.</p>
2.1	<p>“É explicado quando tu tentas compreender a importância de «não podes ter porque há isto...». Mas, eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação que não é esse, que é «eu, quem manda em mim sou eu, eu tenho o poder (...) eu quero! Quem és tu agora?» (...). Porque o eu ter é o eu ser (...)” E6</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: tem um significado – embora durante a admissão os jovens pareçam não conseguir aceder a esse “registo de relação” (definição de regras).</p>
	<p>“É a identidade da pessoa que parece que eu estou a tirá-la...” E7 (E6 parece concordar)</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: vs personalização dos cuidados.</p>
4.3.2.	<p>“Como é que se começa a fazer esse processo [colocação de limites na relação] de uma forma que não (...) vá gerar esta conflitualidade (...) e fazer isto sem ser impositivamente... de uma forma terapêutica...” E6</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação das regras/ definição de limites da UIPIA: vs personalização dos cuidados.</p>
4.3.2.	<p>“[Apesar de reconhecer a importância da colocação de limites na relação] (...) eu consigo compreender que para o miúdo seja difícil</p>	<p>Acolhimento – Momento de apresentação</p>

	<p>não ter o <b>piercing</b> (...) consigo genuinamente compreender isso (...)" E3</p>	<p>das regras/ definição de limites da UIPIA: <b>personalização dos cuidados</b> vs regras da unidade.</p>
<p>4.1.1.</p>	<p>"(...) na admissão sinto menos vontade de colher dados... não me apetece (...) e eu acho que às vezes a admissão (...) muitas vezes <b>transforma-se num acto quase burocrático...</b> eu sei que tenho de colher o número de telefone, e ainda que, muitas vezes, eu já não preencha um <b>terço</b> daquilo que eu acho que esta lá na folha para preencher, <b>o que eu sinto é que</b> eu queria estar... acho que é um momento fundamental, <b>é um momento fundador para estabelecer relação com aquele adolescente e</b> com aquela <b>família...</b> eu às vezes sinto-me invadida (...) pelos dados que tenho de colher, pela obrigação de colher dados... porque tem de ser... <b>porque tenho de passar a informação, porque me vou esquecer (...).</b> Na admissão, eu <b>gostava de me sentir bastante mais disponível (...)</b> para a relação, <b>para este momento</b> que é um momento que eu acho que é <b>fundamental e fundador da relação terapêutica e acho que influencia imenso a aliança terapêutica que eu vou conseguir estabelecer com aquele jovem e com aquela família.</b> A forma como eu estou disponível para os ouvir, como eu estou disponível para... <b>ainda nem é para dar sentido nenhum àquilo, é só para receber (...)</b> mas receber de uma forma disponível, não é pensar «ah, isto tem que durar não sei quanto tempo» e, para além disso, eu <b>depois vou ter que fazer uma folha imensa porque institucionalmente é aquilo que eu tenho de fazer (...)</b>" E3</p>	<p>Acolhimento – fase inicial da relação terapêutica com o cliente: "momento fundamental" e "fundador da relação terapêutica", com influência na aliança terapêutica com o cliente.</p> <p>Exige disponibilidade para a relação.</p> <p><b>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: gostar de sentir maior disponibilidade para o acolhimento.</b></p>
<p>4.7.1.</p>	<p>"Eu acho que há aqui um aspecto importante (...) que é (...) <b>como é que nós passamos essa informação [relativa à admissão]? (...)</b>" E6</p>	<p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: como é que é que a informação é transmitida.</p>
<p>4.7.2.</p>	<p>"E <b>como é que damos visibilidade àquilo que fazemos...</b>" E4 (E6 parece concordar)</p>	<p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: como é que é que a informação é transmitida de forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem.</p>

4.7.1.	<p>“(…) mas é como é que é nós passamos... <b>o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante</b>, como é que eu passo essa informação? (...)” E6</p>	<p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração: qual a informação relevante que deve ser transmitida para que haja continuidade de cuidados.</p>
<p>4.1.1.</p> <p>2.3.</p> <p>4.1.1.</p> <p>4.1.5.</p>	<p>“(…) no acolhimento eu não sinto (...) a necessidade (...) de colher uma série de dados objectivos, <b>sinto necessidade de estabelecer relação com aquela criança e com aquela família...</b> e nesse contexto é possível tudo... e <b>é possível, inclusive, eu obter dados objectivos, como... como dados concretos do quotidiano da vida daquela criança, daquela família (...)</b>, o instrumento [de colheita de dados] em si permite isso. <b>Uma conversa normal, que é inerente a um momento inicial... no estabelecimento de qualquer relação terapêutica, é possível colher tudo (...) para mim é importante também conhecer um pouco a história, o desenvolvimento, a história do acompanhamento desta criança,</b> é uma criança que foi acompanhada, se não foi... que tipo de acompanhamento é que beneficiou, se existe, também, história de acompanhamento na <b>[da] própria família e</b> por outro lado (...) <b>as expectativas que</b> aquela jovem, <b>aquela criança tem,</b> ou aqui, também, <b>[e] a família a propósito do internamento...</b> e <b>as expectativas muitas vezes estão inflamadas e estão muito desvinculadas àquilo que nós podemos aqui fazer</b> (...) é importante também <b>centrá-las naquilo que são as expectativas reais relativamente ao internamento.</b> Também começa a ser importante para mim <b>[e] perceber...</b> sobretudo porque nós temos aqui internamentos recorrentes... <b>como é que as crianças viveram os internamentos anteriores</b> e o que é que aconteceu no final, como é que a criança teve alta, <b>em que contexto é que teve alta...</b> <b>se passou a beneficiar de acompanhamento em ambulatório...</b> e nós acho que <b>temos feito esse esforço de nos articularmos de uma forma mais capaz com os recursos da comunidade...</b> e até que ponto isso tem sido eficaz ou não? (...)” E8</p>	<p>Acolhimento – aspectos relevantes a colher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados objectivos;</li> <li>- Hábitos do quotidiano da criança e família;</li> <li>- História anterior;</li> <li>- História actual;</li> <li>- Acompanhamento médico;</li> <li>- Antecedentes familiares;</li> <li>- Expectativas da criança/adolescente e da família/prestador de cuidados;</li> <li>- Encaminhamento após a alta dos internamentos anteriores na UIPIA.</li> </ul> <p>Acolhimento – Aspectos relevantes a ter em consideração:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar as expectativas do cliente às “expectativas reais”;</li> <li>- Perceber como os indivíduos vivenciaram internamentos anteriores na UIPIA.</li> </ul> <p>Acolhimento – momen-</p>

		to para estabelecer uma relação terapêutica com o cliente e simultaneamente para colher dados.
3.1.	“(…) [A UIPIA diferencia-se de outros serviços pediátricos por] <b>não haver uma rotina</b> muito estruturada, tal como existem em outros serviços pediátricos (…)” E8 (E8 responde à Questão n.º1: “A nossa primeira questão... apela (...) às nossas memórias, às nossas percepções, (...) à nossa intuição, e... o que eu ia vos pedir era para vocês pensarem noutra unidade onde já tenham prestado cuidados (ou, aqueles que não tiveram a trabalhar noutra unidade, que já estiveram a estagiar) e comparativamente com essa unidade que pensaram, o que é que identificam como principais diferenças em relação aqui ao internamento de Pedopsiquiatria?” M1).	Principais diferenças: UIPIA → ausência de «rotinas»;
4.6.	“(…) acho que há uma dificuldade acrescida por, de facto, nós sermos responsáveis... <b>nós somos os responsáveis directos, nós temos, entre aspas, a tutela destes miúdos enquanto eles estão internados... isso acresce muito em termos de responsabilidade, em termos de peso da nossa intervenção concreta (...)</b> ” E8	Principais diferenças: UIPIA → Enfermeiro assume o papel de cuidador (formal e informal?) responsável directo. O enfermeiro «substitui» os “cuidadores” quando estes não estão presentes - maior responsabilidade do enfermeiro face à criança.
3.1.	“(…) há uma diferença também grande, relativamente a outros contextos em que... aqui nós <b>temos um misto</b> entre garantir a salvaguarda de um cumprimento de um <b>conjunto de rotinas</b> que estão estruturadas, o <b>horário das refeições</b> , de cumprir a terapêutica, não cumprir, participar não participar nesta actividade, <b>dormir as x horas...</b> [e o estabelecimento de uma relação] <b>e a possibilidade</b> , complementar a essa <b>de estabelecermos uma relação... mais nos contornos da psicoterapia ou de uma intervenção terapêutica propriamente dita...</b> pronto, e isso é complicado	Principais diferenças: UIPIA → dificuldade em garantir o cumprimento das rotinas diárias da criança/adolescente, em simultâneo com o estabelecimento da RT mais diferenciada.
4.2	gerir (...). <b>A diferença maior [quando em confronto com outros serviços] (...)</b> prende-se muito com esta questão <b>da nossa intervenção de enfermagem não estar muito construída</b> e, portanto, também é difícil para nós pensarmos nas diferenças quando em confronto com outras realidades (...) <b>é uma intervenção</b> muito relacional, ou seja, <b>que assenta nos instrumentos relacionais</b> e isso, obviamente, <b>depois [a intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional]</b>	Principais diferenças: UIPIA → intervenção de enfermagem: - pouco construída; - muito relacional; - variável de turno para turno, de enfermeiro
4.1.4.		
4.2		
4.3.1.		

4.5.	<p>flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios também flutua muito de dia para dia (...) o esforço grande de nós, enquanto equipa tem a ver com isto... com a possibilidade de nós evoluirmos enquanto construção da intervenção (...)" E8</p>	<p>para enfermeiro, de dia para dia.</p> <p>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho: possibilidade da equipa evoluir na construção da intervenção.</p>
4.3.1. 4.3.3. 4.1.2. 4.3.3.	<p>"Percebendo sempre que... se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos, isto é... por vezes nós também queremos que surjam coisas que são um pouco impossíveis de surgir... porque eu aproximo-me, e relaciono-me com um miúdo de uma maneira diferente do que tu fazes (...) e... é esperado que ele tenha um comportamento diferente (...) com uns recorre mais a um tipo de relação e com outros... Portanto, ele próprio [miúdo] tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferentes, mas (...) lá fora também vai ser assim... mas, às vezes, quase que temos a expectativa que ele tenha sempre o mesmo comportamento (...). E depois nós valorizamos, quantificamos, classificamos demais o comportamento... está adequado, não está adequado... está manipulador, não está manipulador (...) e para uma pessoa [o miúdo] está [manipulador] e para outra não está ... então ele não está bem... Porque ainda agora estava, e agora deixou de estar (...). Nós quase que queremos, às vezes, que os miúdos tenham o comportamento igual com toda a gente, sendo nós pessoas completamente diferentes umas das outras ou então queremos que nós sejamos todos iguais uns aos outros que é uma coisa impossível... enquanto que numa técnica asséptica... isso é possível fazer... porque eu não vou contaminar, seja eu, o António, o Manuel (...) tenho que aplicar a técnica de uma forma correcta (...) agora se for aplicar, esta coisa, que (...) é a relação de ajuda (...)" E6</p>	<p>RT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diferentes enfermeiros desenvolvem diferentes padrões de relação que, por sua vez, divergem entre a equipa de enfermagem – também as crianças têm comportamentos diferentes o que parece ser influenciado por se relacionarem com enfermeiros igualmente diferentes.</li> <li>- Enfermeiros não conseguem ter relações iguais com as crianças porque são pessoas diferentes (e esperam que as crianças adotem os mesmos comportamentos com os diferentes enfermeiros) – pensamento dicotómico.</li> <li>- Classificamos muito o comportamento da criança, havendo discrepâncias na sua avaliação (para uns é, para outros não é).</li> </ul>

<p>4.4.2.</p>	<p>“(...) em termos de semelhanças... há semelhanças concretas... nós também aqui administramos terapêutica, nós também aqui avaliamos parâmetros vitais, as crianças entram com um diagnóstico concreto e saem (...) com uma melhoria do quadro clínico em relação a esse diagnóstico... há semelhanças e diferenças... eu acho é que nós <b>podemos construir intervenção, ao ponto dessas flutuações [da intervenção de enfermagem]... que são flutuações individuais subjectivas... não contaminarem tanto o dia-a-dia das crianças aqui.</b> Eu acho que existem formas concretas de tornar o efeito individual e subjectivo que é próprio de uma relação entre duas pessoas, mais presente (...) eu acredito que nós <b>podemos evoluir no sentido de não haver necessidade de um técnico de referência... que o próprio ambiente seja um ambiente de referência...</b> e eu acho que existem formas que nós podemos construir, de tornar o efeito individual menos presente (...)” E8</p>	<p>Principais semelhanças com outros serviços: administração de terapêutica; avaliação de S.V.</p> <p><b>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho:</b> Importância de uniformizar a <b>intervenção de enfermagem</b> para minimizar “flutuações” existentes entre o “efeito individual e subjectivo” da relação entre dois intervenientes.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ambiente de referência vs enfermeiro de referência.</p>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

“Tens algum exemplo dessas formas, alguma coisa que tenhas pensado?” M1

<p>4.3.1.</p>	<p>“(...) a possibilidade de nós estruturarmos o nosso dia-a-dia de uma forma diferente da que temos feitos até então... eu tenho estado relativamente ausente nos últimos meses (...) e para mim é difícil muitos turnos em que há um conjunto de coisas que aconteceram antes, há um conjunto de coisas que é suposto aconteceram depois, eu estou ali no meio... e há coisas em relação às quais torna-me difícil estar presente e integrar mas que faço parte de um equipa, obviamente que tenho que integrar (...) mas acho que <b>continua a haver uma flutuação muito grande [na intervenção de enfermagem] (...)</b> de turno para turno, e <b>na presença desta ou daquela pessoa (...)</b>” E8</p>	<p><b>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho:</b> Importância de uniformizar a <b>intervenção de enfermagem</b> para minimizar “flutuações” existentes entre o “efeito individual e subjectivo” da relação entre dois intervenientes.</p>
<p>4.4.2.</p>	<p>“(...) E a possibilidade de nós <b>estruturarmos a nossa intervenção de uma forma concreta pode reduzir muito,</b> muito <b>este impacto, de sermos pessoas diferentes,</b> de estabelecermos relações com os outros de forma diferente (...) porque isso é, simultaneamente, <b>a grande riqueza e a grande fragilidade da intervenção que nós fazemos aqui...</b>” E8</p>	<p><b>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho:</b> Uniformização das <b>intervenção de enfermagem</b> pode reduzir o impacto da <b>diferença na inter-</b></p>

		venção de enfermeiro para enfermeiro – que é “simultaneamente, a grande riqueza e a grande fragilidade” da intervenção de enfermagem.
4.4.2.	“Quanto mais rotinas nós criarmos (...) menos isso [a variabilidade da intervenção de enfermeiro para enfermeiro] é possível acontecer mas depois, também, há o risco de nos fixarmos às rotinas...” E6 (E3 parece concordar com E6; E8 parece não concordar).	Organização dos cuidados de enfermagem: Estruturação do dia-a-dia vs Risco de nos fixarmos às rotinas.
	“(...) existe a perspectiva de que no momento concreto a gente saiba o que pode acontecer ali (...). Quando eu entrei neste serviço (...), grande parte da equipa não tinha formação complementar, éramos enfermeiros, não tinha... seja formação no contexto da especialidade, seja em formação no contexto das sociedades e, neste momento, a realidade é completamente diferente (...)” E8	Formação académica da equipa de enfermagem: Maior parte da equipa com formação específica realizada e a realizar.
4.1.4.	“(...) continuamos a fazer coisas (...) que não fazem sentido nenhum... que é só para encher o dia da criança, sem qualquer finalidade, sem qualquer consequência positiva para aquilo que traz a criança aqui (...)” E8	Organização dos cuidados de enfermagem: Planeamento e desenvolvimento de actividades sem intencionalidade terapêutica para a criança/adolescente internado.
4.1.4.	“Eu sinto essa oscilação também (...) não sei como é que nós podemos objectivar... eu acho que a diversidade, aqui, tem um lugar fundamental na nossa intervenção (...) sinto essa oscilação e a dificuldade que é, às vezes, chegar e pegar em coisas que não têm nada a ver comigo na relação com aqueles miúdos... acho que é preciso fazer caminho por aí [de] (...) tentar construir intervenção que seja... não é mais uniforme... mas que seja mais transversal a todos, talvez, que seja mais integrativa de todos nós (...)” E3	Organização dos cuidados de enfermagem: Estruturação de actividades vs diversidade (lugar fundamental na intervenção). Actividades deverão ser integrativas de toda a equipa de enfermagem.
4.1.5. 4.1.3.	“Isso está mais na nossa perspectiva, não é na perspectiva da criança! O adolescente passa aqui 2-3 semanas (...) qual é a expectativa deles... é que vêm para aqui, o comportamento deles é modelado de alguma forma, os sintomas mais agudos de alguma forma são estabilizados e têm alta (...) o que ele faz aqui durante 3... 4 semanas? Toma só com-	Organização dos cuidados de enfermagem devem ter em conta a perspectiva da criança.

4.5.	primidos? (...)” E8	
4.5.	“(…) se há contexto em que o nosso trabalho [de enfermagem] pode ser completamente independente e autónomo... é este [UIPIA]! (...)” E8	Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são “completamente” autónomos e independentes na sua intervenção.
4.5.	“(…) [Na UIPIA] não sei se [o trabalho de enfermagem é] completamente independente e autónomo, mas sim... há muito espaço (...)” E3	Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são muito autónomos e independentes na sua intervenção.
4.5.	“(…) [NA UIPIA, o trabalho de enfermagem é] mas muito mais [independente e autónomo] comparativamente com outros contextos (...)” E8 (E3 parece concordar)	Principais diferenças: UIPIA → maior autonomia e independência dos enfermeiros na sua intervenção.
	“(…) sim... mas mais independente e autónomo com (...)” E8	Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são mais autónomos e independentes na sua intervenção.
4.5. 2.1. 4.1.4.	“(…) e isso [o enfermeiro pode ser mais independente e autónomo] nos diferentes momentos do internamento, no acolhimento, durante o internamento, quando se prepara a alta... Porque há muitos factores que fazem balançar isto, não é?... O factor da heterogeneidade da patologia, da faixa etária, neste momento nós estamos a receber, cada vez mais miúdos com os quais não estamos familiarizados em relação ao que nós vamos fazer aqui, não é?... Há um conjunto de variáveis (...) que nós não conseguimos controlar de todo (...)” E8	Principais diferenças: UIPIA → enfermeiros são mais autónomos e independentes na sua intervenção – “nos diferentes momentos do internamento”.  Existem factores que podem condicionar essa autonomia: diferentes patologias/idades.
4.1.3.	“(…) a questão é, mas os miúdos vêm para cá para fazer o quê? Isto é... vamos olhar para todos ao mesmo tempo (...)” E6	Dificuldade na definição dos resultados de enfermagem esperados ao longo do processo de enfermagem.
	“Vamos olhar para todos e pensar no contexto também, não é? Isso também nos baliza um pouco, às vezes, aquilo que é possível não fazer...”	UIPIA – momento de intervenção limitado

4.1.5.	para bem e para o mal (...) <b>é suposto que haja mais suporte para além do internamento (...)</b> E3 (E6 parece concordar parcialmente)	pelo seu contexto - existem outros suportes para além da UIPIA onde a criança/adolescente possa dar continuidade ao seu processo de recuperação.
3.1.	“(...) mas para já <b>estamos a falar de internamento</b> (E3 parece concordar) (...) nós estamos a falar <b>de um período de tempo que é relativamente curto, comparativamente com</b> , por exemplo, fazer <b>um acolhimento em ambulatório</b> eu perspectivando que vou estar com esta família durante um ano ou dois anos (...) e sou eu que vou estar, cada vez que ele vem, está comigo e <b>no internamento ele só está cá 3 semanas, 4 semanas... e não está só comigo...</b> Está com 15 enfermeiros e com mais 2 ou 3 médicos, (...) com 1 monitor (...) e a questão é: <b>[Durante o internamento, o miúdo] Está para quê? Para fazer o quê?</b> (...) <b>[Durante o internamento] O que é nós vamos avaliar? Que resultados (...)</b> ” E6	Principais diferenças entre UIPIA vs Ambulatório: → acompanhamento das crianças/adolescentes: - num menor período de tempo; - com maior número de profissionais que colaboram no projecto terapêutico. → Dificuldade na definição dos <b>resultados de enfermagem esperados</b> ao longo do processo de enfermagem.
4.1.5.	“(...) Eu acho que às vezes <b>há determinados aspectos que</b> para nós são pouco... <b>sabem-nos a pouco</b> . Por exemplo, conseguir <b>que um miúdo esteja integrado com</b> outras crianças e com <b>outros jovens da mesma idade e consiga fazer uma actividade ocupacional</b> daquelas banais (...) mas o só garantir <b>que aquele miúdo consiga estar ao pé dos outros, comunicando, interagindo (...)</b> ” E6	<b>Actividades terapêuticas:</b> Pouca valorização de actividades ocupacionais/ “banais” mas que se podem revelar importantes no decurso do projecto terapêutico.
4.1.4.	“Mas isso <b>[actividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo!</b> ” E4	<b>Actividades terapêuticas:</b> Importância da valorização de actividades ocupacionais/ “banais”.
4.5.	“(...) Oh E4! <b>Isto [actividades banais/ocupacionais] é importantíssimo mas é muito pouco valorizado por nós!</b> (E3 parece concordar, E4 parece	<b>Actividades terapêuticas:</b> Pouca valorização de

2.1.	<p>não concordar) (...) Porque um dos objectivos é esse.. Porque muitas das vezes os miúdos ou estão <b>isolados, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão sempre a arranjar conflitos (...)</b> e isto também altera e cria confusão no grupo (...). <b>Eu acho que são estes pequenos objectivos [de favorecer a integração dos miúdos no grupo de pares, através do recurso a actividades ocupacionais/banais] (...), mas eu acho que isto não é muito valorizado por nós..."</b> E6 (E2 não concorda)</p>	<p>actividades ocupacionais/ "banais" mas cujos "pequenos objectivos" se podem revelar importantes no decurso do projecto terapêutico.</p>
4.1.4.	<p>"Eu acho que isso é valorizado. <b>O que eu acho que acontece é que depois entramos numa... numa "bola de neve" que passa a ser actividades só à volta da pulseira, do varrer o jardim (...)</b> e há outras coisas que se pode trabalhar, <b>isso [actividades banais/ocupacionais] realmente é um ganho, é um pequeno ganho, mas isso depois permiti-nos, se calhar, um patamar para trabalhar outras coisas.</b> Eu acho que é <b>quando chegamos a esse patamar</b> para trabalhar outras coisas, eu acho que aí é <b>que, muitas vezes, não avançamos (...)</b>" E2 (E6 parece concordar)</p>	<p><b>Actividades terapêuticas:</b> As actividades ocupacionais/ "banais" podem revelar-se um "patamar para trabalhar outras coisas".</p>
4.1.4.	<p>"(...) Mas <b>eu posso (...) sentar-me com os miúdos e podermos conversar com eles e isso ser terapêutico (...).</b> <b>Para ter uma intervenção terapêutica</b> com os miúdos <b>não preciso de ter uma coisa estruturada e ter um início, um desenvolvimento e uma conclusão (...)</b>" E4</p>	<p><b>Actividades terapêuticas:</b> Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas.</p>
4.1.4.	<p>"Mas <b>tens um objectivo definido</b> quando fazes essa reunião [com os miúdos], <b>não tens? Pretendes trabalhar alguns aspectos que vão ali emergindo (...)</b>" E2</p>	<p><b>Actividades terapêuticas:</b> Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica.</p>
4.1.4.	<p>"(...) Tenho, <b>tenho um objectivo definido</b> [durante a reunião com os miúdos]. Sim, mas se calhar <b>isso não é tão claro quando eu inicio, se calhar fica mais claro no decorrer daquele diálogo que estou a ter com os miúdos..."</b> E4</p>	<p><b>Actividades terapêuticas:</b> A intencionalidade pode ser definida ao longo da intervenção.</p>
4.1.4.	<p>"(...) mas eu acho que não é por acaso que é nesses determinados momentos (...) <b>[A reunião com os miúdos] tem um objectivo (...)</b> não</p>	<p><b>Actividades terapêuticas:</b> Intervenções de</p>

	fazes só porque...” E2	enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica; não são realizadas “por acaso”.
4.1.4.	“(…) [A reunião com os miúdos] Terá sempre um propósito (...). Às vezes não é tão organizado como a E4 está a dizer. É mais espontâneo.” E3	Actividades terapêuticas: Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica. As intervenções não estruturadas, são mais espontâneas.
4.1.4.	“(…) O objectivo [da intervenção] pode não ser claro mas está lá.” E2	Actividades terapêuticas: Intervenções de enfermagem podem ser terapêuticas, mesmo que não estruturadas - podem ter uma intencionalidade terapêutica. A intencionalidade pode não ser clara “mas está lá”.
4.1.4.  4.1.4.	“(…) aquilo que nós fazemos com os miúdos do Parque (...), aquela hora e meia que estamos com eles na sessão, tem um início, tem um desenvolvimento e tem um momento de conclusão... mas tem um seguimento sempre de semana para semana (...) é difícil, se calhar, conseguir criar este contexto, com estes objectivos [sessões semanais com início, desenvolvimento e um momento de conclusão] no internamento, até porque [nomeadamente devido à] a entrada e a saída de miúdos (...). Para (...) organizarmos os dias e as semanas de acordo com as oficinas terapêuticas, isto tudo tem que ser muito bem pensado (...) Mas a mim faz-me sentido que isto [estruturar os dias e semanas segundo ofici-	Actividades terapêuticas: Principais diferenças entre UIPIA vs Ambulatório: → Acompanhamento das crianças/adolescentes: - Rotatividade das crianças/adolescentes que constituem o grupo terapêutico – difícil-

	<b>nas terapêuticas] possa acontecer... Agora eu não sei como trazer isso, com esses contornos, para aqui” E4</b>	ta a estruturação, diária/semanal, das actividades terapêuticas (embora pareça fazer sentido a sua implementação).
	<del>“(...) Eu admito que o meu olhar também seja muito contaminado pela minha experiência de ambulatório (...)” E8</del>	<b>Actividades terapêuticas:</b> Principais diferenças entre UIPIA vs Ambulatório.
4.1.3.	<b>“(...) Para mim não é claro, e acho que não é claro para todos, qual é que é o objectivo da nossa intervenção neste contexto de internamento... Porque estabilizar quadros psicopatológicos pode querer dizer muita coisa (...)” E8</b>	Dificuldade na definição dos objectivos/ <b>resultados de enfermagem esperados</b> ao longo do processo de enfermagem.
4.1.3. 4.1.4.	<b>“(...) A gente [a equipa de enfermagem] sabe o que é que tem que fazer [não sabe é como fazer], [apesar de o enfermeiro saber o que fazer] não sabe é como [fazer]...” E6 (E2 e E8 parecem não concordar)</b>	Parece conhecer-se os <b>resultados de enfermagem esperados</b> mas não as <b>intervenções de enfermagem</b> a desenvolver para se chegar a esses resultados.
4.5.	<b>“(...) a nossa intervenção de enfermagem, em que é que ela assenta? Em que é que ela assenta em concreto? Em que é que ela pode assentar? Tendo em conta neste momento que o nosso perfil de competências é muitíssimo mais alargado do que era há uns anos atrás” E8</b>	Em que é que assentam as <b>intervenções de enfermagem</b> ?
4.1.4.	<b>“(...) Entre aquilo que nós estamos a fazer e aquilo que nós queremos fazer, efectivamente, é um caminho que nós temos que percorrer (...) um caminho possível [para fazermos aquilo que queremos fazer] pode ser no sentido de estruturarmos mais o nosso dia-a-dia aqui (...) e isso não torna a coisa mais rígida, (...) mais rotinada, (...) menos flexível, de todo (...) num espaço em concreto em que se defina que se vai fazer isto, pode-se fazer muitas coisas a partir disto” E8 (E2 concorda)</b>	<b>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho:</b> Estruturação das <b>intervenções de enfermagem</b> Estruturação das <b>intervenções de enfermagem não tornam</b> o dia-a-dia mais rígido/menos flexível ou mais rotinado;
	<del>“Eu concordo plenamente com o que estás a dizer e acho que faz todo o</del>	Reforça a importância

4.4.1.	<p>sentido mas discordo de outro ponto. Eu acho que <b>para nós podermos</b> (...) dar esta <b>continuidade [à intervenção de enfermagem]</b> (...) é importante o enfermeiro de referência. E acho que o enfermeiro de referência <b>pode fazer muito mais do que faz agora</b> (...)" E2</p>	<p>da Estruturação das intervenções de enfermagem.</p> <p><b>Desejo de mudança/ Ambição face ao local de trabalho:</b> importância do <b>Enfermeiro de Referência</b> ter um papel mais activo.</p>
4.4.2.	<p>"Mas porque é que tem que ser o enfermeiro de referência e não pode ser então aquilo que ele disse, o ambiente de referência?" E4</p>	<p><b>Ambiente de referência vs Enfermeiro de Referência</b></p>
4.4.1.	<p>"Porque eu acho que há aspectos que têm a ver com a relação (...) eu acho que é <b>importante haver a relação que se estabelece com uma pessoa...</b> que realmente dá uma oportunidade <b>durante aquele período que o miúdo está cá</b> (...) acho que esse trabalho que é desenvolvido, é diferente... e <b>acho que se complementam as duas coisas [enfermeiro de referência e ambiente de referência]</b>" E2</p>	<p><b>Enfermeiro de Referência</b> assenta numa relação enfermeiro (de referência) -cliente diferente da estabelecida com os restantes enfermeiros.</p> <p><b>Ambiente de referência</b> pode complementar intervenção do <b>Enfermeiro de Referência</b></p>
4.4.1. 4.4.2. 4.1.3. + 4.1.4. 4.4.2.	<p>"Eu tinha essa opinião [concordava com método de], neste momento não tenho (...) porque <b>acho que é difícil objectivar isso [método de trabalho por enfermeiro de referência]</b> (...) para a criança em si, [e] para o <b>adolescente em si...</b> [Relativamente ao ambiente de referência] parece-me que é <b>mais positivo [para a criança/adolescente] ter a possibilidade de turno após turno, dia após dia, ter uma pessoa a quem possa trabalhar as questões dele naquele dia ou durante este percurso em que cá está...</b> porque <b>o meu objectivo aqui</b> (...) durante o internamento, <b>é despertar aquela criança para a problemática dele, [Para despertar a criança para a sua problemática devemos] confrontá-lo com isso [com a sua problemática] e despertá-lo para a importância do trabalho que começou aqui,</b> ter que ser continuado, eu não tenho objectivo mais nenhum ou um objectivo mais aprofundado do que este.</p> <p>Claro que <b>isto [a concretização do objectivos definidos para a criança] decorre da relação dele próprio, decorre da relação com a família, decorre da relação com os pares</b> (...) tudo isto pode ser abordado, mas com este objectivo maior, que é, neste momento estás aqui, tens este (...) e este conjunto de sintomas e parece-me importante <b>que pos-</b></p>	<p>Privilegia o <b>Ambiente de referência</b> em detrimento do <b>Enfermeiro de Referência:</b> dando a possibilidade do cliente interagir com outros profissionais (aqueles que se encontram no turno)</p> <p><b>Objectivos da intervenção de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favorecer o <i>insight</i> sobre a sua situação - "despertar a criança para a problemática dele";</li> <li>- reforçar a possibilidade de existência e a importância da neces-</li> </ul>

	<p><b>...sas continuar a desenvolver uma relação desta natureza lá fora (...)"</b></p> <p><b>E8</b></p>	<p>...sidade da continuidade do trabalho psicoterapêutico desenvolvido na UIPIA após a alta; Estes objectivos decorrem da "relação dele próprio,(...) com a família, (...) com os pares".</p>
<p>4.4.1.</p> <p>4.3.3.</p> <p>4.2.</p>	<p>"Eu acho que <b>não podemos querer que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente...</b> eu acho que <b>eles próprios [crianças/adolescentes] escolhem [o enfermeiro de referência] (...)</b> eu acho que <b>pode ser muito invasivo e muito intrusivo</b>. Eu acho que <b>estabelecendo aquela relação com aquela pessoa, ele [criança/adolescente] vai trabalhando e vai falando de coisas (...) para tu poderes trabalhar outros aspectos... mesmo com a família dele, mesmo com a comunidade (...)</b> não posso, quer dizer, hoje sou eu porque estou cá, amanhã és tu (...)" E2</p>	<p><b>Enfermeiro de Referência:</b></p> <p>Criança/adolescente "escolhe" o seu enfermeiro de referência, o que possibilita o estabelecimento de uma relação de continuidade com a criança/adolescente/ família/comunidade.</p> <p><b>Ambiente de referência</b> implica "que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente (...) pode ser muito invasivo e (...) intrusivo".</p>
<p>4.4.1.</p> <p>4.3.1.</p>	<p>"(...) [Durante a relação terapêutica enfermeiro-criança/adolescente] eu acho é que <b>tem que haver aqui um fio condutor, se não as coisas vão ficando perdidas...</b> porque (...) <b>eu tenho uma forma de actuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes...</b>" E2</p>	<p><b>Enfermeiro de Referência</b> como "fio condutor" - continuidade da intervenção pelo mesmo técnico.</p>
<p>4.4.2.</p>	<p>"É, absolutamente, isso que está errado, é, absolutamente, isso que eu estou a querer dizer. Talvez seja utópico naquilo que eu estou a afirmar, mas acho que <b>qualquer um de nós tem maturidade profissional suficiente (...)</b> para termos um nível de relação e de intervenção, neste contexto, <b>que alinhe em continuidade com o que o outro deixa feito... independentemente de eu estabelecer uma relação diferente, ou de forma diferente do que E3 (...)"</b> E8</p>	<p><b>Ambiente de referência</b></p> <p>Continuidade da intervenção pela equipa – capacidade para dar continuidade à intervenção sem perder os objectivos propostos, independentemente das diferenças de intervenção subjacen-</p>

		tes a cada um.
4.3.1. 4.3.3.	<p><b>“O teu objectivo [do enfermeiro] pode ser o mesmo, mas a forma como tu o fazes é diferente... e se calhar, para este jovem, [a forma de intervir] a da E3 pode ser mais ajustável do que a tua, e para o outro, a tua pode ser mais ajustável do que a da E3” E2</b></p>	<p>Enfermeiro de Referência - apesar do mesmo objectivo, um determinado enfermeiro tem postura/ características que se podem ajustar mais a uma determinada criança.</p>
4.3.1. 4.7.1.	<p><b>“Mas a diversidade nunca vai sair da nossa intervenção... por muito que se tente objectivar, eu acho que há de haver sempre essa diversidade. A mim faz-me cada vez mais sentido, também, essa ideia do ambiente, por si, ser um ambiente terapêutico... até porque muitas vezes eu sinto que a figura do enfermeiro de referência não é eficaz (...) já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário (...) não tem nada a ver com o sentido (...) com o que depois o colega foi pegar e falou (...)” E3</b></p>	<p>Ambiente de referência:</p> <p>Embora seja impossível eliminar a diversidade da intervenção</p> <p>Enfermeiro de Referência - aspectos negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nem sempre é eficaz;</li> <li>- por vezes a informação transmitida pelo colega não está em conformidade com a situação vivenciada pelo enfermeiro de referência.</li> </ul>
4.7.1. 4.4.2.	<p><b>“(...) [Perante o risco da informação transmitida, sobre o ocorrido durante a relação terapêutica, ser deturpada pelos colegas] e nem sei bem o que é que agora eu devo passar de informação (...) e o que eu sinto (...) como enfermeira de referência, é que as minhas intervenções têm de ser quase como se acabadas naquele turno, isto é... há de haver continuidade... Mas esta dimensão de um ambiente por si e de um turno ser um momento e no próximo turno ser outro momento (...) a mim faz-me cada vez mais sentido (...)” E3</b></p>	<p>Enfermeiro de Referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- por vezes a informação transmitida pelo colega não está em conformidade com a situação vivenciada pelo enfermeiro de referência - intervenções limitadas ao turno e ao momento vivido com o jovem.</li> </ul> <p>Ambiente de referência - importante.</p>

4.4.1.	<p>“(…) <b>Levantam-se muitas questões na intervenção com os miúdos como enfermeira de referência (…)</b> a minha intervenção com enfermeira de referência <b>é cada vez mais uma intervenção de relação (…)</b> naquele turno vamos trabalhar aquelas questões (…)” E3</p>	<p><b>Enfermeiro de Referência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervenção de relação;</li> <li>- limita-se àquele turno específico.</li> </ul>
4.4.2.	<p>“(…) faz-me também cada vez mais sentido esta ideia do ambiente por si ser um ambiente (…) terapêutico, ser um <b>ambiente capaz de experiências diferentes, reparadoras (…)</b>” E3</p>	<p><b>Ambiente de referência:</b></p> <p>Ambiente terapêutico, capaz de favorecer experiências “diferentes, reparadoras”.</p>
4.4.1. 4.4.2.	<p>“(…) o terapeuta de referência, <b>num contexto de internamento de agudos, não será a melhor metodologia para funcionar</b> e isto porque [o método por enfermeiro de referência não parece ser a melhor opção num contexto de internamento de agudos e isso] tem a ver até com o que é que motivou o internamento (…) e queremos o quê? Que eles durmam, e então, temos que (…) à noite... criar um ambiente mais tranquilo (…) mas isto tanto faz o Joaquim, o Manuel como a Maria (…) <b>Todos fazem de forma diferente! Agora é esperado que todos saibam fazer, (...) que todos o consigam fazer (…)</b>” E6</p>	<p><b>Ambiente de referência:</b></p> <p>Em que todos intervenimos de forma diferente mas todos sabemos intervir para ir de encontro ao objectivo.</p>
4.4.2.	<p>“(…) <b>Não somos [enfermeiros] insubstituíveis (…)</b> sem dúvida nenhuma” E3</p>	<p><b>Ambiente de referência vs. Enfermeiro de Referência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o enfermeiro não é insubstituível.</li> </ul>
2.1. 4.4.2. 4.1.3. 4.4.2.	<p>“(…) Se eu estou em contexto psicoterapêutico, eu estou com aquele terapeuta (…) e estou com aquele sempre (…), mas aqui isso é impossível (…). Eu <b>só sou internado (…)</b> porque este <b>acompanhamento periódico não consegue dar resposta... falhou (E3 parece concordar).</b> A relação individual não permitiu compensar e <b>eu preciso (…)</b> tirar a pessoa de um contexto familiar onde ela está, e social, e colocá-la num outro <b>contexto (…)</b> que seja <b>suficientemente contentor e protector e securizante.</b> E (…) <b>todos nós temos que saber fazer isso (…).</b> Todos nós <b>como equipa. (…)</b> E o objectivo do internamento tem que ser esse. <b>Eu [enfermeiro] tenho que conseguir que este miúdo consiga estar ao pé dos outros, consiga desenvolver actividades com os outros, que consiga tranquilizar-se à noite, que consiga identificar em si estados emocionais</b> que alteram o seu comportamento e a sua relação com os outros. <b>E é esperado que o ambiente em si, que o meio, que as pes-</b></p>	<p><b>Enfermeiro de Referência:</b> possível em ambulatório.</p> <p>Quando o contexto em ambulatório (relação dual) não é capaz de resolver o problema do cliente, então será necessário o internamento, que deverá oferecer, por sua vez, um outro tipo de relação (proporcionada com um ambiente de referência).</p>

	<p><b>soas, consigam todas fazer isto</b> [conseguir que o miúdo desenvolva um maior <i>insight</i> que possibilite uma mudança no seu comportamento e na relação com os outros] (...)” E6</p>	<p>Ambiente de referência:</p> <p>Em que todos intervenimos de forma diferente mas todos sabemos intervir para ir de encontro ao objectivo.</p> <p><b>Objectivos da intervenção de enfermagem</b> (Ambiente de referência):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– promoção da socialização;</li> <li>– promoção do sono;</li> <li>– favorecer o <i>insight</i> sobre a sua situação.</li> </ul>
<p>4.4.1.</p> <p>4.4.2.</p>	<p>“(...) temos que ser pragmáticos. Todos nós trabalhamos 35 ou 40 horas por semana e todos nós nos ausentamos 2, 3, 4 e 5 dias e <b>se eu estou à espera que o meu terapeuta de referência seja alguém que quando eu estou em crise esteja comigo sempre... eu [enfermeiro] estou 4 dias sem o ver, então como é que eu faço isso?</b> É ilusório dizer: «Agora fica o Joaquim ou a Maria a substituir-me». Então... isso já acabou, não é? Eu também penso que <b>neste momento se justifica pensar em como criar este meio [ambiente de referência]. A questão é: que actividades colocar neste meio, que modalidades terapêuticas colocar neste meio, que mediadores podem ajudar a fazer isto? E dentro desses mediadores, que compreensão e que modalidades é que me ajudam a compreender melhor essa intervenção</b>” E6</p>	<p>Ambiente de referência vs. <b>Enfermeiro de Referência</b></p> <p>O enfermeiro não é insubstituível; Enfermeiro de Referência não consegue estar sempre presente nos momentos de crise.</p> <p>No período de ausência do enfermeiro de referência a continuidade de cuidados deve ser garantida por meio de actividades terapêuticas.</p>
<p>4.4.2.</p>	<p>“Eu acho que <b>independentemente de sermos [enfermeiros] diferentes (...) os objectivos eu acho que são os mesmos</b>” E8</p>	<p>Ambiente de referência:</p> <p>Em que todos intervenimos de forma diferente mas todos sabemos intervir para ir de encontro ao objectivo. Os enfermeiros podem</p>

		ter características diferentes mas definem os mesmos objectivos para a intervenção.
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------

**“E quais é que são os nossos objectivos?” M1**

4.1.3.	“(…) <b>os objectivos em concreto</b> , no contexto de uma relação enfermeiro terapeuta ou enfermeiro de referência e criança, <b>neste contexto (...) de internamento de agudos</b> eu acho que <b>passam muito por (...) suscitar na criança um entendimento mais aprofundado da doença e das suas limitações inerentes e</b> , para mim em especial, <b>o seu potencial de desenvolvimento, o que é que ele pode fazer mesmo, tendo em conta as suas limitações</b> ” E8	<p><b>Objectivos da intervenção de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favorecer o <i>insight</i> sobre a sua situação;</li> <li>- identificar o seu potencial de desenvolvimento, tendo em conta também as suas limitações.</li> </ul>
4.1.3.	“(…) como é que se faz isso? (...) <b>Como é que eu ajudo a criança a conhecer melhor as suas dificuldades, a tomar consciência delas e a desenvolver as suas potencialidades?</b> ” E6	Quais as <b>intervenções de enfermagem</b> a desenvolver para atingir os <b>objectivos</b> definidos?
4.4.2.	“(…) <b>[Os objectivos definidos para a criança/adolescente, durante o internamento, podem ser concretizados]</b> Pode ser feito seja <b>em contexto de relação individual e não precisa de ser feito sempre pela mesma pessoa</b> ou com a mesma pessoa, com um objectivo muito concreto (...) e <b>pode ser feito, também, quando a criança se confronta com os pares aqui neste grupo</b> e isto pode ser feito <b>no contexto das actividades</b> (...) parece-me relativamente fácil favorecer isso (...) por	Quais as <b>intervenções de enfermagem</b> a desenvolver para atingir os <b>objectivos</b> definidos?
4.4.1.	outro lado, eu acho que também <b>é um bocadinho perverso da nossa parte estarmos aqui a favorecer uma cultura de acompanhamento individual quando depois o miúdo vai-se embora e (...) não vamos ser nós a acompanhar</b> ” E8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RT</b> – pode ser por vários enfermeiros;</li> <li>- <b>Relação com os pares</b> – pode ser em actividades terapêuticas;</li> </ul> <p><b>Enfermeiro de Referência</b> - aspectos negativos:  “Cultura de acompanhamento individual” que depois não será mantida, após a alta.</p>
4.4.2.	“Eu acho que pode ser importante estabelecer algumas relações... Eu	<b>Desejo de mudança/</b>

<p>4.1.3.</p>	<p>acho que isso <b>vai entrar como métodos de trabalho</b> (...) e isto <b>não é</b> dizer então agora vamos <b>trabalhar à tarefa</b>, não é isso (...). <b>É fundamental</b> (...) <b>haver alguém que possa ter uma relação particular com a instituição</b> ou com o terapeuta dessa instituição, ou <b>com aquela família, ou com alguém da escola</b> (...). <b>Consegue-se discutir e planejar melhor a intervenção terapêutica quando o fazemos com os outros profissionais e</b> para isso temos que estar cá de manhã, e <b>quem está de manhã [enfermeiro] está muito mais disponível para conseguir desenvolver estas articulações</b> com as instituições (...) <b>mas eu acho que isso se desenvolve através do meio, do meio terapêutico, da equipa terapêutica</b>, porque a própria equipa também já sabe que A, B, C ou D que estão mais de manhã (...) É engraçado porque <b>os espanhóis chamam... o enfermeiro de ligação</b> é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (...). Há um enfermeiro que só faz isto... <b>trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a recepção</b> (...). <b>O facto de trabalharmos</b>, não como terapeuta de referência ou enfermeiro de referência, mas <b>como meio terapêutico em si, não inviabiliza que determinadas pessoas na equipa (...) possam estabelecer relações privilegiadas”</b> <b>E6”</b></p>	<p><b>Ambição face ao local de trabalho:</b></p> <p><b>Ambiente de referência:</b></p> <p>Em que se destaque um enfermeiro, durante os turnos da manhã, para estabelecer uma relação privilegiada com a instituição, a família, a escola, entre outros – que favoreça a discussão e planeamento da intervenção terapêutica durante o internamento.</p> <p>Não inviabiliza que determinados elementos da equipa possam estabelecer relações privilegiadas.</p> <p>Em Espanha - Enfermeiro de ligação:</p> <p>- trabalha as altas hospitalares, o acolhimento, a recepção.</p>
<p>4.4.1.</p>	<p>“E depende dos miúdos... <b>há miúdos que precisam muito</b> que... o trabalho aqui no internamento passa muito pela <b>[da] vivência da relação dual, [da vivência] das angústias ainda na relação dual e nesses miúdos faz-me sentido, não sei se terem alguém de referência (...) a quem se vinculem mais (...)</b>” <b>E3</b></p>	<p><b>Enfermeiro de Referência</b></p> <p>Deverá ser mobilizado sempre que o jovem demonstre beneficiar mais com uma relação dual.</p>

“Quería só aqui voltar a um aspecto que o E8 mencionou... Nesta questão de promovermos estas interacções individuais para a criança ou adolescente também conhecerem melhor a sua patologia, para promover o restabelecimento da sua saúde. Há mais alguma estratégia que nós possamos utilizar nesse sentido, ou seja, no sentido de eu conhecer mais o que é que se está a passar com ele [cliente] para atingir um nível de saúde (...) melhorado?” M1

<p>4.4.2. 4.1.4. 1.1.</p>	<p>“Mas pensando nesta [esta] dimensão do ambiente terapêutico, de um ambiente contentor, de um ambiente do <i>holding</i> (...) às vezes [a intervenção de enfermagem] não passa tanto por os miúdos mentalizarem [passa muito pela vivência de experiências] (...), porque alguns miúdos nem sequer estão a esse nível de desenvolvimento [de mentalização sobre a sua condição de saúde] (...) passa muito pela vivência de experiências (...) [permite] poderem viver determinadas coisas que eram muito difíceis de viver lá fora. Mais às vezes numa perspectiva vivencial, menos numa perspectiva de mentalização e de pensamento. Naturalmente que as duas se influenciam e caminham (...). Passa (...) pela possibilidade de viverem (...) este conceito de uma experiência reparadora... eu acho que isto existe no internamento (...)” E3</p>	<p>Ambiente de referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contentor, do <i>holding</i></li> <li>- capaz de favorecer experiências “diferentes, reparadoras” – “numa perspectiva vivencial, menos numa perspectiva de mentalização e de pensamento”.</li> </ul>
<p>4.1.4.</p>	<p>“(...) o contexto do grupo é um contexto que favorece isso [vivências de experiências reparadoras], favorece isso mais até (...) do que as intervenções individuais. Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos (...)” E8</p>	<p>Intervenções terapêuticas de grupo – “Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos”</p>
<p>4.1.4.</p>	<p>“Eu acho que as intervenções individuais, a mim, ajudam-me muito a conhecer o miúdo, também no grupo, certo, mas a compreendê-lo, às vezes a perceber como é que ele vê o mundo (...)” E3</p>	<p>Relação terapêutica individual: Favorece o conhecimento aprofundado de como a criança “vê o mundo”.</p>
<p>4.3.4. 4.1.5. 4.3.2.</p>	<p>“O que tu vives no quarto de colchões com os miúdos, numa relação individual é muito intenso (...) [o que se vive no «quarto dos colchões», numa relação individual é] e muito reparador. Tu ali [numa relação individual, no “quarto dos colchões”] disponibilizas-te realmente (...)” E6</p>	<p>Relação terapêutica individual: Exige uma disponibilidade efectiva do enfermeiro.</p>
<p>4.1.5.</p>	<p>“(...) e [o que se vive no “quarto dos colchões”, numa relação individual] é muito revelador (...)” E3</p>	<p>Relação terapêutica individual: Revelador de como a</p>

		criança “vê o mundo”.
4.1.4.	“Temos experiências de miúdos que acederam à sua própria problemática através de... nos contextos de grupo e através da utilização de alguns mediadores (...) isso são estratégias concretas e que têm dado resultados, há evidência sobre isso (...)” E8	Relação terapêutica em grupo: As actividades terapêuticas em grupo, através do uso de mediadores – favorecem o <i>insight</i> sobre a sua situação
4.1.4.	“Sim, e uma coisa não invalida a outra. Claro que (...) estarmos com o miúdo e podermos conversar sobre aquilo que ele é e aquilo que vive e aquilo que sente, não invalida o facto de podermos viver coisas também noutras modalidades não tão verbais e não tão formais às vezes. Eu acho que às vezes o enfermeiro de referência remete para alguma formalidade na relação (...). Claro que no contexto do quarto dos colchões há muito pouco de formalidade (...) há formalidade? (E6 e E8 parecem discordar) Eu acho que há mais criatividade (...) eu vejo o quarto dos colchões como um momento de (...) aceder a outro espaço (...) que é este espaço transicional em que estamos noutra...” E3	Relação terapêutica em grupo não invalida a Relação terapêutica individual: As intervenções terapêuticas verbais não inviabilizam as intervenções terapêuticas não verbais.  Enfermeiro de Referência: Remete para uma maior formalidade na relação estabelecida – o que pode ser mais limitador para a criança/adolescente se expressar (?)
4.3.2.	“Mas a [no “quarto dos colchões” há] formalidade no sentido de haverem regras e limites bem definidos (...) é um caos controlado” E6	Quarto de confinamento – espaço de criatividade/ “caos controlado”

“Perante o actual modelo de elaboração dos nossos registos, da nossa documentação (...) consideram esse modelo adequado para o planeamento de cuidados? Acham que conseguimos promover o planeamento de cuidados de uma criança ou de um adolescente ao escrever tudo o que nós... realizamos. Estou a referir-me aos registos de enfermagem, se acham pertinentes para o planeamento dos cuidados?” M1

	“Essa é uma questão muito difícil de responder” E8	Registos de enfermagem
--	----------------------------------------------------	------------------------

		Dificuldade em abordar esta problemática.
4.7.2.	“(…) nos dias mais inspirados, vá... eu [nos registos de enfermagem] <b>faço uma tentativa de</b> (...) nem é de relatar... é de <b>pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno</b> (...) mas eu acho que <b>os registos dizem</b> muito, <b>muito pouco</b> daquilo que nós (...). <b>É um momento (...) de esforço</b> , em que eu tento pôr ali qualquer coisa de <b>válida</b> mas que eu sinto muitas vezes que <b>tem muito pouca validade</b> e que às vezes cai muito nesta coisa do «comportamento adequado» e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) <b>temos aí chavões...</b> ” E3	<b>Registos de enfermagem</b> - Relato da relação vivida com o cliente; - “registos dizem muito, muito pouco”; - “momento de esforço” de registo de dados que tenham validade; - “temos chavões”.
4.7.2.	“(…) eu acho que <b>nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes</b> . Eu sinto essa dificuldade” E4 (E3 consente)	<b>Registos de enfermagem</b> Não permitem dar visibilidade à <b>intervenção de enfermagem</b> .
4.7.2.	“Eu acho que é <b>uma das nossas maiores limitações, lacunas... da nossa intervenção é mesmo o registo, a evidência daquilo que fazemos, muitas vezes estamos tão cansados, no final de um turno, estamos mesmo muito pouco disponíveis para reflectir no papel</b> ” E8	<b>Registos de enfermagem</b> Não permitem dar visibilidade à <b>intervenção de enfermagem</b> - maior lacuna. Maior cansaço – menor disponibilidade para o registo.
4.7.2.	“E nem sei se é só cansados... ainda estamos a viver (...) [durante a elaboração dos registos de enfermagem] <b>ainda me sinto a viver muita coisa...</b> daquilo que tive, que foi a relação com os miúdos, portanto (...) e às vezes é impossível (...) <b>ainda não foi possível viver, «arrumar» aquilo que eu vivi com aqueles miúdos</b> (...) portanto, <b>estou longe de poder passar isso para o papel (...)</b> eu tento fazer ali (...) <b>acaba por ser uma coisa muito artificial (...)</b> ” E3	<b>Registos de enfermagem</b> Enfermeiro tem dificuldade em dissociar o vivido daquilo que deverá descrever - dificuldade na documentação.
4.7.2.	“ <b>[Durante a elaboração dos registos de enfermagem] Ainda estamos a «arrumar» coisas...</b> [daquilo que se viveu na relação com o miú-	<b>Registos de enfer-</b>

	<b>do]” E8</b>	<b>magem</b> Enfermeiro tem dificuldade em dissociar o vivido daquilo que deverá descrever - dificuldade na documentação.
4.7.2.	“(...) [Os registos de enfermagem] é mais <b>como é que o miúdo esteve, como é que não esteve</b> e depois posso ser <b>mais aprofundado se tive algum momento com ele ou com a família</b> , mesmo assim <b>nunca chega àquilo que vivi, não consigo traduzir... essa é uma frustração até (...)</b> não conseguir traduzir o que vivi o que foi construído no momento individual, no momento em grupo, com determinada criança, no papel” <b>E8</b>	<b>Registos de enfermagem</b> – conteúdo: - monitorizar a acção do cliente; - o registo torna-se mais aprofundado se ocorrer uma interacção com o cliente; - Dificuldade no relato da relação vivida com o cliente – frustração do enfermeiro.

**“E é importante nós transmitirmos o que é que vivemos, para a transmissão da informação?”  
M1**

4.7.2.	“ <b>Não sei se é importante [transmitir o que se vive na relação com o miúdo]... eu acho que nós não perdemos nada em objectivar o registo (...) em torná-lo (...) mais concreto... (...).</b> Para o planeamento dos cuidados (...) <b>[os registos de enfermagem] serem mais objectivos é um ganho grande”</b> E8 (E3 parece concordar)	<b>Registos de enfermagem</b> Vantagem – objectivar o registo, “torná-lo mais concreto”- favorece o planeamento de cuidados.
4.7.1.	“(...) a verdade é que as <b>[nas] nossas passagens de turno (...) temos 1h30 de passagem (...)</b> temos muita necessidade depois de <b>transmitir aquilo que vivemos com o miúdo</b> , ainda que num registo escrito isso <b>não apareça</b> , mas na transmissão oral (...)” E3	<b>Passagens de turno</b> Espaço para se abordar o vivido na relação/ intervenção com o jovem
4.7.1.	“Isso <b>[Transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] é uma necessidade nossa ou da criança?”</b> E6	O relato da relação vivida com o cliente –

		necessidade para o cliente ou para o enfermeiro?
4.7.1.	“Pois, não sei (...) [a necessidade de se transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] É da relação...” E3	O relato da relação vivida com o cliente – da relação?
4.7.1. 4.7.2.	“(...) eu tento sempre, quando estou a passar o turno, é transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança e eu acho que os registos podem ser feitos neste sentido [de transmitir coisas que possam ser úteis ao colega do turno seguinte para que possa continuar o trabalho com a criança]. Como fazê-lo? Não sei (...)?” E8	<b>Passagens de turno</b> - transmissão de dados importantes para o planeamento dos cuidados do turno seguinte.  <b>Passagens de turno = Registos de enfermagem</b> – Transmissão de dados.

“Se notam estas dificuldades em escrever aquilo que aconteceu, em talvez aceder àquilo que aconteceu, pelo que é que poderiam passar as diferenças, se poderiam ser previstas algumas diferenças?” M2

4.7.2.	“(...) Seremos mais capazes de registar também decorre de sermos mais capazes de pensar e de estruturar o nosso dia-a-dia (...) se a intervenção estiver mais estruturada e for mais previsível o que fazer neste ou naquele momento talvez sejamos mais capazes de depois traduzir o que aconteceu naquele turno” E8	<b>Registos de enfermagem</b> Soluções: - maior capacidade de reflectir sobre a prática – maior conceptualização. - Melhor estruturação/ planeamento das intervenções.
	“Ou o contrário... se eu souber o que é que vou registar, já sei o que é que hei-de fazer...” E6	<b>Registos de enfermagem</b> Soluções: - maior conhecimento do que registar (facilita

		um melhor conhecimento da intervenção).
	“Mas registrar é em função de alguma coisa que aconteceu (...)” E8	<b>Registos de enfermagem</b> Devem ser elaborados em função de um acontecimento.
4.7.2.	“Depois <b>há coisas que decorrem da relação e da intervenção que não sei se é para notas de evolução, se é para uma outra coisa,</b> não sei...” E8	<b>Registos de enfermagem</b> Todos os dados do vivido na relação com o cliente são necessários registrar nos diários de enfermagem?
4.7.2.	“...haver sempre a possibilidade de se criar um <b>espaço aberto onde se escreva qualquer coisa que não seja possível ficar registada</b> ” E6	<b>Registos de enfermagem</b> - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registrar fora daquilo que é apresentado.
4.7.2.	“[Haver a possibilidade de criar um <b>espaço aberto onde seja possível registrar a informação</b> ] <b>Que não seja importante, não é?</b> ” E8	<b>Registos de enfermagem</b> - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registrar fora daquilo que é apresentado – dados menos relevantes?
4.7.2.	“Ou [Haver a possibilidade de criar um <b>espaço aberto onde seja possível registrar a informação</b> ] <b>que seja importante mas não seja planeada...</b> ” E6	<b>Registos de enfermagem</b> - necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registrar fora

		daquilo que é apresentado – dados menos relevantes vs dados não planeados.
4.1.3. 4.7.2.	<p>“Mas isso implica também haver (...) projectos terapêuticos definidos, à partida, para os miúdos, porque aí há uma linha de pensamento. <b>Para aquele miúdo é espectável que se atinjam determinados resultados (...) para prevermos um determinado caminho e para sabermos aquilo que registamos ou não, eu acho que isso passa por definirmos projectos [terapêuticos] (...) planeados” E3</b></p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>Decorrentes e influenciados pelo projecto terapêutico de cada jovem.</p>
1.1. 4.7.2. 1.1. 4.7.2.	<p>“Mas há coisas que os miúdos têm todos (...) e é aí que nós vamos trabalhar (...). <b>A singularidade que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive, portanto, esta compreensão mais do fenómeno, mais fenomenológica daquele caso em particular...</b> a questão é... <b>vamos em todos os casos descrever o que disse? E é isso que nos permite intervir “terapeuticamente” de uma forma diferente [?] ou todos os miúdos têm família, todos os miúdos andam na escola (...) todos os miúdos dormem e não dormem (...) isto é... todos os miúdos têm um conjunto de dificuldades e de potencialidades e têm um contexto social e familiar que consideramos que é a base para conseguirem desenvolver-se (...)</b> a questão é... <b>registamos isto e criamos um espaço para depois podermos escrever um poema? Uma singularidade, uma individualidade (...)” E6</b></p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>- Aspectos a registar que são comuns entre as várias crianças internadas (ex. “dormem” ou “não dormem”): não favorece a singularidade/individualidade dos registos.</p> <p>- necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado – favorece a singularidade/individualidade dos registos.</p>
4.7.2.	<p>“(...) Isso <b>[registar a singularidade e individualidade do miúdo] a mim é o que me permite estabelecer relação com o miúdo (...)</b> é perceber que <b>há particularidades diferentes nele (...)</b>. A mim faz-me sentido que essa <b>«particularidade» [singularidade/individualidade do miúdo] não deixe de existir no registo (...)</b> <b>o miúdo tem de «aparecer» [no registo]” E3</b></p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>- deverão reflectir as particularidades/ singularidades/ individualidades da criança/adolescente – o que “permite estabelecer relação” com a mes-</p>

		ma.
4.7.2.	<p>“<b>[O registo deve contemplar] Um espaço em que possa ser possível descrever mais de forma narrativa o que aconteceu...</b> mas acho que, mesmo em momentos individuais em que tu aprofundas uma intervenção tu podes simplesmente registar que abordas-te esta ou esta área e que isto deu este ou este resultado, isto pode ser objectivo” E8</p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>- necessidade de se manter um espaço de texto livre para que se possa registar fora daquilo que é apresentado – aprofunda uma intervenção. Registrar área(s) abordada(s) e resultado(s).</p>
4.7.2.	<p>“E às vezes <b>eu tenho dúvidas de pôr lá [no registo de enfermagem] a minha subjectividade (...)</b> porque a minha subjectividade não é igual à tua subjectividade e depois... atrapalham-se às vezes (...)” E3</p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>- Importância de serem mais objectivos de modo a superar a subjectividade inerente a cada profissional.</p>

“E será que isso [a subjectividade] se consegue ultrapassar? (...)” M2

4.7.2.	<p>“(...) sinto que, às vezes, <b>o eu registar determinada coisa pode ser profundamente intrusivo para aquele miúdo.</b> Porque se alguém pegar, à letra, naquilo que está escrito e devolver ao miúdo na relação isto pode ser (...) de uma agressividade enorme... porque aquilo teve um contexto da relação...” E3</p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>- Ponderação quanto ao que deve ser exposto no registo daquilo que foi vivido na relação, por possibilidade de constituir um impasse para a mesma num momento futuro, com outro profissional.</p>
4.7.2.	<p>“Mas é esperado que um terapeuta saiba utilizar essa informação (...)” E6</p>	<p><b>Registos de enfermagem</b></p> <p>- Ponderação quanto ao que deve ser</p>

		exposto no registo daquilo que foi vivido na relação, por possibilidade de constituir um impasse para a mesma num momento futuro, com outro profissional; embora seja esperado que o profissional saiba utilizar essa informação.
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

“Mas é usada de uma forma diferente das tuas expectativas, não é?” M1

	(E3 parece concordar)	
4.3.3.	“E isso cria sempre uma outra problemática que é, <b>este rapaz com A, B, C ou D [enfermeiros] tem sempre uma relação especial (...) o que isto não inviabiliza que A se dê melhor com o enfermeiro X e que B se dê melhor com o enfermeiro Y (...)</b> ” E6	<b>Relação Terapêutica</b> - Quanto menor a transmissão de informação sobre o vivido na relação com o cliente, maior a probabilidade a criança/adolescente-enfermeiro em causa, estabelecerem uma relação “especial”.
4.3.3.	“ <b>Isso [o facto do rapaz estabelecer relações especiais com pessoas específicas] acontece lá fora! (...). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte!</b> ” E3 (E6 e E8 parecem concordar)	<b>Relações Pessoais</b> - Criança/adolescente têm preferências nas relações que estabelecem – Mas “isso é da vida, é da relação, isso faz parte!”.
4.7.1.	“ <b>(...) o miúdo preferir o enfermeiro tal e partilhar com ele alguma informação,</b> e que depois fica ali, <b>que não é devolvido à equipa... o miúdo não ganha nada com isso...</b> Nem o miúdo, <b>nem nós! (...)</b> porque <b>é esperado que o miúdo perceba,</b> também, <b>que aquilo que partilha (...) com alguém, partilha na equipa...</b> ” E6	<b>Registos de enfermagem</b> - Quanto menor a transmissão de informação sobre o vivido na relação com o cliente,

		te, maior a probabilidade de não existirem ganhos em saúde para o jovem, pois influencia a continuidade de cuidados pela equipa.
4.7.1.	“(...) eu acho que <b>isso [da informação que o miúdo partilha com o enfermeiro poder ser partilhada depois à equipa] tem a ver com isto de podermos, eventualmente, uniformizar, (...) evoluir um pouco na forma como todos vemos os cuidados.</b> Todos! Evoluir no sentido de grupo (...) <b>e se calhar, aí, é mais tranquilo... essa partilha...</b> ” E3	<b>Registos de enfermagem</b> - deverão evoluir no sentido da forma como todos vemos os cuidados (uniformização da linguagem/prática clínica).
4.3.3.	“Para mim é extremamente difícil estar num grupo com 7/8 miúdos, eles conhecem-me (...) não estou sozinha, estou com outras pessoas (...) <b>cá (...) às vezes tenho negação (...), sinto isso na pele (...).</b> Porque dizem: «Ah, não ‘tá cá a Enfermeira X?» ou então dirigem-se para mim: <b>“Ah, eu não gosto daquela enfermeira (...).”</b> E7	<b>Ambiente terapêutico:</b> Sentimento de rejeição do Enfermeiro, por parte da criança/adolescente.
	“A questão é (...) <del>tu sentes te rejeitada, ok?</del> ” E6	<b>Ambiente terapêutico:</b> Sentimento de rejeição do Enfermeiro, por parte da criança/adolescente.
4.3.5.	“Pois, [Na relação com os miúdos] <b>sinto-me rejeitada (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (...)</b> ” E7	<b>Ambiente terapêutico:</b> Sentimento de rejeição do Enfermeiro, por parte da criança/adolescente - estratégias para “lidar com”.
4.3.3. 4.3.1.	“(...) <b>A questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam?</b> (...) Porque (...) <b>há enfermeiros que são mais normativos que outros há enfermeiros que chegam, abraçam, dão beijinhos (...) há enfermeiros que as regras vão sendo mais flexíveis, há outros que não, que são muito estruturados (...).</b> ”	Relação: Tem implícito um <b>Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal.</b>  As características, pessoais e profissio-

	Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam [de determinadas características dos enfermeiros]... que isso é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que é importante perceber (...) porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho?" E6	nais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção.
4.3.2. 4.1.1.	"A autoridade ou a imposição de limites é aprendida por cada um, de forma individual (...) a pessoa que está na relação ou a trabalhar numa determinada equipa também tem que saber o papel que vai assumir (...). A relação começa logo por o contacto inicial (...)" E7	As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção.  Contacto inicial: fundamental para a relação.

"Para isso que estás a dizer o que achas que possa ser feito de diferente?" M1

	"Não sei... talvez haver aqui uma maior homogeneidade na linguagem, percebes? (...)" E7	As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção - necessidade de uma maior homogeneidade na linguagem para ultrapassar essa situação.
4.3.3.	"(...) Mas os miúdos lidam comigo e com a E3 ou contigo de forma diferente, não é? E agora o que é que há em nós, não é? Que nesses miúdos despoleta [esse sentimento de rejeição] isso?" E5	Relação: Tem implícito um Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal.  As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na Relação como intervenção.
4.3.3.	"(...) E [o que é que há em nós que despoleta] as projecções que	As características,

	<b>eles [miúdos] vão fazendo...” E4</b>	<p>personais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na <b>Relação como intervenção</b>.</p>
4.3.1.	<p>“(...) E essa é a <b>compreensão que todos nós fomos desenvolvendo</b> (...). Estava o E8 a falar destes <b>[durante os] processos formativos</b> que todos fomos fazendo e acho que isso <b>também nos ajuda</b>, não sei... ajuda <b>a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (...)</b>” E3</p>	<p>Relação: Tem implícito um <b>Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional</b> – o que tem impacto na <b>Relação como intervenção</b>.</p>
4.3.1.	<p>“(...) <b>como eu me sinto enquanto pessoa claro que vai influenciar diretamente como eu me sinto enquanto profissional, mas o que está em jogo é a minha actividade profissional (...)</b> <b>a fronteira entre o eu pessoa e o eu profissional é que às vezes é um bocado ténue (...)</b>. <b>Há enfermeiros que são muito mais normativos do que outros, não quer dizer que sejam piores enfermeiros</b> ou que não consigam estabelecer uma proximidade ou transmitir segurança como os outros que se calhar é exactamente ao contrário (...)” E6</p>	<p>As características, pessoais e profissionais, do enfermeiro têm impacto na <b>Relação como intervenção</b>.</p>
4.3.3.	<p>“(...) e <b>[Durante a relação é importante] ver o que é meu [do enfermeiro] e o que é do outro [do miúdo]...</b>” E4</p>	<p>Relação: Tem implícito um <b>Processo de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal/ profissional</b> – o que tem impacto na <b>Relação como intervenção</b>.</p>

Apêndice 4 Quadro da análise de conteúdo do grupo focal (apenas em CD-ROM)

1. Dimensão I – Pessoa			
Categoria	Unidades de Registo	n	UE
1.1. Criança/ Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) grande <b>imprevisibilidade</b> que existe no comportamento das crianças (...)” E6, p.9</li> <li>• “(...) alguns miúdos nem sequer estão a esse <b>nível de desenvolvimento</b> [de mentalização sobre a sua condição de saúde] (...)” E3, p.31</li> <li>• “(...) A <b>singularidade</b> que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive, portanto, esta <b>compreensão</b> (...) mais <b>fenomenológica</b> daquele caso em particular...” E6, p.37</li> <li>• “(...) todos os miúdos têm família, (...) andam na escola (...) dormem e não dormem (...) têm um conjunto de <b>dificuldades e de potencialidades</b> e têm um <b>contexto social e familiar</b> que consideramos que é a base para conseguirem desenvolver-se (...)” E6, p.37</li> <li>• “(...) há particularidade diferentes nele [miúdo] (...)” E3, p.38</li> </ul>	2	5
1.2. Família/ Figura Tutelar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) nos sítios onde eu trabalhei, não era dada tanta <b>importância à família</b> como fazendo parte dos cuidados (...) integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui... isso não era real (...)” E2, p.1</li> <li>• “(...) [o projecto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as <b>necessidades (...) [da] família</b>, e tenta integrar, de uma forma mais dinâmica, todo este processo (...)” E2, p.2</li> <li>• “(...) [Na admissão, muitas vezes, os pais] (...) estão no limite, estão na <b>exaustão</b> (...) porque (...) se sentem <b>falhados</b>, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo (...) estas alterações que os miúdos apresentam, que (...) se calhar, não tiveram a atitude mais correcta (...) quando <b>digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos</b> (...) porque também não sabem como (...) intervir face aos comportamentos das crianças. (...) nós percebemos esta necessidade que eles têm (...) de (...) ter ali um espaço, (...) alguém que os ouça sem ser julgado (...)” E4, p.12</li> </ul>	2	3

2. Dimensão II – Saúde			
Categoria	Unidades de Registo	n	UE
2.1. Saúde/ Doença Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>Alterações a nível emocional</b> provocam grandes <b>oscilações do comportamento</b> (...)” E6, p.9</li> <li>• “(...) o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com <b>alterações</b>, com <b>perturbações do comportamento</b>, faz uma série de <b>comportamentos de risco</b> ou... não ouve, não escuta ninguém, <b>ninguém consegue impor limites na relação</b> (...)” E6, p.13</li> <li>• “(...) eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação (...) que é «eu, <b>quem manda em mim sou eu</b>, eu tenho o poder (...) eu quero! (...). Porque o eu ter é o eu ser (...)” E6, p.14</li> <li>• “(...) O factor da <b>heterogeneidade da patologia, da faixa etária</b> (...)” E8, p.20</li> <li>• “(...) os miúdos ou estão <b>isolados</b>, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão <b>sempre a arranjar conflitos</b> (...)” E6, p.22</li> <li>• “(...) só sou internado (...) porque este <b>acompanhamento periódico não consegue dar resposta</b>... falhou (...)” E6 (E3 parece concordar), p.28</li> </ul>	3	6
2.2. Estigma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) as <b>expectativas</b> [da criança e da família] muitas vezes estão <b>inflamadas</b> e (...) <b>desvinculadas</b> àquilo que nós podemos aqui fazer (...)” E8, p.16</li> <li>• “(...) [os] pais (...) e as crianças também chegam muito assustadas, porque trazem uma série de <b>pré-conceitos em relação ao que é o internamento de pedopsiquiatria</b> (...)” E4, p.11</li> </ul>	2	2

3. Dimensão III – Ambiente			
Categoria	Unidades de Registo	n	UE
3.1. Ambiente de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) aqui o espaço (...) tem um funcionamento de <b>uma casa</b> (...), está <b>acessível</b> (...) quer aos profissionais, quer às crianças (...) lá [no local de trabalho anterior] eram uns quartos individualizados (...) muito mais impessoal (...)” E7, p.7</li> <li>• “(...) o internamento [UIPIA] (...) é uma coisa mais <b>aguda</b>, (...) que requer a <b>vigilância vinte e quatro horas por dia</b> (...)” E7, p.8</li> <li>• “(...) o facto de estar <b>fechado</b> [a UIPIA] (...) associam [crianças/adolescentes] (...) que se trata de uma prisão, o facto de ter este controle das chaves, mas, acaba por ser uma <b>medida protectora</b> (...)” E7, p.8</li> <li>• “(...) não sei se, aqui [UIPIA], será o melhor sítio onde eles [crianças/adolescentes] podem estar, porque trazem um historial de consumos e outras <b>coisas que aqui dentro não podem fazer</b>, (...) como os hábitos tabágicos (...)” E7, p.12</li> <li>• “(...) [A UIPIA diferencia-se de outros serviços pediátricos por] <b>não haver uma rotina</b> muito estruturada (...)” E8, p.16</li> <li>• “(...) temos um misto entre garantir a salvaguarda de um cumprimento de um <b>conjunto de rotinas</b> que estão estruturadas, o horário das refeições, (...) a terapêutica, (...) dormir as x horas (...) [e o estabelecimento de uma relação].” E8, p.17</li> <li>• “(...) estamos a falar de internamento (...) de um <b>período de tempo que é relativamente curto</b>, comparativamente com (...) um acolhimento em ambulatório (...) no internamento ele só está cá 3 semanas, 4 semanas... e <b>não está só comigo</b>... Está com 15 enfermeiros e com mais 2 ou 3 médicos, (...) com 1 monitor (...)” E6, p.21</li> </ul>	3	7

4. Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem				
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	n	UE
4.1. Processo de Enfermagem	4.1.1. Apreciação Inicial (Admissão)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) [Na admissão, o mais relevante] é perceber o <b>motivo do internamento</b> (...) e fazer o <b>exame do estado de saúde mental</b> (...) em termos do humor, (...) do pensamento, da alteração do pensamento, da percepção (...) avaliar o discurso... perceber se ela aceita, ou não, o internamento (...)” E4, p.11</li> <li>• “(...) E, depois (...) <b>conhecer a família</b>. Perceber (...) [a] <b>perspectiva dela [criança]</b> sobre o que é que [a] traz ali e (...) [a] <b>perspectiva dos pais</b>, (...) em relação aos <b>motivos do internamento</b> e (...) ao <b>estado de saúde mental</b> da criança (...)” E4, p.11</li> <li>• “(...) [Na admissão é relevante registar] o que é que <b>[a criança e os pais] esperam do internamento</b> (...)” E2, p.11</li> <li>• “(...) ao <b>apresentar o espaço</b> (...) a equipa, (...) <b>os outros jovens internados</b>, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de pré-conceitos sobre a UIPIA] (...) se diluem (...) e <b>falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento</b> (...)” E4, p.11</li> <li>• “(...) há esta necessidade enorme de quando nós recebemos os pais na admissão de eles «vomitem» uma série de coisas, eles <b>precisam de um espaço para serem ouvidos</b> (...)” E4, p.12</li> <li>• “(...) [Durante a admissão, perante a necessidade dos pais serem ouvidos, os enfermeiros consideram importante] <b>Clarificar um pouco o que é que vai acontecer aqui</b> (...) <b>um pouco a filosofia dos cuidados que nós idealizamos</b> (...)“ E4, p.12</li> <li>• “(...) saber <b>como é que a pessoa [criança/adolescente] se sente, como é que está... e (...) ajustar o que ela já lá tinha fora</b> (...) como a medicação (...)” E7, p.12</li> <li>• “(...) na admissão sinto menos vontade de colher dados (...) transforma-se num <b>acto quase burocrático</b> (...) e ainda que, muitas vezes, eu já não preencha um terço daquilo (...) que esta lá na folha (...), o que</li> </ul>	5	11

		<p>eu sinto é que (...) é um <b>momento fundador para estabelecer relação com aquele adolescente e (...) família</b>... eu às vezes sinto-me invadida (...) pelos dados que tenho de colher, pela obrigação de colher dados (...) porque tenho de passar a informação, porque me vou esquecer (...). Na admissão, eu <b>gostava de me sentir bastante mais disponível (...) para a relação, para este momento (...)</b> fundamental e fundador da relação terapêutica e acho que influencia imenso a aliança terapêutica que eu vou conseguir estabelecer com aquele jovem e (...) família. A forma como eu estou disponível para os ouvir, (...) ainda nem é para dar sentido nenhum àquilo, é só para receber (...) de uma forma disponível, não é pensar «ah, isto tem que durar não sei quanto tempo» e (...) depois vou ter que fazer uma folha imensa porque institucionalmente é aquilo que eu tenho de fazer (...)” E3, p.14</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) no acolhimento (...) sinto necessidade de estabelecer relação com aquela criança e com aquela família (...) é possível, inclusive, eu obter dados objectivos, (...) como <b>dados concretos do quotidiano da vida daquela criança, daquela família (...)</b>, o instrumento [de colheita de dados] em si permite isso. <b>Uma conversa normal, que é inerente a um momento inicial...</b> no estabelecimento de qualquer relação terapêutica, é possível colher tudo (...) para mim é importante também <b>conhecer um pouco a história, o desenvolvimento, a história do acompanhamento desta criança, (...) [da] própria família e (...) as (...) expectativas que aquela (...) criança tem (...) [e] a família a propósito do internamento (...)</b>” E8, p.16</li> <li>• “(...) é importante também <b>centrá-las naquilo que são as expectativas reais relativamente ao internamento (...)</b> [e] <b>perceber (...)</b> como é que as crianças viveram os internamentos anteriores (...) em que <b>contexto é que teve alta...</b> se passou a beneficiar de acompanhamento em ambulatório (...)” E8, p.16</li> <li>• “(...) <b>A relação começa logo por o contacto inicial (...)</b>” E7, p.41</li> </ul>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p><b>4.1.2. Diagnóstico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) a dificuldade em percebermos os diagnósticos (...) eu acho que nem tanto, porque é possível (...) eu acho que <b>tem que haver um trabalho (...) [de] investigação (...) [de] ver o que é que os livros dizem, a que é que aquilo se assemelha (...)</b>” E3, p.10</li> <li>• “(...) <b>[Noutros serviços] eu acho que é muito mais claro (...) a definição de um diagnóstico (...)</b>” E3, p.10</li> <li>• “(...) [Noutros serviços] o resto [dados sobre a criança/adolescente] é quantificado... pelas análises...” E1, p.10</li> <li>• “(...) <b>[Noutros serviços] Há dados [mais] objectivos (...) [quanto à identificação de diagnósticos]</b>” E3, p.11</li> <li>• “(...) <b>nós valorizamos, quantificamos, classificamos demais o comportamento...</b> está adequado, não está adequado... está manipulador, não está manipulador (...)” E6, p.17</li> </ul>	3	5
	<p><b>4.1.3. Planeamento das Intervenções</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) a forma como nós aqui intervimos com os jovens, planeando as actividades ou (...) programando (...) o <b>projecto</b> deles, de uma forma <b>individual</b>, tendo em conta, também, os objectivos deles (...) é <b>muito mais centrado no cliente</b> (...) é um serviço que tem uns cuidados mais personalizados, ou tenta ter (...)” E2, p.1</li> <li>• “(...) para alguns miúdos, <b>definimos (...) um projecto terapêutico...</b> portanto, é esperado que faça isto, que chegue ali (...) às vezes <b>temos dúvidas sobre o que é que é esperado (...)</b>” E6, p.9</li> <li>• “(...) este grau de <b>dificuldade [de dizer o que fazemos]</b> também se prende com esta dimensão dos resultados, <b>do que é que se espera (...)</b> porque isso varia muito de miúdo para miúdo...” E3, p.10</li> <li>• “(...) [Durante a admissão, <b>o exame do estado de saúde mental]</b> também nos ajuda a definir o que é <b>que vamos fazer a seguir</b>. Se tiver uma criança que recusa o internamento, eu vou ter que ter uma determinada intervenção (...).” E4, p.11</li> </ul>	5	14

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) mas <b>os miúdos vêm para cá para fazer o quê? (...)</b>” E6, p.21</li> <li>• “(...) [Durante o internamento, o miúdo] <b>Está para quê? Para fazer o quê? (...)</b>“ E6, p.21</li> <li>• “(...) <b>não é claro (...)</b> qual é que é <b>o objectivo da nossa intervenção</b> neste contexto de internamento... Porque estabilizar quadros psicopatológicos pode querer dizer muita coisa (...)” E8, p.24</li> <li>• “(...) A gente [a equipa de enfermagem] <b>sabe o que é que tem que fazer [não sabe é como fazer] (...)</b>” E6 (E2 e E8 parecem não concordar), p.24</li> <li>• “(...) o meu <b>objectivo (...)</b> durante o internamento, é <b>despertar aquela criança para a problemática dele (...)</b> e despertá-lo para a importância do trabalho que começou aqui, ter que ser continuado (...) que possa <b>continuar a desenvolver uma relação desta natureza lá fora (...)</b>” E8, p.25</li> <li>• “(...) Eu [enfermeiro] tenho que conseguir que este miúdo <b>consiga estar ao pé dos outros</b>, consiga <b>desenvolver actividades com os outros</b>, que consiga <b>tranquilizar-se à noite</b>, que consiga <b>identificar em si estados emocionais</b> que alteram o seu comportamento e a sua relação com os outros (...)” E6, p.28</li> <li>• “(...) os objectivos em concreto (...) neste contexto (...) de internamento de agudos (...) passam muito por (...) <b>suscitar na criança um entendimento mais aprofundado da doença e das suas limitações inerentes (...)</b>, o seu potencial de desenvolvimento, o que é que ele pode fazer mesmo, tendo em conta as suas limitações” E8, p.29</li> <li>• “(...) <b>Como é que eu ajudo a criança a conhecer melhor as suas dificuldades, a tomar consciência delas e a desenvolver as suas potencialidades?</b>” E6, p.30</li> <li>• “(...) <b>Consegue-se discutir e planear melhor a intervenção terapêutica quando o fazemos com os outros profissionais (...)</b>” E6, p.30</li> <li>• “(...) <b>Para aquele miúdo é espectável que se atinjam determinados resultados (...)</b> para prevermos um determinado caminho (...)” E3, p.37</li> </ul>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p style="text-align: center;"><b>4.1.4. Implementação das Intervenções</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) noutros serviços de saúde mental, onde eu trabalhei (...) não eram desenvolvidos este tipo de <b>actividades [terapêuticas mais centradas no cliente]</b> (...) quando eu vim para cá isso trouxe-me outra visão do que era a psiquiatria e outra forma de trabalhar também (...)” E2, p.2</li> <li>• “(...) as actividades [terapêuticas] que realizamos <b>podiam ter mais em conta as necessidades de cada um (...) [e] as necessidades do grupo, não serem actividades tão ocupacionais (...)</b>” E2, p.2</li> <li>• “(...) os cuidadores familiares não estão. Portanto, nós [enfermeiros] estamos a desempenhar esse <b>papel (...) de contenção, de presença, de limite, de afecto...</b>” E6, p.7</li> <li>• “(...) <b>percebermos o que fazemos [implica um trabalho de procura/investigação]</b> (...) de irmos aos livros (...) muitas vezes também temos muita dificuldade em dizer o que fazemos (...)” E3, p.10</li> <li>• “(...) nós acabamos por fazer aqui um pouco (...) aquilo que os pais e a família mais alargada e até instituições (...) não conseguem fazer, nomeadamente [quanto aos] (...) <b>hábitos (...) de consumo (...) de substâncias... ou do comportamento em si mesmo (...)</b>” E6, p.13</li> <li>• “ (...) A diferença maior [quando em confronto com outros serviços] (...) prende-se muito com esta questão da <b>nossa intervenção de enfermagem não estar muito construída (...)</b>” E8, p.17</li> <li>• “(...) <b>continuamos a fazer coisas (...) que não fazem sentido nenhum... que é só para encher o dia da criança, sem qualquer finalidade, sem qualquer consequência positiva para aquilo que traz a criança aqui (...)</b>” E8, p.19</li> <li>• “(...) acho que <b>a diversidade, aqui, tem um lugar fundamental na nossa intervenção (...)</b> sinto essa oscilação e a dificuldade que é, às vezes, chegar e pegar em coisas que não têm nada a ver comigo na relação com aqueles miúdos... acho que é preciso fazer caminho por aí (...) <b>tentar construir intervenção que seja... não é mais uniforme... mas que seja mais transversal a todos</b>, talvez, que seja <b>mais integrativa de todos nós (...)</b>” E3, p.20</li> <li>• “(...) nós estamos a receber, cada vez mais miúdos com os quais <b>não estamos familiarizados em</b></li> </ul>	5	28
--	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

		<p><b>relação ao que nós vamos fazer aqui (...)</b> E8, p.20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Mas isso [<b>actividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica</b>] <b>é importantíssimo!</b>” E4, p.21</li> <li>• “(...) O que eu acho que acontece é que depois entramos (...) passa a ser actividades só à volta da pulseira, do varrer o jardim (...) e há outras coisas que se pode trabalhar, <b>isso [actividades ocupacionais/banais] realmente é um ganho, é um pequeno ganho</b>, mas isso depois <b>permiti-nos, se calhar, um patamar para trabalhar outras coisas. Eu acho que é quando chegamos a esse patamar (...) que, muitas vezes, não avançamos (...)</b>” E2 (E6 parece concordar), p.22</li> <li>• “(...) eu posso (...) <b>sentar-me com os miúdos e podermos conversar com eles e isso ser terapêutico (...). Para ter uma intervenção terapêutica (...) não preciso de ter uma coisa estruturada</b> e ter um início, um desenvolvimento e uma conclusão (...)” E4, p.22</li> <li>• “(...) <b>tens um objectivo definido</b> quando fazes essa reunião [com os miúdos], não tens? <b>Pretendes trabalhar alguns aspectos que vão ali emergindo...</b>” E2, p.22</li> <li>• “(...) tenho um <b>objectivo</b> definido [durante a reunião com os miúdos] (...) mas se calhar <b>isso não é tão claro quando eu inicio, se calhar fica mais claro no decorrer daquele diálogo</b> que estou a ter com os miúdos...” E4, p.22</li> <li>• “(...) [A reunião com os miúdos] <b>tem um objectivo</b> (...) não fazes só porque...” E2, p.23</li> <li>• “(...) [A reunião com os miúdos] <b>Terá sempre um propósito (...). Às vezes não é tão organizado</b> como a E4 está a dizer. <b>É mais espontâneo</b>” E3, p.23</li> <li>• “(...) <b>O objectivo [da intervenção] pode não ser claro mas está lá.</b>” E2, p.23</li> <li>• “(...) <b>é difícil (...)</b> conseguir criar este contexto, com estes <b>objectivos [sessões semanais, com início, desenvolvimento e um momento de conclusão]</b> no internamento, (...) [nomeadamente devido à] <b>entrada e (...) saída de miúdos (...)</b>” E4, p.23</li> </ul>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) faz-me sentido que isto <b>[estruturar os dias e semanas segundo oficinas terapêuticas]</b> possa acontecer... Agora eu não sei como trazer isso (...) para aqui” E4, p.24</li> <li>• “(...) <b>[Apesar de o enfermeiro saber o que fazer,] não sabe é como [fazer]...</b>” E6 (E2 e E8 parecem não concordar), p.24</li> <li>• “(...) um <b>caminho possível [para fazermos aquilo que queremos fazer] pode ser no sentido de estruturarmos mais o nosso dia-a-dia aqui</b> (...) e isso não torna a coisa mais rígida, (...) mais «rotinada», (...) menos flexível, de todo (...)” E8 (E2 concorda), p.24</li> <li>• “(...) <b>[Para despertar a criança para a sua problemática devemos] confrontá-lo com isso [com a sua problemática]</b> (...)” E8, p.25</li> <li>• “(...) às vezes <b>[a intervenção de enfermagem] não passa tanto por os miúdos mentalizarem (...) passa muito pela vivência de experiências</b> (...)” E3, p.31</li> <li>• “(...) <b>o contexto do grupo é um contexto que favorece isso [vivência de experiências reparadoras] (...) mais até (...) do que as intervenções individuais.</b> Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos (...)” E8, p.32</li> <li>• “(...) <b>as intervenções individuais (...) ajudam-me muito a conhecer o miúdo,</b> também no grupo, certo, mas a compreendê-lo, às vezes a perceber como é que ele vê o mundo (...)” E3, p.32</li> <li>• “Temos experiências de miúdos <b>que acederam à sua própria problemática (...) nos contextos de grupo e através da utilização de alguns mediadores</b> (...) isso são estratégias concretas e que têm dado resultados, há evidência sobre isso (...)” E8, p.32</li> <li>• “(...) estarmos com o miúdo e podermos <b>conversar sobre aquilo que ele é e aquilo que vive e aquilo que sente, não invalida o facto de podermos viver coisas também noutras modalidades não tão verbais e não tão</b> formais às vezes (...)” E3, p.32</li> <li>• “(...) no contexto do quarto dos colchões há muito pouco de formalidade (...) (E6 e E8 parecem</li> </ul>		
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>discordar) (...) há mais criatividade (...) <b>eu vejo o quarto dos colchões como um momento de (...) aceder a outro espaço (...) que é este espaço transicional (...)</b> E3, p.32</p>		
	<p><b>4.1.5. Avaliação (Alta Clínica)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) o que é que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha (...) está francamente melhor...». Mas <b>está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? (...) para quê?</b> Para ir para casa? (...) porque já consegue comer (...) porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavras (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas (...) sobre isto (...)” E6, p.9</li> <li>• “(...) [noutros serviços torna-se mais clara a definição dos] resultados...” E3, p.10</li> <li>• “(...) [noutros serviços] é tudo mais objectivável... [quanto à definição de resultados de enfermagem]” E3, p.10</li> <li>• “(...) <b>Dói ou não dói? Tens já a escala da dor (...) é mais fácil de se entender a parte fisiológica</b>” E1 (E3 parece concordar parcialmente), p.11</li> <li>• “(...) temos feito esse <b>esforço de nos articularmos de uma forma mais capaz com os recursos da comunidade...</b> e até que ponto isso tem sido eficaz ou não? (...)” E8, p.16</li> <li>• “(...) vêm para aqui [UIPIA], o <b>comportamento deles é modelado de alguma forma, os sintomas mais agudos de alguma forma são estabilizados</b> e têm alta (...)” E8, p.20</li> <li>• “(...) <b>é suposto que haja mais suporte para além do internamento (...)</b>” E3 (E6 parece concordar parcialmente), p.21</li> <li>• “[Durante o internamento] <b>O que é nós vamos avaliar? Que resultados (...)</b>” E6, p.21</li> <li>• “(...) acho que às vezes há <b>determinados aspectos que (...) sabem-nos a pouco.</b> Por exemplo, <b>que um miúdo esteja integrado com (...)</b> outros jovens da mesma idade e <b>consiga fazer uma actividade ocupacional</b> daquelas banais (...) que aquele miúdo <b>consiga estar ao pé dos outros, comunicando,</b></li> </ul>	<p>4</p>	<p>12</p>

		<p><b>interagindo (...)</b> E6, p.21</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) acho que são estes <b>pequenos objectivos</b> [de favorecer a integração dos miúdos no grupo de pares, através do recurso a actividades ocupacionais/banais, que] (...) eu acho que isto <b>não é muito valorizado por nós...</b>” E6, p.22</li> <li>• “(...) [O que se vive no «quarto dos colchões», numa relação individual, é] <b>muito reparador (...)</b>” E6, p.32</li> <li>• “(...) [O que se vive no «quarto dos colchões», numa relação individual] é <b>muito revelador (...)</b>” E3, p.32</li> </ul>		
<p><b>4.2. Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Cá [na UIPIA], essencialmente, o que eu notei mais, em termos de intervenções, é que está tudo mais a <b>nível da parte relacional (...)</b>” E1, p.1</li> <li>• “(...) e aqui [na UIPIA] (...), essencialmente, é relação... é um <b>trabalho em relação (...)</b>” E1, p.1</li> <li>• “Pensar em intervenções neste serviço (...) o que se destaca assim de uma forma muito evidente é a relação terapêutica (...) que para nós é uma <b>ferramenta basilar, central em toda a nossa intervenção (...)</b>” E3, p.2</li> <li>• “(...) [A relação terapêutica] acho que aqui é <b>[central]</b>, que tem de ser, que pode ser, aqui é de uma forma muito mais <b>evidente (...)</b>” E3, p.2</li> <li>• “(...) a <b>técnica que mais utilizamos</b> eu acho que é a relação de ajuda [relação terapêutica] (...)” E3, p.2</li> <li>• “(...) possibilidade de nós <b>prestarmos cuidados em relação (...)</b>” E3, p.3</li> <li>• “(...) noutros serviços (...) arranjam-se outros refúgios, outros subterfúgios e... as técnicas (...) talvez, mais práticas (...) são utilizadas para distanciar (...) quase até para fugir à relação. <b>Aqui o sentido é outro</b>, nós <b>temos mesmo que estar em relação</b> e acho que isso marca definitivamente a forma como nós prestamos cuidados nesta unidade.” E3, p.3</li> <li>• “(...) e a possibilidade (...) de estabelecermos uma <b>relação...</b> mais nos contornos da <b>psicoterapia</b> ou de</li> </ul>	<p>5</p>	<p>12</p>

		<p>uma <b>intervenção terapêutica propriamente dita (...)</b> E8, p.16</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) é uma intervenção (...) que <b>assenta nos instrumentos relacionais (...)</b>” E8, p.17</li> <li>• “(...) estabelecendo aquela relação com aquela pessoa, ele [criança/adolescente] <b>vai trabalhando e vai falando de coisas (...) para tu poderes trabalhar outros aspectos... mesmo com a família dele, mesmo com a comunidade (...)</b>” E2, p.26</li> <li>• “(...) <b>[Conhecer a singularidade e individualidade do miúdo]</b> é o que me permite estabelecer relação com o miúdo (...)” E3, p.38</li> <li>• “(...) [Durante a relação com a criança/adolescente] é <b>esperado que um terapeuta saiba utilizar essa informação (constante no registo de enfermagem) (...)</b>” E6, p.39</li> </ul>		
<p><b>4.3. Fenómenos da Relação Terapêutica</b></p>	<p><b>4.3.1. Enfermeiro como Instrumento Terapêutico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) [Na UIPIA, a relação terapêutica é] muito mais trabalhada e com o <b>envolvimento (...) diferente por parte dos enfermeiros (...)</b>” E3, p.2</li> <li>• “(...) [A relação terapêutica desenvolvida na UIPIA cria] a necessidade (...) de um <b>trabalho de... de descoberta... de relação, (...)</b> eu acho que este trabalho que desenvolvemos aqui, em profunda relação com as crianças, com os adolescentes, com as famílias (...) eu acho que marca a diferença entre o trabalhar aqui [na UIPIA] e o trabalhar noutro sítio.” E3, p.2</li> <li>• “E isso [relação terapêutica] é muito <b>desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervenção (...), [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente,</b> não num contexto do serviço, (...) mas que naturalmente (...) <b>[tem] impacto na forma como nós prestamos cuidados (...)</b>” E3, p.3</li> <li>• “(...) [prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica <b>munir as minhas fragilidades mas também nas minhas capacidades</b> e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e <b>implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento (...)</b>” E3, p.3</li> </ul>	<p>7</p>	<p>17</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “[Ao prestar cuidados em relação] Vais-te <b>mobilizar a ti como instrumento terapêutico</b>, não é?” E4, p.3</li> <li>• “(...) depende muito da actuação de cada um de nós, (...) eu <b>faço coisas diferentes da E2, a E2 faz coisas diferentes dela</b> (...)” E5, p.8</li> <li>• “(...) [Durante a relação com as crianças existe uma grande] <b>diversidade [no comportamento dos enfermeiros]</b> (...)” E3, p.9</li> <li>• “[A intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional] (...) <b>flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios também flutua muito de dia para dia</b> (...)” E8, p.17</li> <li>• “(...) <b>se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos</b> (...)” E6, p.17</li> <li>• “(...) <b>continua a haver uma flutuação muito grande [na intervenção de enfermagem]</b> (...) de turno para turno, e <b>na presença desta ou daquela pessoa</b> (...)” E8, p.19</li> <li>• “(...) <b>eu tenho uma forma de actuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes...</b>” E2, p.26</li> <li>• “<b>O teu objectivo [do enfermeiro] pode ser o mesmo, mas a forma como tu o fazes é diferente</b> (...)” E2, p.27</li> <li>• “(...) <b>a diversidade nunca vai sair da nossa intervenção... por muito que se tente objectivar</b> (...)” E3, p.27</li> <li>• “(...) <b>há enfermeiros que são mais normativos que outros há enfermeiros que chegam, abraçam, dão beijinhos</b> (...) <b>há enfermeiros que as regras vão sendo mais flexíveis, há outros que não, que são muito estruturados</b> (...)” E6, p.41</li> <li>• “(...) [Para minimizar o sentimento de rejeição que vive na relação com a criança/adolescente, a</li> </ul>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>enfermeira sugere como mudança] haver aqui uma maior <b>homogeneidade na linguagem (...)</b> E7, p.41</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) a compreensão que todos nós fomos desenvolvendo (...) [durante <b>os processos formativos (...)</b> também nos <b>ajuda (...) a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (...)</b>” E3, p.42</li> <li>• “(...) como eu me sinto enquanto pessoa claro que vai influenciar directamente como eu me sinto enquanto profissional, mas o que está em jogo é a minha actividade profissional (...) <b>a fronteira entre o eu pessoa e o eu profissional é que às vezes é um bocado ténue (...). Há enfermeiros que são muito mais normativos do que outros, não quer dizer que sejam piores enfermeiros</b> ou que não consigam estabelecer uma proximidade ou transmitir segurança como os outros que se calhar é exactamente ao contrário (...)” E6, p.42</li> </ul>		
	<p><b>4.3.2. Limites da Relação Terapêutica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>prestar cuidados em relação é (...)</b> estar efectivamente em relação com a criança e com o <b>adolescente (...)</b>” E3, p.3</li> <li>• “(...) [prestar cuidados em relação implica] <b>disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo (...)</b>” E3, p.3</li> <li>• “[Prestar cuidados em relação] <b>É estar permanentemente «ligados» (...)</b> é estarmos sempre em relação...” E5, p.3</li> <li>• “(...) é possível estar sempre em relação, <b>difícil é estar sempre nesta dimensão terapêutica...</b>” E3, p.3</li> <li>• “(...) acabas sempre por <b>«estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno (...).</b> Mesmo na tua hora de almoço...” E5, p.3</li> <li>• “[Prestar cuidados em relação é estar] <b>Sempre disponível...</b> Tem que se estar sempre...” E1, p.4</li> <li>• “<b>Eu não acho que se tenha que estar sempre disponível [para a relação] (...)</b>” E3, p.4</li> <li>• “(...) <b>[Estarmos sempre preocupados com os miúdos] acaba por nos manter sempre «ligados» a</b></li> </ul>	6	30

		<p><b>eles</b> durante o turno todo” E5 (E3 parece concordar), p.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Quando estamos a trabalhar estamos sempre disponíveis (...)? (...) <b>podemos não estar, mas quando nos é solicitado... podemos sentir que não nos apetecia (...)</b> eu não queria mas eu estou cá (...)” E6 (E3 parece reforçar o referido), p.4</li> <li>• “(...) nos <b>miúdos com alterações do comportamento...</b> Quando estamos (...) com eles no quarto de isolamento... e em relação... <b>chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (...)</b>” E4 (E3 parece concordar), p.4</li> <li>• “<b>Há como que uma gradação da profundidade da relação. (...) Há (...) miúdos (...) e (...) famílias (...) que (...) respeitam o nosso espaço, o espaço delas, não invadem a nossa privacidade (...) e há outros que estão sistematicamente a tentar impor limites, a tentar sempre invadir (...). Isso leva a um desgaste, a um cansaço maior... Porque está sempre a (...) testar-te os limites...</b>” E6 (E3 e E4 parecem concordar), p.4</li> <li>• “E muitas das vezes também saímos [do quarto de isolamento] não só por desgaste, mas por <b>desgaste daquilo que a gente já tentou com aquele miúdo e já não consegue mais (...)</b>” E5, p.5</li> <li>• “(...) quando digo <b>não estar disponível é esta dimensão de (...) construir limites e de (...) sabermos respeitar-nos... esta dimensão terapêutica não pode ser um exercício violento, contra nós próprios (...)</b> na relação terapêutica <b>tem que estar claro o nosso limite e o limite do miúdo (...)</b>” E3 (E4 parece concordar), p.5</li> <li>• “(...) <b>[ao sair um pouco «de cena»] se calhar não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação (...)</b>” E3, p.5</li> <li>• “Eu acho que sim [que <b>sair um pouco «de cena» continua a ser terapêutico</b>] (...) sem dúvida nenhuma!” E3, p.5</li> <li>• “[<b>Sair um pouco «de cena» é] Mais do que terapêutico! A entrada de outra pessoa [enfermeiro] é a</b></li> </ul>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p><b>possibilidade de fazer diferente.” E5, p.6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>“A tua saída [«de cena»] é terapêutica! Para ti e para ele [criança/adolescente], claro...” E1, p.6</b></li> <li>• <b>“(…) nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco (...), «agora não vou estar contigo, mas não te abandono (...)» e eu acho que [a saída «de cena»] (...) tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós (...)” E3, p.6</b></li> <li>• <b>“(…) aqui a exposição... é permanente...” E3, p.6</b></li> <li>• <b>“Sim... aqui a exposição... é... permanente.” E1, p.7</b></li> <li>• <b>“(…) Nós aqui estamos muito em relação, mas isso também (...) nos expõe muito (...) para já são crianças (...) e adolescentes, e isso introduz uma dimensão diferente de relação (...) uma criança não é autónoma como o adulto, um adolescente tem mais autonomia (...) [e isso cria] esta necessidade de estarmos mais próximos na relação (...)” E3, p.7</b></li> <li>• <b>“(…) Eles [crianças/adolescentes] quando olham para nós e quando nós [enfermeiros] estamos ali, disponíveis (...)” E6, p.7</b></li> <li>• <b>“(…) [na admissão de crianças/adolescentes com historial de consumos torna-se] extremamente complicado (...) estares a definir uma regra que eles aqui não podem fazer (...)” E7, p.12</b></li> <li>• <b>“(…) e é esperado que (...) nós possamos conseguir impor esses limites (...). E isto é muito organizador... a questão é como é (...) Como é que vamos pôr estes limites na relação? Como é que o vamos ajudar? (...) a gente chega aqui... a partir de agora vamos castrar tudo (...)” E6, p.13</b></li> <li>• <b>“Eu sinto isso [a colocação de limites na relação] numa dimensão reguladora...” E3, p.13</b></li> <li>• <b>“Como é que se começa a fazer esse processo [colocação de limites na relação] de uma forma que não (...) vá gerar esta conflitualidade (...) e fazer isto sem ser impositivamente... de uma forma terapêutica...” E6, p.13</b></li> </ul>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>[Apesar de reconhecer a importância da colocação de limites na relação] eu consigo compreender que para o miúdo seja difícil não ter o <i>piercing</i> (...)</b>” E3, p.14</li> <li>• “(...) Tu ali [numa relação individual, no «quarto dos colchões»] <b>disponibilizas-te realmente (...)</b>” E6, p.32</li> <li>• “(...) <b>[No «quarto dos colchões» há] formalidade no sentido de haverem regras e limites bem definidos (...)</b> é um caos controlado” E6, p.32</li> <li>• “(...) <b>a imposição de limites é aprendida (...) de forma individual (...) a pessoa que esta na relação ou a trabalhar numa determinada equipa também tem que saber o papel que vai assumir (...)</b>” E7, p.41</li> </ul>		
	<p style="text-align: center;"><b>4.3.3. Transferência e Contra- Transferência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>[prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de disponibilidade para] aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (...)</b>” E3, p.3</li> <li>• “<b>Estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas</b>” E5, p.4</li> <li>• “Sim, <b>[estamos sempre a ser confrontados] com as nossas dificuldades, com as nossas capacidades, com o que somos capazes de trazer...</b>” E4, p.5</li> <li>• “(...) <b>sairmos um pouco de cena e de entrar outra pessoa (...) dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecemos, também, aquilo que estamos a sentir (...)</b>” E3 (E4 parece concordar), p.5</li> <li>• “(...) <b>o que é que eles [crianças/adolescentes] vêm em nós [enfermeiros] e o que é que eles acham que nós lhes podemos dar...? (...)</b>” E6, p.7</li> <li>• “(...) <b>aqui não há doentes distribuídos, (...) no final do turno é que vemos com quem é que estivemos mais próximo (...)</b>” E7, p.8</li> </ul>	7	18

		<ul style="list-style-type: none"><li>• “(...) <b>são quase os miúdos que nos escolhem, não é? E não nós os miúdos...</b>” E5, p.8</li><li>• “(...) ele próprio [miúdo] <b>tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferentes (...)</b>” E6, p.17</li><li>• “(...) para uma pessoa [o miúdo] está [manipulador] e para outra não está... então ele não está bem... Porque ainda agora estava, e agora deixou de estar (...). <b>Nós quase que queremos, às vezes, que os miúdos tenham o comportamento igual com toda a gente, sendo nós pessoas completamente diferentes</b> umas das outras ou então queremos que nós sejamos todos iguais uns aos outros que é uma coisa impossível (...)” E6, p.17</li><li>• “(...) eu acho que <b>eles próprios [crianças/adolescentes] escolhem [o enfermeiro de referência] (...)</b>” E2, p.26</li><li>• “(...) <b>para este jovem [a forma de intervir] (...)</b> da E3 <b>pode ser mais ajustável do que a tua, e para o outro, a tua pode ser mais ajustável do que a da E3</b>” E2, p.26</li><li>• “(...) <b>este rapaz com A, B, C ou D [enfermeiros] tem sempre uma relação especial (...)</b> o que (...) <b>não inviabiliza que A se dê melhor com o enfermeiro X e que B se dê melhor com o enfermeiro Y (...)</b>” E6, p.39</li><li>• “Isso [o facto do rapaz <b>estabelecer relações especiais com pessoas específicas</b>] <b>acontece lá fora! (...). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte!</b>” E3 (E6 e E8 parecem concordar), p.39</li><li>• “(...) cá (...) às vezes <b>tenho negação (...), sinto isso na pele (...)</b>. Porque dizem: «Ah, não ‘tá cá a Enfermeira X?» ou então dirigem-se para mim: “<b>Ah, eu não gosto daquela enfermeira (...)</b>.” E7, p.40</li><li>• “(...) <b>A questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam? (...)</b> Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam... [de determinadas características nos enfermeiros] (...) <b>é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que</b></li></ul>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p><b>é importante perceber (...) [é] porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho?”</b> E6, p.41</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>os miúdos lidam comigo e com a E3 ou contigo de forma diferente</b>, não é? E agora <b>o que é que há em nós (...)</b> Que nesses miúdos despoleta [esse sentimento de rejeição] (...)?” E5, p.41</li> <li>• “(...) <b>[O que é que há em nós que despoleta essas] projecções que eles [miúdos] vão fazendo...</b>” E4, p.42</li> <li>• “(...) <b>[Durante a relação é importante] ver o que é meu [enfermeiro] e o que é do outro [do miúdo]...</b>” E4, p.42</li> </ul>		
	<p><b>4.3.4. Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma <b>culpabilidade</b> muito grande (...)” E3, p.4</li> <li>• “(...) [Durante o turno] estamos sempre <b>preocupados</b> com [os miúdos] (...)” E5 (E3 parece concordar), p.4</li> <li>• “Sempre uma sensação de <b>ter que estar...</b>” E1 (E3 parece concordar), p.4</li> <li>• “(...) eu devia de ser capaz de dar uma resposta e <b>não estou a ser capaz...</b> Isso às vezes (...) é muito limitador e é muito <b>culpabilizante</b> também e desumaniza a relação terapêutica (...)” E3, p.6</li> <li>• “(...) mas esta relação, eu pessoalmente sinto... é uma relação que <b>cansa (...)</b> <b>fisicamente (...)</b>. E sem contar com os turnos, complicados, das alterações do comportamento (...) que esses... sai-se cansado mesmo...” E1, p.9</li> <li>• “(...) [a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também (...) uma <b>zanga...</b> [no enfermeiro] porque (...) nós temos sempre uma expectativa em relação ao comportamento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma</li> </ul>	5	8

		<p>determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde (...)” E6, p.9</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “O que tu vives no quarto de colchões com os miúdos, numa relação individual é muito <b>intenso</b> (...)” E6, p.32</li> <li>• “(...) [Na relação com os miúdos] sinto-me <b>rejeitada</b> (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (...)” E7, p.40</li> </ul>		
<p><b>4.4. Gestão de Cuidados</b></p>	<p><b>4.4.1. Enfermeiro de Referência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) aqui [<b>na UIPIA</b>] há muito a <b>pessoa de referência</b> (...)” E7, p.8</li> <li>• “(...) para nós podermos (...) dar esta <b>continuidade [à intervenção de enfermagem]</b> (...) é importante o enfermeiro de referência. E acho que (...) <b>pode fazer muito mais do que faz agora</b> (...)” E2, p.25</li> <li>• “(...) acho que é <b>importante haver a relação que se estabelece com uma pessoa</b> (...) durante aquele período que o miúdo está cá (...) e acho <b>que se complementam as duas coisas [enfermeiro e ambiente de referência]</b>” E2, p.25</li> <li>• “(...) acho que é <b>difícil objectivar isso</b> [método de trabalho por enfermeiro de referência] (...) <b>para a criança</b> (...) [e] <b>o adolescente</b> em si (...)” E8, p.25</li> <li>• “(...) <b>não podemos querer que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente</b> (...) <b>pode ser muito invasivo e muito intrusivo</b> (...) não posso (...) hoje sou eu porque estou cá, amanhã és tu (...)” E2, p.26</li> <li>• “(...) (...) [Durante a relação terapêutica enfermeiro-criança/adolescente] <b>tem que haver (...) um fio condutor</b>, se não as coisas vão ficando perdidas (...)” E2, p.26</li> <li>• “(...) <b>Levantam-se muitas questões na intervenção</b> com os miúdos como enfermeira de referência (...) a minha intervenção com enfermeira de referência <b>é cada vez mais uma intervenção de relação</b> (...)” E3, p.27</li> </ul>	<p>5</p>	<p>12</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) o terapeuta de referência, <b>num contexto de internamento de agudos, não será a melhor metodologia para funcionar (...)</b>” E6, P.28</li> <li>• “(...) temos que ser pragmáticos (...) <b>se eu estou à espera que o meu terapeuta de referência seja alguém que quando eu estou em crise esteja comigo sempre, eu [enfermeiro] estou 4 dias sem o ver, então como é que eu faço isso? (...)</b>” E6, p.29</li> <li>• “(...) <b>é um bocadinho perverso da nossa parte estarmos aqui a favorecer uma cultura de acompanhamento individual quando depois o miúdo vai-se embora e (...) não vamos ser nós a acompanhar</b>” E8, p.30</li> <li>• “(...) <b>há miúdos que precisam muito (...) [da] vivência da relação dual, [da vivência] das angústias ainda na relação dual e nesses miúdos faz-me sentido, não sei se terem alguém de referência (...) a quem se vinculem mais (...)</b>” E3, p.31</li> <li>• “(...) <b>às vezes o enfermeiro de referência remete para alguma formalidade na relação (...)</b>” E3, p.33</li> </ul>		
	<p><b>4.4.2. Milieu Terapêutico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>podemos construir intervenção, ao ponto dessas flutuações [na intervenção de enfermagem]... que são flutuações individuais subjectivas... não contaminarem tanto o dia-a-dia das crianças aqui (...)</b> podemos evoluir no sentido de não haver necessidade de um técnico de referência... <b>que o próprio ambiente seja um ambiente de referência...</b>” E8, p.18</li> <li>• “(...) a possibilidade de nós <b>estruturarmos a nossa intervenção de uma forma concreta pode reduzir muito (...)</b> este impacto, de sermos pessoas diferentes, de estabelecermos relações com os outros de forma diferente (...) porque isso é, simultaneamente, a <b>grande riqueza e a grande fragilidade da intervenção</b> que nós fazemos aqui...” E8, p.19</li> <li>• “<b>Quanto mais rotinas nós criarmos (...)</b> menos isso [a <b>variabilidade da intervenção de enfermeiro para enfermeiro</b>] é possível acontecer mas depois, também, há o risco de nos fixarmos às rotinas...” E6 (E3 parece concordar com E6; E8 parece não concordar), p.19</li> </ul>	4	18

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Mas porque é que tem que ser o enfermeiro de referência e não pode ser então aquilo que ele disse, o ambiente de referência?” E4, p.25</li> <li>• “(...) [Relativamente ao ambiente de referência] parece-me que <b>é mais positivo [para a criança/adolescente] ter a possibilidade de turno após turno, dia após dia, ter uma pessoa a quem possa trabalhar as questões dele naquele dia ou durante este percurso em que cá está (...)</b>” E8, p.25</li> <li>• “(...) <b>[A concretização dos objectivos definidos para a criança] (...) decorre da relação dele próprio, decorre da relação com a família, decorre da relação com os pares (...)</b>” E8, p.25</li> <li>• “(...) qualquer um de nós tem maturidade profissional suficiente (...) para termos um nível de relação e de intervenção, neste contexto, que alinhe em <b>continuidade com o que o outro deixa feito... independentemente de eu estabelecer uma relação (...) de forma diferente do que E3 (...)</b>” E8, p.26</li> <li>• “(...) Mas esta dimensão de um ambiente por si e de <b>um turno ser um momento e no próximo turno ser outro momento (...)</b> a mim faz-me cada vez mais sentido (...)” E3, p.27</li> <li>• “(...) faz-me também cada vez mais sentido esta ideia do ambiente por si ser um ambiente (...) terapêutico, ser um <b>ambiente capaz de experiências diferentes, reparadoras (...)</b>” E3, p.27</li> <li>• “(...) [o método de trabalho por enfermeiro de referência não parece ser a melhor opção num contexto de internamento de agudos] e isto (...) tem a ver (...) com o que é que motivou o internamento (...) e queremos o quê? Que eles durmam, e então, temos que (...) à noite... criar um ambiente mais tranquilo (...) mas isto tanto faz o Joaquim, o Manuel como a Maria (...). <b>Todos fazem de forma diferente! Agora é esperado que todos saibam fazer, (...)</b> que todos o consigam fazer (...)” E6, p.28</li> <li>• “(...) <b>Não somos [enfermeiros] insubstituíveis (...)</b> sem dúvida nenhuma” E3, p.28</li> <li>• “(...) eu preciso (...) tirar a pessoa de um contexto familiar onde ela está, e social, e colocá-la num <b>outro contexto (...)</b> que seja suficientemente contentor e protector e securizante (...). E (...) <b>todos nós</b></li> </ul>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p><b>temos que saber fazer isso (...) como equipa (...)</b> E6, p.28</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) é esperado <b>que o ambiente em si, que o meio, que as pessoas, consigam todas fazer isto</b> [conseguir que o miúdo desenvolva um maior <i>insight</i> que possibilite uma mudança no seu comportamento e na relação com os outros] (...)” E6, p.28</li> <li>• “(...) neste momento se justifica pensar em como criar este meio [ambiente de referência]. A questão é: <b>que actividades colocar neste meio, que modalidades terapêuticas</b> colocar neste meio, que mediadores podem ajudar a fazer isto? E dentro desses mediadores, que compreensão e que modalidades é que me ajudam a compreender melhor essa intervenção” E6, p.29</li> <li>• “(...) <b>independentemente de sermos [enfermeiros] diferentes (...) os objectivos eu acho que são os mesmos</b>” E8, p.29</li> <li>• “(...) [Os objectivos definidos para a criança/adolescente, podem ser concretizados] em contexto de relação individual e não precisa de ser feito sempre pela mesma pessoa (...) e pode ser feito, também, quando a criança se confronta com os pares aqui neste grupo (...) no contexto das actividades (...)” E8, p.30</li> <li>• “(...) <b>vai entrar como métodos de trabalho</b> (...) não é (...) trabalhar à tarefa (...). É fundamental (...) <b>haver alguém que possa ter uma relação particular com a instituição (...) com aquela família, ou com alguém da escola</b> (...) quem está de manhã [enfermeiro] está muito mais disponível para conseguir desenvolver estas articulações (...) mas eu acho que <b>isso se desenvolve através do meio, do meio terapêutico, da equipa terapêutica</b> (...) os espanhóis chamam... <b>o enfermeiro de ligação</b> é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (...) trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a recepção (...). <b>O facto de trabalharmos (...) como meio terapêutico em si, não inviabiliza que determinadas pessoas na equipa (...) possam estabelecer relações privilegiadas</b>” E6, p.31</li> <li>• “(...) [esta] dimensão do <b>ambiente terapêutico, de um ambiente contentor, de um ambiente de</b></li> </ul>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p><b>holding (...)</b> [permite] <b>poderem viver determinadas coisas que eram muito difíceis de viver lá fora (...)</b> numa perspectiva vivencial, menos numa perspectiva de mentalização e de pensamento (...). Passa (...) pela possibilidade de viverem (...) este conceito de uma <b>experiência reparadora...</b> eu acho que isto existe no internamento (...)" E3, p.32</p>		
<p><b>4.5. Desenvolvimento Profissional</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>o esforço grande de nós, enquanto equipa tem a ver com isto... com a possibilidade de nós evoluirmos enquanto construção da intervenção (...)</b>” E8, p.17</li> <li>• “(...) o que ele faz aqui durante 3... 4 semanas? Toma só comprimidos? (...)” E8, p.20</li> <li>• “(...) se há <b>contexto em que o nosso trabalho [de enfermagem] pode ser completamente independente e autónomo... é este [UIPIA]!</b> (...)” E8, p.20</li> <li>• “(...) <b>[Na UIPIA] não sei se [o trabalho de enfermagem é] completamente independente e autónomo, mas sim... há muito espaço (...)</b>” E3, p.20</li> <li>• “(...) <b>[Na UIPIA, o trabalho de enfermagem é] muito mais [independente e autónomo] comparativamente com outros contextos (...)</b>” E8 (E3 parece concordar), p.20</li> <li>• “(...) <b>[O enfermeiro pode ser mais independente e autónomo] nos diferentes momentos do internamento, no acolhimento, durante o internamento, quando se prepara a alta (...)</b>” E8, p.20</li> <li>• “(...) <b>Isto [actividades banais/ocupacionais] é importantíssimo mas é muito pouco valorizado por nós! (...)</b>” E6 (E3 parece concordar, E4 parece não concordar), p.22</li> <li>• “(...) <b>a nossa intervenção de enfermagem, em que é que ela assenta?</b> Em que é que ela assenta em concreto? Em que é que ela pode assentar? Tendo em conta neste momento que <b>o nosso perfil de competências é muitíssimo mais alargado do que era há uns anos atrás.</b>” E8, p.24</li> </ul>	<p>4</p>	<p>8</p>

<p><b>4.6. Ética e Deontologia Profissional</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) <b>nós somos os responsáveis directos, nós temos, entre aspas, a tutela destes miúdos enquanto eles estão internados... isso acresce muito em termos de responsabilidade, em termos de peso da nossa intervenção concreta (...)</b>” E8, p.16</li> </ul>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p><b>4.7. Continuidade de Cuidados</b></p>	<p><b>4.7.1. Passagem de Turno</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Eu acho que <b>há aqui um aspecto importante (...)</b> que é (...) como é que nós passamos essa <b>informação [relativa à admissão]? (...)</b>” E6, p.15</li> <li>• “(...) <b>o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante, como é que eu passo essa informação? (...)</b>” E6, p.15</li> <li>• “(...) já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois <b>passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário</b> (...) não tem nada a ver com o sentido (...) com o que depois o colega foi pegar e falou (...)” E3, p.27</li> <li>• “(...) <b>[Perante o risco da informação transmitida sobre o ocorrido durante a relação terapêutica, ser deturpada pelos colegas] nem sei bem o que é que agora eu devo passar de informação (...)</b> e o que eu sinto (...) como enfermeira de referência, é que as minhas intervenções têm de ser quase como se acabadas naquele turno, isto é... há de haver continuidade (...)” E3, p.27</li> <li>• “(...) <b>[nas] nossas passagens de turno (...)</b> temos 1h30 de passagem (...) temos muita <b>necessidade depois de transmitir aquilo que vivemos com o miúdo</b>, ainda que num registo escrito isso não apareça (...)” E3, p.35</li> <li>• “(...) <b>[Transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] é uma necessidade nossa ou da criança?</b>” E6, p.35</li> <li>• “(...) <b>[A necessidade de se transmitir oralmente aquilo que se viveu com o miúdo] É da relação...</b>”</li> </ul>	<p>3</p>	<p>10</p>

		<p>E3, p.35</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) eu tento sempre, quando estou a passar o turno (...) transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança (...)” E8, p.35</li> <li>• “(...) o miúdo preferir o enfermeiro tal e partilhar com ele alguma informação (...) que não é devolvido à equipa... o miúdo não ganha nada com isso (...) nem nós! (...) é esperado que o miúdo perceba (...) que aquilo que partilha (...) com alguém, partilha na equipa...” E6, p.40</li> <li>• “(...) isso [da informação que o miúdo partilha com um enfermeiro, poder ser partilhado depois à equipa] tem a ver com isto de podermos (...) uniformizar (...) evoluir um pouco na forma como todos vemos os cuidados (...) e se calhar, aí, é mais tranquilo... essa partilha...” E3, p.40</li> </ul>		
	<p><b>4.7.2. Documentação dos Cuidados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) como é que damos visibilidade àquilo que fazemos...” E4 (E6 parece concordar), p.15</li> <li>• “(...) [no registo de enfermagem] faço uma tentativa de (...) pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno (...) mas eu acho que os registos dizem (...) muito pouco (...). É um momento (...) de esforço, em que eu tento pôr ali qualquer coisa de válida mas que eu sinto muitas vezes que tem muito pouca validade e que às vezes cai muito nesta coisa do comportamento adequado e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) temos aí chavões...” E3, p.33</li> <li>• “(...) acho que nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes. Eu sinto essa dificuldade” E4 (E3 consente), p.33</li> <li>• “(...) uma das nossas maiores limitações, lacunas... da nossa intervenção é mesmo o registo, a evidência daquilo que fazemos, muitas vezes estamos tão cansados, no final de um turno, estamos mesmo muito pouco disponíveis para reflectir no papel” E8, p.33</li> <li>• “(...) nem sei se é só cansados (...) [durante a elaboração dos registos de enfermagem] ainda me sinto a viver muita coisa... daquilo que tive, que foi a relação com os miúdos (...) e às vezes (...) ainda não foi possível viver, «arrumar» aquilo que eu vivi com aqueles miúdos (...) estou longe de poder</li> </ul>	<p>4</p>	<p>23</p>

		<p><b>passar isso para o papel (...) acaba por ser uma coisa muito artificial (...)</b> E3, p.34</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “(...) <b>se eu souber o que é que vou registar, já sei o que é que hei-de fazer...</b>” E6, p.36</li><li>• “<b>Mas registar é em função de alguma coisa que aconteceu (...)</b>” E8, p.36</li><li>• “[Durante a elaboração dos registos de enfermagem] <b>Ainda estamos a «arrumar» coisas... [daquilo que se viveu na relação com o miúdo].</b>” E8, p.43</li><li>• “(...) como é que o miúdo esteve, como é que não esteve e depois posso ser <b>mais aprofundado se tive algum momento com ele ou com a família</b>, mesmo assim <b>nunca chega àquilo que vivi, não consigo traduzir... essa é uma frustração</b> até (...) não conseguir traduzir o que vivi o que foi construído no momento individual, no momento em grupo, com determinada criança, no papel” E8, p.34</li><li>• “<b>Não sei se é importante [transmitir o que se vive na relação com o miúdo]... eu acho que nós não perdemos nada em objectivar o registo (...) em torná-lo (...) mais concreto (...). Para o planeamento dos cuidados (...) [os registos de enfermagem] serem mais objectivos é um ganho grande</b>” E8 (E3 parece concordar), p.35</li><li>• “(...) <b>os registos podem ser feitos neste sentido [de transmitir dados úteis ao colega do turno seguinte para que possa continuar o trabalho com a criança]. Como fazê-lo? Não sei (...)</b>” E8, p.35</li><li>• “(...) <b>Sermos mais capazes de registar também decorre de sermos mais capazes de pensar e de estruturar o nosso dia-a-dia (...)</b> se a intervenção estiver mais estruturada e for mais previsível o que fazer neste ou naquele momento talvez sejamos mais capazes de depois traduzir o que aconteceu naquele turno” E8, p.36</li><li>• “(...) <b>há coisas que decorrem da relação e da intervenção que não sei se é para notas de evolução, se é para uma outra coisa (...)</b>” E8, p.36</li><li>• “(...) haver sempre a possibilidade de se criar um <b>espaço aberto onde se escreva qualquer coisa que não seja possível ficar registada</b>” E6, p.36</li></ul>		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• “[Haver a possibilidade de se criar um <b>espaço aberto onde seja possível registar informação</b>] <b>Que não seja importante, não é?”</b> E8, p.36</li> <li>• “(...) [Haver a possibilidade de se criar um <b>espaço aberto onde seja possível registar informação</b>] <b>que seja importante mas não seja planeada...</b>” E6, p.37</li> <li>• “(...) <b>para sabermos aquilo que registamos ou não, eu acho que isso passa por definirmos projectos (...) planeados</b>” E3, p.37</li> <li>• “(...) <b>vamos em todos os casos descrever o que disse? E é isso que nos permite intervir “terapeuticamente” de uma forma diferente [?] (...)</b>” E6, p.37</li> <li>• “(...) <b>registamos isto e criamos um espaço para depois podermos escrever um poema? Uma singularidade, uma individualidade (...)</b>” E6, p.37</li> <li>• “(...) A mim faz-me sentido que essa «particularidade» [a singularidade/individualidade do miúdo] não deixe de existir no registo (...) <b>o miúdo tem de aparecer [no registo]</b>” E3, p.38</li> <li>• “[<b>O registo deve contemplar</b>] <b>Um espaço em que possa ser possível descrever mais de forma narrativa o que aconteceu</b> (...) mesmo em momentos individuais em que tu aprofundas uma intervenção tu podes simplesmente registar que abordas-te esta ou esta área e que isto deu este ou este resultado, isto pode ser objectivo” E8, p.38</li> <li>• “(...) <b>tenho dúvidas de pôr lá [no registo de enfermagem] a minha subjectividade</b> (...) porque a minha subjectividade não é igual à tua subjectividade e depois... atrapalham-se às vezes (...)” E3, p.38</li> <li>• “(...) o eu <b>registar determinada coisa pode ser profundamente intrusivo para aquele miúdo</b>. Porque se alguém pegar, à letra, naquilo que está escrito e devolver ao miúdo na relação isto pode ser (...) de uma agressividade enorme... porque aquilo teve um contexto da relação...” E3, p.38</li> </ul>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Apêndice 5    Discussão completa dos resultados da análise de conteúdo do grupo focal – quatro metaparadigmas de enfermagem (apenas em CD-ROM)

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DO GRUPO FOCAL

### Discussão dos resultados da análise de conteúdo do grupo focal

Nesta secção apresenta-se a discussão dos resultados da análise de conteúdo do GF<sup>1</sup> (consultar Apêndice 4), sendo as várias UR obtidas agrupadas em quatro dimensões - «pessoa», «saúde», «ambiente» e «cuidados de enfermagem», que correspondem aos conceitos centrais do fenómeno de interesse da enfermagem (Fawcett, 1995, citando Hardy, 1978).

Salienta-se que a presente discussão dos resultados foi realizada com a colaboração da enfermeira Ana Margarida Esteves Pereira, por o respetivo estudo, realizado no âmbito do CMESMP, apresentar objetivos que se vinculam aos do presente projeto de estágio. Assim, a presente discussão pretende a identificação do modelo conceptual de enfermagem em uso na UIPIA, do CHLC, veiculando não só o estudo do processo de diagnóstico (com relevância para o presente relatório), como também das intervenções de enfermagem desenvolvidas nessa unidade de cuidados.

### Dimensão I - Pessoa

Para descrever a “Dimensão I - Pessoa”, foram identificadas duas categorias referentes ao portador<sup>2</sup> ou beneficiário de cuidados de enfermagem da UIPIA, do CHLC, nomeadamente a “Criança/Adolescente” e a “Família/Figura Tutelar” (ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Categorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão I: Pessoa.

<b>Dimensão I - Pessoa</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Criança/Adolescente	2	5
Família/Figura Tutelar	2	3
Total	4	8

<sup>1</sup> Lembra-se que esta etapa foi realizada em conjunto com uma colega de equipa, a enfermeira Ana Margarida Esteves Pereira, por o respetivo estudo, realizado no âmbito do CMESMP, apresentar objetivos que se vinculam aos do presente projeto de estágio.

<sup>2</sup> O eixo H da Classificação dos Fenómenos de Enfermagem, da CIPE®.

Criança/Adolescente: não sendo significativa a diferença entre o número de Unidades de Registo (UR) das categorias obtidas, o beneficiário de cuidados “Criança/Adolescente” constituiu a categoria com maior prevalência, compreendendo cinco Unidades de Enumeração (UE). Para a sua definição colaboraram dois dos oito enfermeiros participantes (E3 e E6), ambos EESM, que descreveram a criança/adolescente como uma pessoa singular, que apresenta, entre outros aspetos, certas particularidades e um comportamento imprevisível.

a singularidade que cada um tem, que é a forma como aquele miúdo vive e como a família vive (E6)

Este olhar sobre aquele que parece ser o alvo central dos cuidados de enfermagem na UIPIA, do CHLC, remete para um tipo de abordagem centrada na criança/adolescente, tendo em consideração a sua especificidade, as suas necessidades e características de desenvolvimento, ao invés de uma abordagem centrada na sua patologia. Parte-se do pressuposto de que a criança/adolescente faz parte de um “todo” que o enfermeiro deve reconhecer de forma a otimizar a sua intervenção (Almeida e Sabatés, 2008).

Família/Figura Tutelar: por sua vez, a “Família/Figura Tutelar” foi mencionada em três UR, por dois participantes (E2 e E4), ambos ECG e estudantes do CMESMP, que consideraram a inclusão da família nos cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente.

família como fazendo parte dos cuidados (...) integrá-la em todo o processo tendo em vista a continuidade que é feita aqui (E2)

[o projeto terapêutico dos jovens é definido] tendo em conta as necessidades (...) [da] família (E2)

Desta forma entende-se que a intervenção de enfermagem na UIPIA, do CHLC, assenta numa filosofia de cuidados, também, centrados na família, a qual é “uma constante na vida da criança” (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006, p.10). Neste tipo de abordagem, parte-se do pressuposto de que a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde da

criança/adolescente, sendo a intervenção de enfermagem mais eficaz quando a família é considerada como a “unidade de cuidados” (Almeida e Sabatés, 2008).

A admissão da criança/adolescente é vivenciada como uma situação de crise tanto para a criança/adolescente como para a família/figura tutelar. A família pode se sentir vulnerável (Almeida e Sabatés, 2008), por o seu “papel de proteção” desaparecer aos seus olhos e aos da criança/adolescente, perante a necessidade de fazer cumprir as decisões dos profissionais, detentores do saber, que parecem ter, nesse momento, o controlo de toda a situação (Jorge, 2004). Além disso, soma-se a insegurança e ansiedade inerentes à problemática da criança/adolescente e ao distanciamento dos restantes membros da família. A família/figura tutelar “culpabilizam-se e interrogam-se sobre o que terá falhado na sua atuação” (Jorge, 2004, p.14), sendo necessária a disponibilidade dos enfermeiros para ouvir a família/figura tutelar e a criança/adolescente para que essas questões possam ser reformuladas e para que a família se organize dentro da nova situação e contexto (Jorge, 2004). A seguinte unidade de registo encontra-se intimamente vinculada a essa perspetiva:

[na admissão, muitas vezes, os pais] (...) estão no limite, estão na exaustão (...) porque (...) se sentem falhados, sentem que de alguma forma não foram capazes de identificar no tempo (...) estas alterações que os miúdos apresentam, que (...) se calhar, não tiveram a atitude mais correta (...) quando digo os pais, digo as pessoas da instituição, os técnicos (...) porque também não sabem como (...) intervir face aos comportamentos das crianças. (...) nós percebemos esta necessidade que eles têm (...) de (...) ter ali um espaço, (...) alguém que os ouça sem ser julgado (E4)

## **Dimensão II - Saúde**

No que diz respeito à “Dimensão II - Saúde” foram obtidas duas categorias que ajudam à compreensão do conceito de saúde no âmbito da UIPIA, do CHLC, sendo elas “Saúde/Doença Mental” e “Estigma” (ver Tabela 2).

**Tabela 2.** Categorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão II: Saúde.

<b>Dimensão II – Saúde</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Saúde/Doença Mental	3	6
Estigma	2	2
Total	4	8

Saúde/Doença Mental: o conceito de saúde mental é de facto abordado por vários autores, parecendo não existir consenso quanto à sua definição. Segundo a OMS (s.d.) saúde mental é "um estado de completo desenvolvimento físico, bem-estar mental e social, e não meramente a ausência de doença (trad. do autor)" (par.1). Por sua vez, "as tentativas de definições [de doença mental] têm sido dificultadas por diferentes teorias profissionais, normas culturais e avaliações subjetivas (trad. do autor)" (Honeyman, 2007, p.38), o que reforça a importância da definição destes conceitos no contexto específico da UIPIA, do CHLC. Para esta categoria – "Saúde/Doença Mental" – contribuíram três dos oito enfermeiros (E3, E6 e E8), todos eles EESM, com seis UR. Ao longo do GF, os enfermeiros participantes parecem descrever a doença mental na infância e adolescência como a manifestação de comportamentos heterogéneos, desajustados ou de risco, que variam com a idade e que, habitualmente, decorrem de perturbações do tipo emocional.

alterações a nível emocional provocam grandes oscilações do comportamento (E6)

o miúdo muitas vezes é internado porque (...) está com alterações, com perturbações do comportamento, faz uma série de comportamentos de risco ou... não ouve, não escuta ninguém, ninguém consegue impor limites na relação (E6)

os miúdos ou estão isolados, fecham-se, não conseguem estar ao pé dos outros, ou quando estão ao pé dos outros, estão sempre a arranjar conflitos (E6)

Para as perturbações do comportamento, em específico, é descrita uma dificuldade na imposição de limites por parte da família/figura tutelar, assumindo-se o internamento como uma alternativa quando a resposta no contexto comunitário não é suficiente.

eles [miúdos] muitas vezes estão num registo de relação (...) que é «eu, quem manda em mim sou eu, eu tenho o poder (...) eu quero! (...). Porque o eu ter é o eu ser (E6)

só sou internado (...) porque este acompanhamento periódico não consegue dar resposta... falhou (E6, E3 parece concordar)

Sequeira (2006) identifica, também, como capacidades da pessoa com saúde mental o facto de conseguir “(...) estabelecer relações ajustadas com o outro (...) [e de] participar construtivamente com o meio e o ambiente (...)” (p.19). O mesmo autor define ainda que a saúde mental “(...) não é só ausência de doença, ou de perturbações mentais, ou de alterações do comportamento (...) não é só a capacidade de adaptação sistemática do sujeito (...) implica (...) respostas adaptativas, embora inadaptação não signifique necessariamente Doença Mental.” (p.19). “A saúde mental na infância é tão importante como a sua saúde física para a sua saúde no geral e bem-estar (trad. do autor)” (Honeyman, 2007, p.39).

Estigma: outra das categorias emergentes remete-se a uma questão associada a área de intervenção, ou seja, o “Estigma”. Para esta segunda categoria colaboraram dois dos oito participantes, um ECG e estudante do CMESMP (E4) e o outro EESM (E8), com duas UR. “O estigma da doença mental, ansiedade e desesperança em torno do internamento pode criar barreiras para ganhar a confiança (trad. do autor)” (Mueller, 2009, p.25), pelo que se torna tão importante tê-lo presente, já que pode ajudar a aprimorar a intervenção de enfermagem.

As duas UR, que se referem a este aspeto do conceito de saúde mental, reforçam o impacto que o estigma pode ter em torno das expectativas sobre a intervenção multidisciplinar a ser desenvolvida na UIPIA, do CHLC.

as expectativas [da criança e da família] muitas vezes estão inflamadas e (...) desvinculadas àquilo que nós podemos aqui fazer (E8)

Turner e Liew (2010), citando Goffman (1963), referem-se ao conceito de “*courtesy stigma*” ou estigma por associação, como uma reação específica das pessoas que mantêm uma relação próxima com pessoas diagnosticadas com

distúrbios psicológicos, como por exemplo, o cônjuge, os pais ou um familiar. “Os pais [das crianças com problemas psicológicos] podem estar menos propensos a procurar os serviços de saúde mental, por medo ou vergonha de ser percebido como tendo práticas parentais pobres (trad. do autor)” (Turner & Liew, 2010, p.232). Esta percepção leva a que muitos pais reduzam a procura de serviços de apoio, procurando a resolução dos problemas sem o recurso a serviços específicos. Contudo, o estigma face aos serviços reduz após uma primeira experiência, revelando que nestas situações “(...) os pais relataram atitudes mais positivas em busca de ajuda, maior nível de intenções de busca de ajuda, e estigmatização menor do que os pais, sem experiência anterior com serviços de saúde mental (trad. do autor)” (Turner & Liew, 2010, p.237).

O estigma é igualmente vivido pela própria criança, assumindo-se as experiências satisfatórias nos serviços e um conhecimento aprofundado sobre a saúde mental, como fatores que contribuem para a redução do estigma e desenvolvimento de atitudes positivas quanto à saúde mental (Chandra & Minkovitz, 2007). Num estudo de Eggleston e Mitchell-Lowe (2009) sobre as percepções da criança face a um internamento de pedopsiquiatria, através do recurso a entrevistas, foi possível concluir que quatro das nove crianças, alvo do estudo, abordam questões relacionadas com o estigma, sendo que uma das suas maiores preocupações está relacionada com o que os seus amigos podem pensar do seu episódio de internamento.

No contexto particular da UIPIA, do CHLC, o estigma associado ao internamento, poderá produzir grande impacto na prática de cuidados, na medida em que pode traduzir-se numa maior resistência aos projetos terapêuticos propostos, nomeadamente, às intervenções de enfermagem a desenvolver. É neste campo, que o enfermeiro assume um papel relevante de tornar claros os objetivos do internamento e desmistificar as ideias preconcebidas da família/figura tutelar e criança/adolescente.

### Dimensão III - Ambiente

Para a terceira dimensão – “Dimensão III - Ambiente” – foi identificada uma categoria, “Ambiente de Cuidados” que se remete às características da UIPIA, do CHLC (ver Tabela 3).

**Tabela 3.** Categoria da análise de conteúdo do GF, referente à Dimensão III: Ambiente.

Dimensão III – Ambiente		
Categoria	n	UE
Ambiente de Cuidados	3	7

Para a categoria “Ambiente de Cuidados” contribuíram três participantes (E6, E7 e E8), todos eles EESM, com sete UR. Quanto ao ambiente da UIPIA, do CHLC, os enfermeiros referiram-se tanto às suas características físicas, como ao seu funcionamento e missão. Do ponto de vista físico, os enfermeiros participantes descrevem o internamento como um serviço fechado e, simultaneamente, acessível, com semelhanças a uma casa pela individualização que oferece.

aqui o espaço (...) tem um funcionamento de uma casa (...), está acessível (...) quer aos profissionais, quer às crianças (...) lá [no local de trabalho anterior] eram uns quartos individualizados (...) muito mais impessoal (E7)

o facto de estar fechado [a UIPIA] (...) associam [crianças/adolescentes] (...) que se trata de uma prisão, o facto de ter este controle das chaves, mas, acaba por ser uma medida protetora (E7)

Para um internamento de pedopsiquiatria, “espaço, luz, certo conforto, são condições de base (...) [e também] é necessário território ao ar livre. Os dormitórios devem ser pequenos e haver uma percentagem de quartos individuais” (Coimbra de Matos, 2012, p.45), o que parece suportar a expressão que traduz que a UIPIA, do CHLC, se assemelha a uma casa. Algumas das vantagens descritas para o facto de a UIPIA, do CHLC, ter as portas de acesso exterior fechadas podem estar relacionadas com a proteção contra visitas indesejadas e a prevenção de fugas (Bowers, Haglund, Jones, Simpson & Van der Merwe, 2009). Numa revisão da literatura realizada pelos

mesmos autores sobre o uso de portas fechadas num internamento de psiquiatria, “alguns pacientes relatam que as portas fechadas dão à equipa o controlo necessário para prestar um atendimento eficiente [e] outros afirmam que acham que os familiares se sentem mais aliviados quando a porta está fechada (trad. do autor)” (Bowers et al., 2009, p.295, citando Sacks et al., 1982 e Haglund & Von Essen, 2005).

Por sua vez, no que diz respeito ao funcionamento da UIPIA, do CHLC, embora sejam planeadas algumas atividades do dia a dia da criança, segundo os enfermeiros participantes, esta diferencia-se das outras unidades de cuidados, por não compreender uma rotina estruturada.

[a UIPIA diferencia-se de outros serviços pediátricos por] não haver uma rotina muito estruturada (E8)

temos um misto entre garantir a salvaguarda de um cumprimento de um conjunto de rotinas que estão estruturadas, o horário das refeições, (...) a terapêutica, (...) dormir as x horas (...) [e o estabelecimento de uma relação] (E8)

A “constância da atividade, da equipe e do ambiente ajuda o paciente a sentir-se seguro” (Stuart & Laraia, 2001, p. 743), o que parece justificar a opção por algumas rotinas mais estruturadas. Por outro lado, o facto de a criança ser descrita como tendo um comportamento imprevisível, pode justificar que o enfermeiro nem sempre consiga estruturar algumas das atividades do dia a dia.

Os enfermeiros participantes referem ainda que a UIPIA, do CHLC, dá resposta a problemáticas de saúde mental em fase aguda, que requerem a vigilância permanente ao longo do dia, por uma equipa multidisciplinar, e cujo tempo de internamento é habitualmente curto.

o internamento [UIPIA] (...) é uma coisa mais aguda, (...) que requer a vigilância vinte e quatro horas por dia (E7)

estamos a falar de internamento (...) de um período de tempo que é relativamente curto, comparativamente com (...) um acolhimento em ambulatório (...) no internamento ele só está cá 3 semanas, 4 semanas... e não está só comigo... Está com 15 enfermeiros e com mais 2 ou 3 médicos, (...) com 1 monitor (E6)

## Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem

Relativamente à última e quarta dimensão – “Dimensão IV - Cuidados De Enfermagem” – foram definidas sete categorias: “Processo de Enfermagem”; “Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação”; “Fenómenos da Relação Terapêutica”; “Gestão de Cuidados”; “Desenvolvimento Profissional”; “Ética e Deontologia Profissional”; e “Continuidade de Cuidados”, que facilitam a tradução e compreensão dos cuidados de enfermagem prestados na UIPIA, do CHLC.

Processo de Enfermagem: para a primeira categoria – “Processo de Enfermagem” – foram identificadas cinco subcategorias, que têm correspondência direta com as cinco fases deste processo, conforme se apresentam na Tabela 4:

**Tabela 4.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Processo de Enfermagem.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Processo de Enfermagem	Apreciação Inicial (Admissão)	5	11
	Diagnóstico	3	5
	Planeamento das Intervenções	5	14
	Implementação das Intervenções	5	28
	Avaliação (Alta Clínica)	4	12
	Subtotal	7	70

A esta categoria foram feitas setenta referências ao longo do GF, tendo colaborado sete dos oito enfermeiros participantes, sendo que três são ECG (E1), em que dois deles são também estudantes do CMESMP (E2 e E4), e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8).

- Processo de Enfermagem: Apreciação Inicial (Admissão)

Para a primeira subcategoria – “Apreciação Inicial (Admissão)” – participaram cinco enfermeiros, sendo que três eram EESM (E3, E7 e E8) e dois ECG e

estudantes do CMESMP (E2 e E4), com onze UR. Entre os principais aspectos que consideram importantes documentar no momento da apreciação inicial, estão: o motivo do internamento, na perspectiva da criança/adolescente e na da sua família; a atitude da criança/adolescente e da família face ao internamento; o EPEM; a história de acompanhamento na área de psiquiatria da infância e adolescência; e, os antecedentes familiares.

A par disso, ao longo do GF parece ser unânime considerar-se a apreciação inicial como um momento fundador da RT com o cliente e sua família. A entrevista inicial reveste-se, assim, de grande importância (Phaneuf, 2005), constituindo-se como um momento para o enfermeiro “procurar estabelecer uma relação terapêutica com o [cliente], fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar informações pessoais” (Baker & Trzepacz, 2001, p.17).

eles precisam de um espaço para serem ouvidos (E4)

Do discurso dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, consta-se a importância que atribuem à entrevista inicial como momento privilegiado para a apresentação da unidade à criança/adolescente e à família/figura tutelar, quer em termos físicos quer quanto à filosofia de cuidados. Nesse momento, o cliente e a família são encorajados a expor as suas dúvidas, os seus receios, tendo o enfermeiro o papel importante de acolhê-los e esclarecê-los, a fim de diluírem o estigma associado à área de Pedopsiquiatria.

ao apresentar o espaço (...) a equipa, (...) os outros jovens internados, muitas destas dúvidas [relacionadas com uma série de preconceitos sobre a UIPIA] (...) se diluem (...) e falar um pouco sobre as regras, sobre o funcionamento (E4)

- Processo de Enfermagem: Diagnóstico

A segunda subcategoria – “Diagnóstico” – apresenta a compreensão da equipa de enfermagem quanto à segunda etapa do processo de enfermagem, encontrando-se intimamente relacionada com o objeto em estudo. Nesta subcategoria colaboram três enfermeiros, dois EESM (E3 e E6) e um ECG (E1), com o menor número de UR da categoria (cinco).

Claramente existe na equipa uma dificuldade em nomear os diagnósticos específicos da área de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, sendo que o E3 refere que para colmatar essa lacuna “tem que haver um trabalho (...) [de] investigação (...) [de] ver o que é que os livros dizem, a que é que aquilo se assemelha (...)”. Essa dificuldade leva os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, a ajuizar os comportamentos do cliente como “adequado (...) [ou] manipulador” (E6), em vez de os classificar de acordo com uma terminologia de enfermagem comum. Estes acrescentam ainda que noutras unidades de internamento, a formulação de um diagnóstico torna-se mais facilitada pelo facto de se mobilizarem dados mais objetivos, parecendo transparecer a importância da utilização de instrumentos ou escalas de avaliação com vista à uniformização da avaliação do cliente.

Uma vez que “os diagnósticos de enfermagem proporcionam um mecanismo útil para a estruturação do conhecimento, em uma tentativa de definição do papel e do domínio próprios do enfermeiro” (Carpenito, 1997, p.27), torna-se emergente a definição dos que são mais frequentes na UIPIA, do CHLC.

- Processo de Enfermagem: Planeamento das Intervenções

Na terceira subcategoria – “Planeamento das Intervenções” – são traduzidos os objetivos e resultados esperados pelos enfermeiros na UIPIA, do CHLC, para as intervenções de enfermagem a desenvolver com base na apreciação inicial e nos diagnósticos de enfermagem formulados. Para esta subcategoria contribuíram cinco enfermeiros, sendo que três são EESM (E3, E6 e E8) e dois são ECG e estudantes do CMESMP (E2 e E4), com catorze UR.

No início da discussão, é evidenciada a dificuldade dos enfermeiros participantes na definição dos objetivos do internamento e quais as intervenções de enfermagem a desenvolver. Para a resolução desta dificuldade, é reforçada pelos mesmos a importância que o projeto terapêutico individual das crianças/adolescentes possa ser definido com os restantes profissionais da equipa, o que traduz a importância atribuída na UIPIA, do CHLC, ao trabalho interdisciplinar.

este grau de dificuldade [de dizer o que fazemos] também se prende com esta dimensão dos resultados, do que é que se espera (...) porque isso varia muito de miúdo para miúdo... (E3)

mas os miúdos vêm para cá para fazer o quê? (E6)

não é claro (...) qual é que é o objetivo da nossa intervenção neste contexto de internamento... Porque estabilizar quadros psicopatológicos pode querer dizer muita coisa (E8)

consegue-se discutir e planear melhor a intervenção terapêutica quando o fazemos com os outros profissionais (E6)

Hill-Smith, Taverner, Greensmith e Parsons (2012) corroboram com o referido afirmando que o trabalho interdisciplinar é indiscutivelmente revestido de grande importância para a prestação de cuidados de qualidade.

Gradualmente na discussão, talvez pela possibilidade que lhes estava a ser conferida para refletirem em conjunto sobre os objetivos do internamento, estes foram-se tornando mais claros para a equipa. Os objetivos referidos pela equipa passam essencialmente por promover o *insight* da criança/adolescente acerca da sua problemática e das suas dificuldades e capacidades, nomeadamente, através do reconhecimento das suas emoções e sentimentos.

o meu objetivo (...) durante o internamento, é despertar aquela criança para a problemática dele (...) e despertá-lo para a importância do trabalho que começou aqui, ter que ser continuado (...) que possa continuar a desenvolver uma relação desta natureza lá fora (E8)

eu [enfermeiro] tenho que conseguir que este miúdo consiga estar ao pé dos outros, consiga desenvolver atividades com os outros, que consiga tranquilizar-se à noite, que consiga identificar em si estados emocionais que alteram o seu comportamento e a sua relação com os outros (E6)

os objetivos em concreto (...) neste contexto (...) de internamento de agudos (...) passam muito por (...) suscitar na criança um entendimento mais aprofundado da doença e das suas limitações inerentes (...), o seu potencial de desenvolvimento, o que é que ele pode fazer mesmo, tendo em conta as suas limitações (E8)

- Processo de Enfermagem: Implementação das Intervenções

A quarta subcategoria por sua vez corresponde à quarta etapa do processo de enfermagem - “Implementação das Intervenções”. Nesta etapa do processo de enfermagem participaram os mesmos cinco enfermeiros da etapa anterior (E2, E3, E4, E6 e E8), com o maior número de UR desta categoria (vinte e oito).

No decorrer do GF, os enfermeiros referem-se a vários aspetos da intervenção de enfermagem, nomeadamente às atividades terapêuticas, aos mediadores mobilizados e às formas de organização e uniformização das intervenções de enfermagem no seio da equipa. É evidenciado o contributo das atividades terapêuticas na intervenção de enfermagem na UIPIA, do CHLC, reforçando-se a importância de estas terem que ter “mais em conta as necessidades de cada [criança] (...) e do grupo” (E2), do que se constituírem apenas como atividades ocupacionais, e irem ao encontro da intencionalidade terapêutica.

as atividades [terapêuticas] que realizamos podiam ter mais em conta as necessidades de cada um (...) [e] as necessidades do grupo, não serem atividades tão ocupacionais (E2)

mas isso [atividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo! (E4)

As atividades terapêuticas contudo não reúnem consenso da equipa quanto ao momento em que os objetivos terapêuticos são definidos, sendo que uns consideram que isso possa ser feito *a priori* e outros admitem a possibilidade destes só ficarem estabelecidos no decorrer da atividade, consoante a avaliação contínua da criança/adolescente.

mas isso [atividades ocupacionais/banais com intencionalidade terapêutica] é importantíssimo! (E4)

o que eu acho que acontece é que depois entramos (...) passa a ser atividades só à volta da pulseira, do varrer o jardim (...) e há outras coisas que se pode trabalhar, isso [atividades ocupacionais/banais] realmente é um ganho, é um pequeno ganho, mas isso depois permiti-nos, se calhar, um patamar para trabalhar outras coisas. Eu acho que é quando chegamos a esse patamar (...) que, muitas vezes, não avançamos (E2)

eu posso (...) sentar-me com os miúdos e podermos conversar com eles e isso ser terapêutico (...). Para ter uma intervenção terapêutica (...) não preciso de ter uma coisa estruturada e ter um início, um desenvolvimento e uma conclusão (E4)

tenho um objetivo definido [durante a reunião com os miúdos] (...) mas se calhar isso não é tão claro quando eu inicio, se calhar fica mais claro no decorrer daquele diálogo que estou a ter com os miúdos... (E4)

[a reunião com os miúdos] Terá sempre um propósito (...). Às vezes não é tão organizado como a E4 está a dizer. É mais espontâneo (E3)

Em busca de uma resolução para esta diferença na perspetiva do planeamento das atividades terapêuticas, os enfermeiros propõem a estruturação do dia a dia da UIPIA, do CHLC, segundo oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas foram conceptualizadas pela equipa de enfermagem, antes do GF, com o recurso aos diferentes mediadores da relação (expressão plástica, movimento, cinema), com vista à formalização da intervenção de enfermagem. Contudo, estas ainda não tinham sido implementadas na prática na altura do GF. Segundo Coimbra de Matos (2012), as oficinas terapêuticas visam ensinar a criança/adolescente a realizar um trabalho organizado, com o apoio psicológico necessário para o ajustamento do seu comportamento.

faz-me sentido que isto [estruturar os dias e semanas segundo oficinas terapêuticas] possa acontecer... Agora eu não sei como trazer isso (...) para aqui (E4)

[apesar de o enfermeiro saber o que fazer,] não sabe é como [fazer]... (E4, E2 e E8 parecem não concordar)

um caminho possível [para fazermos aquilo que queremos fazer] pode ser no sentido de estruturarmos mais o nosso dia a dia aqui (...) e isso não torna a coisa mais rígida, (...) mais «rotinada», (...) menos flexível, de todo (E8, E2 concorda)

Outra das intervenções de enfermagem que a equipa considera ser desenvolvida na UIPIA, do CHLC, é a de promover a “vivência de experiências” (E3) pelo contacto com as outras crianças/adolescentes internados, no decorrer das atividades terapêuticas. “A terapia de grupo proporciona às crianças e adolescentes a oportunidade de interagir (...) com os seus pares (...) [constituindo] um modo de aprender através das experiências dos outros” (Townsend, 2011).

às vezes [a intervenção de enfermagem] não passa tanto por os miúdos mentalizarem (...) passa muito pela vivência de experiências (E3)

o contexto do grupo é um contexto que favorece isso [vivência de experiências reparadoras] (...) mais até (...) do que as intervenções individuais. Os miúdos são resguardados não só por nós mas também pelos outros miúdos (E8)

temos experiências de miúdos que acederam à sua própria problemática (...) nos contextos de grupo e através da utilização de alguns mediadores (...) isso são estratégias concretas e que têm dado resultados, há evidência sobre isso (E8)

À semelhança das intervenções em grupo, também as intervenções individuais assumem um carácter preponderante na intervenção da enfermagem nesta unidade, assumindo-se como momentos fundamentais para aprofundar o conhecimento acerca da criança.

as intervenções individuais (...) ajudam-me muito a conhecer o miúdo, também no grupo, certo, mas a compreendê-lo, às vezes a perceber como é que ele vê o mundo (E3)

estarmos com o miúdo e podermos conversar sobre aquilo que ele é e aquilo que vive e aquilo que sente, não invalida o facto de podermos viver coisas também noutras modalidades não tão verbais e não tão formais às vezes (E3)

Em suma, a intervenção de enfermagem na UIPIA, do CHLC, é pautada pela mobilização de intervenções, tanto em grupo como individualmente, com o recurso a mediadores, que promovam a vivência de experiências reparadoras e possibilitem à criança não só aceder à sua problemática mas também melhorar a consciência de si.

- Processo de Enfermagem: Avaliação Clínica

Para a última subcategoria desta categoria – “Avaliação Clínica” – colaboraram metade dos enfermeiros participantes, sendo que um é ECG (E1) e três são EESM (E3, E6 e E8), com doze UR. Do discurso dos enfermeiros participantes constata-se a sua dificuldade na avaliação da evolução clínica do cliente e uma certa desvalorização daqueles que são os resultados da sua intervenção.

o que é que nós podemos ver e olhar, e perceber que: «olha (...) está francamente melhor...». Mas está melhor em relação ao quê? Para fazer o quê? (...) para quê? Para

ir para casa? (...) porque já consegue comer (...) porque já só duas ou três vezes por dia é que me chama palavrões (...) o que é esta coisa do «está melhor»? (...) Que resultados é que... Eu acho que há muitas dúvidas (...) sobre isto (E6)

[durante o internamento] O que é nós vamos avaliar? Que resultados (E6)

acho que às vezes há determinados aspetos que (...) sabem-nos a pouco. Por exemplo, que um miúdo esteja integrado com (...) outros jovens da mesma idade e consiga fazer uma atividade ocupacional daquelas banais (...) que aquele miúdo consiga estar ao pé dos outros, comunicando, interagindo (E6)

Talvez esta perceção se possa traduzir pela evolução dos clientes com psicopatologia ser lenta e ocorrer em pequenas etapas, tal como referem Stuart e Laraia (2001). Os mesmos autores propõem que a avaliação de enfermagem deve ser um processo mútuo, baseada nos resultados esperados pelo enfermeiro, cliente e sua família; constituindo-se como um processo contínuo e ativo, que se inicia desde o momento da apreciação inicial do cliente até ao momento da sua alta clínica. Também, como já mencionado, a dificuldade dos enfermeiros em nomear e identificar os diagnósticos de enfermagem referentes aos clientes que prestam cuidados, parece ter repercussões a nível da fase de avaliação clínica.

“É fundamental que os enfermeiros psiquiátricos tenham um modo sistemático e objectivo de verificar (...) quais foram os aspectos mais úteis dos cuidados (...) e que acções adicionais (...) poderiam ter melhorado ainda mais o seu bem-estar” (Stuart & Laraia, 2001, p.217). Além do mais, essa deve consistir numa atividade que deve ser documentada pelos enfermeiros de modo a que possam demonstrar o valor das suas intervenções. Tal como os enfermeiros participantes expuseram no GF, talvez com o recurso a escalas possam apoiar a avaliação que elaboram sobre o cliente, tornando-a mais objetivável.

sendo o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos (CE, 2008, p.1).

Outro aspecto que os enfermeiros participantes ressaltaram, relaciona-se com a importância dos cuidados de enfermagem, após a alta clínica do cliente, darem continuidade às intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o seu internamento na UIPIA, do CHLC.

é suposto que haja mais suporte para além do internamento (E3, E6 parece concordar parcialmente)

Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação: outra das categorias que emergiu ao longo do GF dá visibilidade à intervenção de enfermagem na UIPIA através da RT estabelecida com o cliente, tendo sido denominada de “Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação”. Para esta categoria contribuíram cinco dos oito participantes, dois ECG (E1), sendo que um é também estudante do CMESMP (E2), e três são EESM (E3, E6 e E8), com doze UR:

**Tabela 5.** Subcategoria da análise de conteúdo do GF, referente à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Intervenções Centradas na Relação Terapêutica: Cuidado em Relação	5	12

Durante o GF, os enfermeiros participantes reforçam a importância que a RT assume no dia a dia da prestação de cuidados de enfermagem na UIPIA, do CHLC. É traduzível, ao longo das várias UR, que a intervenção de enfermagem nesta unidade se desenrola com o recurso à RT que o enfermeiro estabelece com a criança internada, assumindo, segundo os enfermeiros participantes, um papel preponderante face a outras unidades de cuidados pediátricos.

cá [na UIPIA], essencialmente, o que eu notei mais, em termos de intervenções, é que está tudo mais a nível da parte relacional (E1)

pensar em intervenções neste serviço (...) o que se destaca assim de uma forma muito evidente é a relação terapêutica (...) que para nós é uma ferramenta basilar, central em toda a nossa intervenção (E3)

a técnica que mais utilizamos eu acho que é a relação de ajuda [relação terapêutica] (E3)

estabelecendo aquela relação com aquela pessoa, ele [criança/adolescente] vai trabalhando e vai falando de coisas (...) para tu poderes trabalhar outros aspetos... mesmo com a família dele, mesmo com a comunidade (E2)

Phaneuf (2005), referindo-se ao modelo de Carl Rogers (século XX) sobre a perspectiva humanista da relação de ajuda, reforça o carácter primordial da relação com o outro pelo facto de corresponder a uma ligação particular que tem influência profunda sobre o cliente. A relação com o outro “não é só um instrumento de cura” (Phaneuf, 2005, p.323) sendo que o contato do cliente consigo próprio passa pela intervenção do enfermeiro, que o ajuda “a descobrir o seu eu autêntico e as suas possibilidades” (Phaneuf, 2005, p.323). “É (...) no calor da relação que a pessoa pode desabrochar e, no caso de problemas que ela não pode enfrentar sozinha, é na relação de ajuda com a enfermeira que ela pode encontrar alívio, reconforto e crescimento” (Phaneuf, 2005, p.323). Chalifour (2008) corrobora esta ideia, afirmando que o interveniente tem o papel “de facilitador”, ajudando o cliente a aceder mais facilmente aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de si, de modo a que se torne mais apto na gestão das dificuldades que vive” (p.10). As UR mencionadas pelos enfermeiros participantes parecem traduzir também a teoria de Peplau, que enfatiza o processo interpessoal ocorrido na interação entre o enfermeiro e o cliente (Belcher & Fish, 2000).

No contexto particular da UIPIA, do CHLC, cujos objetivos da intervenção passam pelo aumento na criança/adolescente da consciência sobre si e sobre o desenvolvimento de respostas adaptativas aos seus problemas, a intervenção de natureza relacional parece de facto constituir o cerne da intervenção.

Fenómenos da Relação Terapêutica: intimamente relacionado com a categoria anterior e dotado de grande importância para a prestação de cuidados de enfermagem em relação, emergiu a terceira categoria – “Fenómenos da Relação Terapêutica” – dentro da qual se identificaram quatro subcategorias - “Enfermeiro como Instrumento Terapêutico”, “Limites da Relação Terapêutica”, “Transferência e Contra Transferência” e “Respostas emocionais durante a

Relação Terapêutica”. De entre as várias categorias apresentadas, a categoria “Fenómenos da Relação Terapêutica” é a que contempla maior número de referências (setenta e três) e em que participou a totalidade (oito) dos enfermeiros envolvidos (ver Tabela 6).

**Tabela 6.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Fenómenos da Relação Terapêutica.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Fenómenos da Relação Terapêutica	Enfermeiro como Instrumento Terapêutico	7	17
	Limites da Relação Terapêutica	6	30
	Transferência e Contra Transferência	7	18
	Respostas emocionais durante a Relação	5	8
	Subtotal	8	73

Esta categoria está intimamente relacionada com a primeira competência do EESM<sup>3</sup>, que torna claro que “a capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal (...) é central para a prática de enfermagem em saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica (...) condiciona os resultados esperados” (OE, 2010a, p.4).

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Enfermeiro como Instrumento Terapêutico

Na subcategoria “Enfermeiro como Instrumento Terapêutico”, constam dezassete UR de sete dos oito enfermeiros participantes, sendo que três são ECG e estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5) e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8). Os enfermeiros reforçam que, durante a RT com as crianças/adolescentes internados, o enfermeiro se mobiliza a si, assumindo-se como o próprio instrumento terapêutico.

[prestar cuidados em relação] é muito difícil às vezes, porque isso implica munir as minhas fragilidades mas também nas minhas capacidades e (...) estar em contacto com isso muitas vezes não é fácil e implica um trabalho de conhecimento, de autoconhecimento (E3)

<sup>3</sup> “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2010a, p.4)

[ao prestar cuidados em relação] Vais-te mobilizar a ti como instrumento terapêutico, não é? (E4)

O enfermeiro é detentor de características humanas, tal como o cliente, tornando-se determinante, para a qualidade da relação, que ele vá tomando consciência de si e das suas expectativas (Chalifour, 2008). Intimamente relacionado com o referido é, também, evidenciado pelos enfermeiros participantes a importância dos processos formativos e da Intervisão Clínica<sup>4</sup> para o favorecimento do autoconhecimento do enfermeiro durante a RT.

e isso [relação terapêutica] é muito desenvolvido, na relação com os miúdos, na dimensão da intervenção (...), [e] no trabalho que cada um de nós faz individualmente, não num contexto do serviço, (...) mas que naturalmente (...) [tem] impacto na forma como nós prestamos cuidados (E3)

a compreensão que todos nós fomos desenvolvendo (...) [durante os] processos formativos (...) também nos ajuda (...) a esta compreensão do que é nosso, do que é do outro, que está sempre presente na relação (E3)

Chalifour (2008) também afirma que “dado que a sua prática o leva a viver uma enormidade de emoções, pode acontecer que [o enfermeiro] sinta uma intensa necessidade de falar delas [pelo que] é desejável que encontre momentos precisos para o fazer, com os seus colegas (...)” (p.174). Kaye (2009) e Buckley (2010) corroboram com a importância conferida aos momentos formativos reforçando o impacto positivo que isso propõe à qualidade da prática de cuidados.

Por último, ao longo do discurso, os enfermeiros evidenciam a heterogeneidade da intervenção de enfermagem na UIPIA, do CHLC, decorrente do facto de cada enfermeiro albergar em si um conjunto de características específicas e próprias que estão presentes na RT. Profundamente influenciado pela teoria de Peplau, das relações interpessoais de enfermagem, Travelbee, em 1971, define o «uso terapêutico de si» como “a capacidade de utilizar de modo

---

<sup>4</sup> O conceito de Intervisão Clínica foi introduzido, no contexto da prática de cuidados na UIPIA, do CHLC, por via do enfermeiro-chefe. Surgiu mediante a necessidade do corpo clínico de enfermagem criar um espaço, não apenas físico como também temporal, orientado para a reflexão coletiva sobre a natureza das suas práticas.

totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem” (Townsend, 2011, p.122).

[a intervenção dos enfermeiros, por ser de carácter essencialmente relacional] (...) flutua muito de turno para turno, de dia para dia... em nós próprios também flutua muito de dia para dia (E8)

se somos pessoas [enfermeiros] diferentes vamos ter sempre relações diferentes com os miúdos (E6)

continua a haver uma flutuação muito grande [na intervenção de enfermagem] (...) de turno para turno, e na presença desta ou daquela pessoa (E8)

eu tenho uma forma de atuar, tu tens outra, ela tem outra e depois, perante o mesmo problema, nós temos visões diferentes... (E2)

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Limites da Relação Terapêutica

Noutra das subcategorias denominada de “Limites da Relação Terapêutica”, os enfermeiros abordam as suas dificuldades em permanecer na “dimensão terapêutica” (E3) da relação que estabelecem com a criança, assumindo a presença de limites na relação. Nela participam seis enfermeiros, três são ECG (E1), em que dois são também estudantes do CMESMP (E4 e E5), e três são EESM (E3, E6 e E7). Essencialmente é identificado como limite o facto de os enfermeiros nem sempre estarem disponíveis para a RT.

[prestar cuidados em relação implica] disponibilidade para estar em relação com aquele miúdo (E3)

é possível estar sempre em relação, difícil é estar sempre nesta dimensão terapêutica... (E3)

acabas sempre por «estar sempre ligada» aos miúdos... do início do turno até ao final do turno (...). Mesmo na tua hora de almoço... (E5)

Phaneuf (2005) reforça que para o estabelecimento de uma RT com a pessoa, a enfermeira “tem a necessidade de um pouco de tempo e de um pouco de presença de espírito, coisas de que nem sempre dispõe” (p.325). Neste sentido, o enfermeiro “deve estar consciente dos seus limites pessoais e profissionais e, sempre que necessário, aceitar dirigir o cliente para um outro

profissional que esteja em melhores condições para o ajudar” (Chalifour, 2009, p. 85). Esta necessidade é igual reconhecida pelos enfermeiros participantes do GF que reforçam a possibilidade de serem substituídos por outro colega, quando é atingido o seu limite, pessoal ou profissional, na relação com a criança.

nos miúdos com alterações do comportamento... Quando estamos (...) com eles no quarto de isolamento... e em relação... chega a uma certa altura em que é necessário trocar com outra pessoa... em que já não há aquela disponibilidade (E4, P3 parece concordar)

[ao sair um pouco «de cena»] se calhar não saímos da relação (...) mas são momentos que fazem parte da relação (E3)

[sair um pouco «de cena» é] Mais do que terapêutico! A entrada de outra pessoa [enfermeiro] é a possibilidade de fazer diferente (E5)

“nós [enfermeiros] continuamos em relação mas o limite é agora eu precisar de sair um pouco (...), «agora não vou estar contigo, mas não te abandono (...)» e eu acho que [a saída «de cena»] (...) tem uma grande dimensão terapêutica, para o miúdo e para nós (E3)

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Transferência e Contra Transferência

Para a terceira subcategoria – “Transferência e Contra Transferência” – foram tidas em conta as UR que remetem para os fenómenos de transferência e contra transferência decorrentes da RT. Nesta subcategoria colaboram sete enfermeiros, em que três são ECG e estudantes do CMESMP (E2, E4 e E5) e quatro são EESM (E3, E6, E7 e E8), com dezoito UR.

A transferência e a contra transferência ocorrem numa RT, pelo que é determinante que o enfermeiro, tal como em outros fenómenos, tome consciência da sua presença e tome as medidas necessárias para geri-los (Phaneuf, 2005). A transferência consiste num processo vivido pelo cliente em que este transfere padrões de relacionamento presentes ou conflitos do passado para a relação com o enfermeiro. Por sua vez, a contra transferência é uma reação vivida pelo enfermeiro perante processos transferenciais do

cliente. Nas diferentes UR é evidenciada a importância conferida pelos enfermeiros participantes à gestão dos processos transferenciais, vividos pela criança, e dos processos contra transferenciais, vividos pelo enfermeiro, que sucedem na RT na UIPIA, do CHLC.

[prestar cuidados em relação implica um trabalho de conhecimento, de auto-conhecimento e de disponibilidade para] aquilo que ele [miúdo] também nos traz e com aquilo que ele também invoca em nós (E3)

estamos sempre a ser confrontados com as nossas coisas (E5)

ele próprio [miúdo] tem comportamentos diferentes porque se relaciona com pessoas diferentes (E6)

isso [o facto do rapaz estabelecer relações especiais com pessoas específicas] acontece lá fora! (...). Isso é da vida, é da relação, isso faz parte! (E3, E6 e E8 parecem concordar)

a questão é o que é que esses miúdos estão a rejeitar quando te rejeitam a ti. A questão não é eles te rejeitarem a ti enquanto pessoa ou enquanto enfermeira é... o que é que tu nesta relação representas que eles rejeitam? (...) Há miúdos que se dão mal, isto é, que não gostam... [de determinadas características nos enfermeiros] (...) é uma coisa que os rejeita (...). O que eu acho que é importante perceber (...) [é] porque é que este miúdo agora faz isto comigo? Ou que características é que eu tenho? (E6)

Tal como é defendido por Phaneuf (2005), também os enfermeiros participantes concordam com a possibilidade do enfermeiro se “retirar” momentaneamente do *setting* terapêutico, quando sente que não está a ser capaz de gerir os fenómenos de transferência/contra transferência presentes na relação terapêutica.

sairmos um pouco de cena e de entrar outra pessoa (...) dá uma possibilidade de podermos (...) quase «respirar» e... reconhecemos, também, aquilo que estamos a sentir (E3, E4 parece concordar)

- Fenómenos da Relação Terapêutica: Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica

Para a quarta e última subcategoria – “Respostas emocionais durante a Relação Terapêutica” – foram agrupadas as UR relativas às emoções vividas e

sentimentos identificados pelo enfermeiro durante a interação com a criança. Para esta subcategoria contribuíram cinco enfermeiros, dois são ECG (E1), sendo que um é também estudante do CMESMP (E5), e três são EESM (E3, E6 e E7) com oito UR, sendo a subcategoria que tem menor número de enfermeiros envolvidos e menor número de UR dessa categoria.

Ao longo do discurso, os enfermeiros participantes identificam a culpa, a preocupação, o cansaço, a zanga e a rejeição como alguns dos sentimentos que ocorrem na RT com a criança.

essa sensação de ter que se estar sempre disponível [para a relação] às vezes gera uma culpabilidade muito grande (E3)

[a oscilação do comportamento das crianças] cria-te esta imprevisibilidade de tu nunca saberes bem que tipo de resposta é que vai haver do outro lado. E isto (...) gera, também (...) uma zanga... [no enfermeiro] porque (...) nós temos sempre uma expectativa em relação ao comportamento dos outros (...) nem que seja no sentido de compreender (...) há muito esta expectativa nossa sobre uma determinada compreensão que depois, às vezes, não corresponde (E6)

[na relação com os miúdos] sinto-me rejeitada (...) mas depois como é que eu vou lidar com isso? Bem, vou falar com a colega que está cá de turno (E7)

A palavra «emoção» tem origem na palavra latina *emotione*, cujo significado é o de movimento, comoção, ato de mover, o que parece estar associado à nossa intenção de ação (Sociedade de Língua Portuguesa, 1990). Phaneuf (2005) define a emoção como “um estado afectivo comportando sensações agradáveis ou desagradáveis, de curta duração, suscitadas interiormente por um pensamento, ou exteriormente por uma situação que nos marca” (p.205). A sua expressão verbal é traduzida num sentimento, que é um estado afetivo complexo, profundo, associado às representações da realidade externa e interna da pessoa (Damásio, 2004 e Phaneuf, 2005). Mercadier (2004) reforça que o sentimento é expresso através da linguagem ao contrário da emoção que se reporta ao domínio não verbal. Cada uma das expressões dos enfermeiros reporta-se a sentimentos desagradáveis que os mesmos identificam como presentes na relação, parecendo reconhecerem o impacto que estes têm em si e no seu desempenho.

A prestação de cuidados ocorre, habitualmente, em contextos onde o sofrimento físico e os sentimentos de medo e angústia são frequentemente vividos pelo cliente, tornando-se a enfermeira num alvo sensível a experimentar também alguns destes sentimentos desagradáveis (Phaneuf, 2005). A prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental, que é essencialmente traduzida por problemas de natureza emocional, parece revestir-se de uma maior intensidade de sentimentos desagradáveis. Tal como se percebe das expressões dos enfermeiros participantes, o enfermeiro que trabalha neste contexto fica mais exposto a estas situações, eventualmente, desagradáveis. Phaneuf (2005) descreve que o enfermeiro pode viver “(...) sentimentos intensos de tristeza, de frustração, de impotência, ou mesmo de culpabilidade” (p. 184), o que de certa forma corresponde a alguns dos sentimentos vividos pelos enfermeiros na UIPIA, do CHLC.

Ao longo desta categoria foi explorada a importância dos aspetos relativos ao autoconhecimento para a prestação de cuidados, em RT, no âmbito da saúde mental. Intimamente relacionado com o facto do enfermeiro se mobilizar como instrumento terapêutico, Chalifour (2008) refere que:

é essencial que [o enfermeiro] tenha elevados conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos (p. 23).

Gestão dos Cuidados: na quarta categoria da “Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem”, é ainda dada evidência aos aspetos relacionados com a “Gestão de Cuidados” na UIPIA, do CHLC. Sendo que foram estabelecidas duas subcategorias – “Enfermeiro de Referência” e “*Milieu* Terapia” – que representam, à luz do referido pelos enfermeiros, dois métodos de trabalho possíveis de desenvolver na UIPIA, do CHLC. Contudo a opção por um desses métodos parece não ser unânime entre aqueles que contribuíram para as trinta UR referentes a essa categoria, designadamente seis enfermeiros – dois ECG e estudantes do CMESMP (E2 e E4) e quatro EESM (E3, E6, E7 e E8) – ver tabela que se segue.

**Tabela 7.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Gestão de Cuidados.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Gestão de Cuidados	Enfermeiro de Referência	5	12
	<i>Milieu</i> Terapia	4	18
	Subtotal	6	30

- Gestão de Cuidados: Enfermeiro de Referência

Relativamente ao método por “Enfermeiro de Referência”, dos cinco enfermeiros que discutiram esse tema, num total de doze UR, dois parecem concordar incondicionalmente com o uso desse método na UIPIA, do CHLC (E2 e E7); dois discordar (E6 e E8), mencionando que esse método não é a “melhor metodologia para funcionar” (E6) num contexto de internamento de agudos; e, um dos enfermeiros (E3) diz que como enfermeiro de referência “levantam-se muitas questões na intervenção com os miúdos” (E3), mostrando-se ambivalente. Para este enfermeiro o método por enfermeiro de referência, embora remeta para um tipo de relação mais formal com o cliente, faz sentido para as crianças/adolescentes que necessitem de viver as suas angústias na relação dual.

há miúdos que precisam muito (...) [da] vivência da relação dual, [da vivência] das angústias ainda na relação dual e nesses miúdos faz-me sentido, não sei se terem alguém de referência (...) a quem se vinculem mais (E3)

No método por enfermeiro de referência, ou por enfermeiro responsável, cada cliente é atribuído a um enfermeiro que detém a responsabilidade pela estruturação e definição do projeto terapêutico em articulação com a restante equipa multidisciplinar. A cada enfermeiro são, usualmente, atribuídos três ou quatro clientes, sendo responsável pela recolha de dados, pelo diagnóstico e planeamento das intervenções de enfermagem, pela implementação dessas intervenções durante o seu turno de trabalho, assim como pela transmissão dos dados importantes sobre o cliente aos enfermeiros associados e pela avaliação dos resultados obtidos (Costa, s.d.). Desta forma, o mesmo autor

afirma ser mais respeitada a individualização e humanização dos cuidados de enfermagem.

não podemos querer que ele [criança/adolescente] trabalhe as questões com toda a gente (...) pode ser muito invasivo e muito intrusivo (E2)

Como característica distintiva dos outros modelos de prestação de cuidados de enfermagem<sup>5</sup>, o método por enfermeiro de referência pretende a centralização da tomada de decisão (Costa, s.d., p.239, citando Dionne, Moussette, Serralheiro & Struelens-Galant, 1987). Todavia, essa responsabilidade apenas pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente competente (Costa, s.d., citando Pinheiro, 1994).

Na impossibilidade do enfermeiro de referência estar sempre de serviço, este deve trabalhar em associação com outros enfermeiros que o substituem nas suas ausências (Costa, s.d.), o que parece responder à questão colocada por E6 quando refere que “temos que ser pragmáticos (...) se eu estou à espera que o meu terapeuta de referência seja alguém que quando eu estou em crise esteja comigo sempre, (...) então como é que eu faço isso?”.

- Gestão de Cuidados: Milieu Terapia

Sobre a “*Milieu Terapia*” pronunciaram-se metade dos enfermeiros envolvidos no GF, sendo três EESM (E3, E6 e E8), e uma ECG e estudante do CMESMP (E4), parecendo todos concordar com uso do *setting* terapêutico na UIPIA, do CHLC. Importa salientar que da categoria anterior, verifica-se que o E3 acolhe tanto o método por enfermeiro responsável como a *Milieu Terapia* na sua prática clínica, pelo que se considera ser possível o uso de ambos num mesmo contexto de cuidados.

A *Milieu Terapia* trata-se de um fenómeno importante na área de saúde mental (Hoem & Vatne, 2007, citando Peplau, 1952, Gunderson, 1978, Geanellos, 2000). O termo «*Milieu*» consiste numa palavra francesa que significa

---

<sup>5</sup> Individuais, funcionais ou em equipa (Costa, s.d.).

ambiente, aquilo que nos rodeia. A *Milieu* Terapia (*Milieu Therapy* ou ambiente terapêutico), pretende a manipulação do ambiente de cuidados de modo a que a experiência do cliente, no meio hospitalar, seja considerada terapêutica, provocando mudanças comportamentais e a melhoria ao nível da sua saúde psicológica e do seu funcionamento (Townsend, 2011, citando Skinner, 1979).

A *Milieu* Terapia adapta-se à UIPIA, do CHLC, por obedecer a uma abordagem de cuidados a curto prazo. Nesse meio, existe a oportunidade de o enfermeiro executar intervenções terapêuticas, *in loco*, ao cliente, de modo a promover a sua socialização. É, desse modo, atribuído ênfase às suas capacidades sociais e atividades no âmbito das interações interpessoais (Townsend, 2011, citando Echternacht, 2001). Apesar da *Milieu* Terapia ser dirigida pela equipa multidisciplinar, no hospital os enfermeiros são habitualmente os únicos que passam vinte e quatro horas por dia junto dos clientes, pelo que têm a responsabilidade pela sua gestão.

Entre as suas principais vantagens, os enfermeiros que participaram no GF argumentam que a estrutura da *Milieu* Terapia permite diminuir as “flutuações individuais subjetivas” (E8) durante a relação entre o enfermeiro e o cliente, que surgem do facto de os enfermeiros serem pessoas diferentes. Além disso:

qualquer um de nós [enfermeiros] tem maturidade profissional suficiente (...) para termos um nível de relação e de intervenção, neste contexto, que alinhe em continuidade com o que o outro deixa feito... independentemente de eu estabelecer uma relação (...) de forma diferente do que E3 (E8)

e queremos o quê? Que eles durmam, e então, temos que (...) à noite... criar um ambiente mais tranquilo (...) mas isto tanto faz o Joaquim, o Manuel como a Maria (...). Todos fazem de forma diferente! Agora é esperado que todos saibam fazer, (...) que todos o consigam fazer (E6)

Apesar da individualidade de cada enfermeiro, os resultados estabelecidos para o cliente devem ser considerados de igual modo por toda a equipa de enfermagem, sendo “esperado que o ambiente em si, que o meio, que as pessoas” (E6) promovam a concretização desses objetivos. Esse ambiente deve ser ótimo em experiências novas “diferentes [e] reparadoras” (E3), um

“ambiente de *holding*” (E3) que permita aos clientes, numa “perspetiva vivencial” (E3) viverem determinadas situações que eram muito difíceis antes de serem internados.

vai entrar como métodos de trabalho (...) não é (...) trabalhar à tarefa (...). É fundamental (...) haver alguém que possa ter uma relação particular com a instituição (...) com aquela família, ou com alguém da escola (...) quem está de manhã [enfermeiro] está muito mais disponível para conseguir desenvolver estas articulações (...) mas eu acho que isso se desenvolve através do meio, do meio terapêutico, da equipa terapêutica (...) os espanhóis chamam... o enfermeiro de ligação é o enfermeiro que faz a ligação do internamento para a comunidade (...) trabalha as altas hospitalares e o acolhimento e a receção (...). O facto de trabalharmos (...) como meio terapêutico em si, não inviabiliza que determinadas pessoas na equipa (...) possam estabelecer relações privilegiadas (E6)

Desenvolvimento Profissional: outras das categorias emergentes – “Desenvolvimento profissional” – reporta-se ao papel autónomo do enfermeiro na intervenção de enfermagem à criança/adolescente e família/figura tutelar na UIPIA, do CHLC. Sobre essa categoria foram feitas oito referências, por quatro participantes, dos quais três eram EESM (E3, E6 e E8) e um ECG e estudante do CMESMP (E4) - ver Tabela 8.

**Tabela 8.** Categoria da análise de conteúdo do GF, referente à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Desenvolvimento Profissional.

Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem		
Categoria	n	UE
Desenvolvimento Profissional	4	8

Todos os enfermeiros que contribuíram para as UR desta categoria assumem que na UIPIA, do CHLC, a intervenção de enfermagem é mais autónoma do que em outras áreas de cuidados.

[na UIPIA, o trabalho de enfermagem é muito mais [independente e autónomo] comparativamente com outros contextos (E8)

[o enfermeiro pode ser mais independente e autónomo] nos diferentes momentos do internamento, no acolhimento, durante o internamento, quando se prepara a alta (E8)

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os cuidados de enfermagem incluem intervenções autónomas e intervenções interdependentes<sup>6</sup>, que são realizadas pelo enfermeiro de acordo com as respetivas qualificações profissionais. Com particular interesse para a presente categoria, importa salientar que as intervenções autónomas consistem em “acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (...) seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação e na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, 2012, p.18).

A autonomia do cuidado de enfermagem tem vindo, nos últimos quinze anos, a ganhar ênfase no seio da prestação de cuidados à população, nomeadamente, através da criação da OE (em 1998) e da formalização do trabalho do enfermeiro através da elaboração de documentos como o REPE, o Código Deontológico do Enfermeiro e os PQCE. A autonomia profissional encontra-se ainda proporcionalmente relacionada com o crescente número de enfermeiros licenciados, mestres e doutores, que têm ajudado a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população (Ribeiro, 2011). “Através da ampliação da participação, a enfermagem está se tornando mais competente e responsável, dando à enfermeira mais independência” (Belcher & Fish, 2000, p.52).

O atual Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem corrobora e reforça os objetivos do Modelo de Desenvolvimento Profissional, de entre os quais se enfatiza a promoção da autonomia do enfermeiro nos percursos de desenvolvimento profissional, “reconhecendo-o por processos de validação de competências para efeitos de posicionamento no programa formativo proposto pelos Colégios da Especialidade” (CE, 2009, p.5). O crescente número de EESM na UIPIA, do CHLC, poderá estar a contribuir para que os enfermeiros reconheçam a sua intervenção como mais

---

<sup>6</sup> Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (OE, 2012, p.18).

autónoma, já que estas intervenções acabam por estar nomeadas e identificadas na sua área de especialidade.

a nossa intervenção de enfermagem, em que é que ela assenta? Em que é que ela assenta em concreto? Em que é que ela pode assentar? Tendo em conta neste momento que o nosso perfil de competências é muitíssimo mais alargado do que era há uns anos atrás (E8)

Ética e Deontologia Profissional: nesta categoria – “Ética e Deontologia Profissional” – um dos enfermeiros, EESM (E8), faz referência à acrescida responsabilidade da intervenção dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, relativamente às crianças/adolescentes que são internadas na unidade (ver Tabela 9), pelo facto de os seus familiares/figura tutelar não se encontrarem em permanência nessa unidade. Isto faz com que os enfermeiros assumam o papel de “responsáveis diretos” (E8).

**Tabela 9.** Categoria da análise de conteúdo do GF, referente à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Ética e Deontologia Profissional.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>		
<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Ética e Deontologia Profissional	1	1

A responsabilidade, sendo uma questão de ordem ética e deontológica, apresenta-se em dois sentidos. Numa primeira instância, diz-se responsável aquele que tem a responsabilidade dos seus atos; por outro lado, num sentido mais lato, a verdadeira responsabilidade consiste no que se exerce a respeito de alguém ou alguma coisa mais frágil, que nos é confiada por outro. “A ideia de “tomar a cargo” é absolutamente central: algo ou alguém “tem de ser posto à minha guarda, sob a minha protecção” (Nunes, 2008, p.74, citando Aeschlimann, s.d.). Cada enfermeiro assume um compromisso de cuidado, ao tornar-se profissional (mais concretamente, ao inscrever-se na OE), responsabilizando-se pelo outro, que se lhe entrega e se confia ao seu cuidado, e que pode ser uma pessoa, família, grupo ou comunidade (Nunes, 2008). Ora na UIPIA, do CHLC, a família/figura tutelar colocam a criança/adolescente à guarda e protecção da equipa, atribuindo-lhes essa responsabilidade.

Contudo, no contexto da UIPIA, do CHLC, esta responsabilidade acresce muito “em termos de peso da nossa intervenção concreta” (E8), já que, para além dos diferentes papéis assumidos pelo enfermeiro, entre eles o papel de terapeuta de resolução da problemática que motivou o internamento da criança, tem ainda o papel de garantir que a criança se mantém a cuidar de si ou então de cuidar dela, sempre que esta mostre não ser capaz de o fazer, tal como os seus pais fariam se a criança estivesse à sua responsabilidade.

no meio terapêutico, os enfermeiros são responsáveis por assegurar que as necessidades fisiológicas dos clientes são satisfeitas [sendo que] os clientes devem ser encorajados a agir tão independentemente quanto possível na realização das atividades de vida diária. (...) A avaliação do estado físico é uma responsabilidade importante da enfermagem que não deve ser descuidada num *setting* psiquiátrico que enfatiza o cuidado holístico (Townsend, 2011, p.204).

Continuidade dos Cuidados: por último e revestida de grande importância para a problemática em discussão, surge a sétima e última categoria, denominada de “Continuidade dos Cuidados”, que procura essencialmente, apresentar a representação da equipa face a duas importantes atividades do dia a dia dos enfermeiros, isto é a “Passagem de Turno” e a “Documentação dos Cuidados”.

Esta categoria apareceu ao longo do discurso da equipa por trinta e três vezes, envolvendo quatro participantes, três EESM (E3, E6 e E8) e um ECG e estudante do CMESMP (E4) - ver Tabela 10.

**Tabela 10.** Subcategorias da análise de conteúdo do GF, referentes à Dimensão IV: Cuidados de Enfermagem - Continuidade dos Cuidados.

<b>Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>UE</b>
Continuidade dos Cuidados	Passagem de Turno	3	10
	Documentação dos Cuidados	4	23
	Subtotal	4	33

- Continuidade dos Cuidados: Passagem de Turno

Ao longo das dez UR sobre a passagem de turno, dos três EESM que colaboraram, é traduzida a preocupação dos enfermeiros da UIPIA, do CHLC, em assumir esse momento como um espaço de partilha da informação relevante sobre o cliente, para que o colega do turno seguinte possa dar continuidade à intervenção de enfermagem.

o que é que eu percebi que o outro tem e o que é que verdadeiramente é importante eu dizer ao meu colega para depois ele continuar a relacionar-se com o que verdadeiramente é importante, como é que eu passo essa informação? (E6)

eu tento sempre, quando estou a passar o turno (...) transmitir coisas que possam ser úteis a quem vem a seguir, para trabalhar com a criança (E8)

Instala-se, desta forma, a questão de como transmitir esses dados sem que sejam deturpados, uma vez que a comunicação efetiva durante a passagem de turno consiste numa componente fundamental para a prática clínica pois contribui para uma cultura de segurança e para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012).

já senti coisas, do género, de estar a trabalhar alguma coisa com um determinado miúdo de quem eu sou enfermeira responsável e depois passar essa informação e perceber, quando venho trabalhar, que aquilo foi tudo ao contrário (...) não tem nada a ver com o sentido (...) com o que depois o colega foi pegar e falou (E3)

Para além de favorecer a continuidade de cuidados, a passagem de turno é entendida pelos enfermeiros participantes como um momento de reflexão da prática, podendo constituir-se como um espaço informal de intervenção clínica<sup>7</sup>.

[nas] nossas passagens de turno (...) temos 1h30 de passagem (...) temos muita necessidade depois de transmitir aquilo que vivemos com o miúdo, ainda que num registo escrito isso não apareça (E3)

A passagem de turno consiste num momento de reunião da equipa de enfermagem, almejando assegurar a continuidade de cuidados, pela

---

<sup>7</sup> Consiste num “círculo restrito de reflexão” (Garrido, 2005).

transmissão verbal de informação sobre o cliente. Desse modo, contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (Parecer CJ/20, 2001). De facto, a passagem de turno trata-se de um momento de grande cumplicidade, no qual os enfermeiros podem refletir sobre a sua prática clínica, o que pode gerar mudanças de comportamento e atitudes, por vezes não conscientes, que promovem o desenvolvimento pessoal e profissional (Ferreira, Luzio e Santos, 2010, citando Carneiro et al., 2007). Entre a informação pertinente para a continuidade de cuidados, geralmente, consta o diagnóstico do cliente, os procedimentos realizados, o plano de cuidados e outros tópicos de discussão sobre a avaliação clínica efetuada sobre o cliente (Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012, citando Caruso, 2007).

Contudo, na UIPIA, do CHLC, a natureza dos cuidados prestados ao cliente centra-se, como já foi referido, sobretudo na RT - “a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece” (Townsend, 2011, p.120), pelo que os enfermeiros têm a necessidade de transmitir muito do que vivem nessa relação. “A reflexão sobre a acção é essencial para os profissionais de saúde mental [e psiquiatria], na medida em que lhes permite explorar as experiências da prática clínica, sem desprezar a possibilidade dos seus valores pessoais, suposições e crenças influenciarem tanto a prática em si como a forma como é experienciada” (Harrison & Taylor, 2010, p.288, citando Schon, 1983).

- Continuidade dos Cuidados: Documentação dos Cuidados

Os quatro enfermeiros que investiram na compreensão da “Documentação de Cuidados” na UIPIA, do CHLC, afirmam, numa fase inicial da discussão, que a documentação de enfermagem realizada não dá visibilidade à prática de cuidados na UIPIA, do CHLC.

[no registo de enfermagem] faço uma tentativa de (...) pôr ali um pouco da relação que eu vivi com aquele miúdo, naquele turno (...) mas eu acho que os registos dizem (...) muito pouco (...). É um momento (...) de esforço, em que eu tento pôr ali qualquer coisa de válida mas que eu sinto muitas vezes que tem muito pouca validade e que às vezes cai

muito nesta coisa do comportamento adequado e eu fico até um pouco zangada quando isso me acontece (...) temos aí chavões... (E3)

acho que nos registos tu nunca consegues dar visibilidade àquilo que tu fazes. Eu sinto essa dificuldade (E4)

A documentação de enfermagem acarreta, assim, um campo alargado de funcionalidades “que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade de cuidados (...), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007a, p.1). Além disso, sendo os registos de enfermagem a base de toda a metodologia de trabalho em enfermagem, estes são também importantes para que os enfermeiros consigam dar visibilidade ao seu desempenho e reforçar a sua autonomia, bem como a sua responsabilidade profissional (Martins et al, 2008, citando Dias et al, 2001).

Como principais lacunas da documentação de enfermagem, os enfermeiros da UIPIA, do CHLC, abordam a pouca objetividade dos seus registos, que decorre, muitas vezes, do facto de a intervenção de enfermagem também não se encontrar estruturada. Esta maior consciência sobre a possibilidade dos registos de enfermagem não cumprirem os objetivos para os quais foram estruturados, reforça a importância da sua formalização, nomeadamente, através da implementação de uma linguagem de enfermagem classificada comum que ajude a uniformizar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem.

### **Conclusões da análise de conteúdo do grupo focal**

Durante a análise de conteúdo do discurso dos enfermeiros e de entre as diferentes escolas de pensamento em enfermagem existentes, aquela que melhor parece ir ao encontro das categorias identificadas é a escola das interações, em que a interação enfermeiro-cliente é central no decurso da intervenção de enfermagem. O facto de essa interação promover o crescimento quer do enfermeiro, quer do cliente parece convergir especificamente com a teoria de Hildegard Peplau.

Relativamente ao primeiro conceito do metaparadigma apresentado, correspondente à “Dimensão I - Pessoa”, Peplau define «pessoa» como um homem que «luta» à sua maneira para reduzir a tensão gerada pelas suas necessidades (Belcher & Fish, 2000). Na UIPIA, do CHLC, o alvo central da intervenção de enfermagem trata-se da criança/adolescente, que na procura de alívio do seu sofrimento emocional, desenvolve respostas adaptativas únicas. Esta definição parece ajudar a traduzir o comportamento imprevisível da criança/adolescente, descrito pelos enfermeiros participantes, que consideram na sua prática clínica as necessidades e características específicas de desenvolvimento de cada criança/adolescente. Apesar de Peplau não se referir à família na definição do conceito de «pessoa», esta acaba por ser considerada ao longo da sua teoria. Na UIPIA, do CHLC, a intervenção de enfermagem abrange também a família/figura tutelar da criança/adolescente, pela compreensão dos enfermeiros participantes de que o sofrimento da criança/adolescente é extensível à família/figura tutelar.

No que respeita ao segundo conceito do metaparadigma e “Dimensão II - Saúde” da análise de conteúdo, “Peplau define saúde como (...) um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária” (Howk, p.429). Na UIPIA, do CHLC, a saúde mental da criança/adolescente traduz-se, essencialmente, pela estabilidade emocional, por um comportamento que deve ser ajustado à idade e pela capacidade em estabelecer relações interpessoais positivas, aspetos fundamentais para a criança continuar a desenvolver-se no sentido de uma “vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária”.

A “Dimensão III - Ambiente” refere-se a um dos conceitos do metaparadigma que foi implicitamente definido por Peplau como “forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura” [(Peplau, 1952)], a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos” (Howk, p.429). A sua teoria não analisa a vasta variedade de influências ambientais sobre a pessoa (Belcher & Fish, 2000), no entanto Peplau define como condição suscetível de conduzir à saúde, a relação interpessoal (Howk, 2004).

A relação interpessoal sucede diariamente no cotidiano da pessoa, podendo assumir-se como parte que integra o ambiente onde esta apreende e se desenvolve. Também durante o internamento, através do método de trabalho de *Milieu* Terapia, é esperado que a criança adquira estratégias adaptativas e a capacidade de se relacionar com os outros, com o objetivo desta poder generalizar essas aprendizagens para os diferentes aspetos da sua vida. É neste sentido que o enfermeiro, durante a prestação de cuidados, deve considerar, os aspetos como a cultura, os costumes e as crenças da criança, de modo não só a favorecer a sua adaptação ao meio hospitalar (Belcher & Fish, 2000) como ainda a promover o seu desenvolvimento e crescimento (Townsend, 2011). Ao longo da análise dos dados, os enfermeiros participantes fazem referência às características físicas do internamento, ao seu funcionamento e missão, como aspetos do ambiente que também influenciam a adaptação da criança/adolescente à UIPIA, do CHLC, e têm impacto sobre a intervenção de enfermagem desenvolvida.

Relativamente à “Dimensão IV - Cuidados de Enfermagem”, Peplau considera a «enfermagem» como “um processo interpessoal significativo, terapêutico” (Belcher & Fish, 2000, p.51, citado Peplau, 1988), uma conceção que a UIPIA, do CHLC, igualmente, absorve. Talvez seja nesta categoria, que a teoria de Peplau mais se aproxima do discurso oral dos enfermeiros. Esta teórica apresenta uma sequência de fases da relação enfermeiro-cliente, designadamente: a orientação, identificação, exploração e resolução, que apesar de serem independentes, se sobrepõem (Howk, 2004), assim como acontece no processo de enfermagem (Doenges & Moorhouse, 2010). Algumas semelhanças poderão ser consideradas entre essas duas estruturas, pois ambas são “sequenciais e enfocam as interações terapêuticas” (Howk, 2004, p.51). Além disso, ambas permitem uma definição mais clara do problema do cliente e a identificação das suas necessidades específicas; enfatizam o uso da técnica de resolução de problemas, pelo enfermeiro, em colaboração com o cliente, com o objetivo de se preencher as necessidades do cliente; e usam a observação, a comunicação e a documentação dos dados como instrumentos básicos para a prática de enfermagem (Belcher & Fish, 2000).

Na fase de orientação, o cliente e/ou a família apresentam uma «necessidade sentida» e procuram a ajuda de um profissional que colabora com os mesmos na análise da situação, de modo a que juntos possam reconhecer e compreender o problema existente. “Estabelece-se um vínculo entre a enfermeira e o [cliente] que continua a ser fortalecido enquanto as preocupações estão sendo identificadas” (Belcher & Fish, 2000, p.47). Esta fase encontra-se relacionada com a fase de apreciação inicial, do processo de enfermagem, que se reveste de grande importância como momento fundador da RT com o cliente e sua família (Phaneuf, 2005). Quando o cliente esclarece a sua «necessidade sentida», inicia-se a fase de diagnóstico, do processo de enfermagem que, para Peplau consiste numa “declaração resumida baseada na análise da enfermeira” (Belcher & Fish, 2000, p.52).

Na fase de identificação o cliente identifica-se com a pessoa que considera que o pode ajudar (Howk, 2004), o que implica um relacionamento terapêutico mais consistente. O cliente começa a ter a sensação de ser capaz de lidar com o seu problema, diminuindo os seus sentimentos de desesperança em detrimento de uma atitude mais otimista. A fase de identificação relaciona-se com a fase de planeamento das intervenções, do processo de enfermagem, em que as metas são estabelecidas pelo enfermeiro e o cliente. Do GF, entende-se que na UIPIA, do CHLC, esta fase possa ser também reforçada pelo contributo dos restantes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar.

“Durante a fase de exploração, o [cliente] tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação” (Howk, 2004, p.426). Ele sente-se já parte integrante do processo de ajuda, dando início ao controlo da situação. Através da sua autodeterminação, o cliente desenvolve, progressivamente, a responsabilidade sobre si mesmo, crendo nas suas potencialidades e direcionando-se para a sua independência e auto competência. O cliente pode assumir, temporariamente, um papel dependente em relação ao enfermeiro, enquanto tem a necessidade simultânea de independência. “A enfermeira deve encorajar o [cliente] a reconhecer e explorar os seus sentimentos, emoções e comportamentos, proporcionando (...) um clima emocional terapêutico”

(Belcher & Fish, 2000, p.49), através da mobilização de intervenções, tanto em grupo como individualmente, com o recurso a mediadores, que promovam a vivências de experiências reparadoras e que possibilitem à criança/adolescente não só aceder à sua problemática mas também melhorar a consciência de si, conforme se conclui da análise do GF. Para Peplau esta fase corresponde à fase de implementação das intervenções do processo de enfermagem, em que o plano de cuidados decorre em direção aos objetivos estabelecidos, entre o enfermeiro e o cliente e/ou família.

Por último, a fase de resolução constitui “um processo no qual o [cliente] se liberta da identificação com a enfermeira” (Howk, p.427), sendo as suas necessidades preenchidas. Em certos casos, o enfermeiro e o cliente apresentam dificuldade em dissolver esses laços, sendo que a tensão aumenta se não houver um término da RT bem sucedido. Esta fase encontra-se intimamente relacionada com a fase de avaliação, do processo de enfermagem, que se baseia, segundo Peplau, nos comportamentos que são mutuamente esperados pelos intervenientes da RT.

Para Peplau a enfermagem “é terapêutica por ser uma arte curativa (...) pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum” (Belcher & Fish, 2000, p.46). Nesse processo interpessoal, o enfermeiro mobiliza-se como instrumento terapêutico, o que determina, para além do desenvolvimento do cliente, que o enfermeiro também se desenvolva, quer do ponto de vista profissional, quer pessoal. “A enfermagem é um processo interpessoal, e tanto o [cliente] quanto a enfermeira têm partes igualmente importantes na relação terapêutica” (Belcher & Fish, 2000, p.47). Cada pessoa, durante o processo interpessoal, é influenciada pela sua própria cultura, valores, crenças, sentimentos, ideias preconcebidas e experiências anteriores, o que determina que os indivíduos desenvolvam reações diferentes.

peplau salienta que o paciente e a enfermeira amadurecem como resultado da interação terapêutica. Quando duas pessoas encontram-se em um relacionamento criativo, existe uma sensação permanente de reciprocidade e proximidade ao longo da experiência. Ambos os indivíduos são envolvidos em um processo de

autopreenchimento, que se torna uma experiência de crescimento (Belcher & Fish, 2000, p.56).

Neste sentido, é importante que o enfermeiro tenha consciência das suas reações contra transferências quando intervém com o cliente, uma vez que “as pessoas que estão conscientes dos seus próprios sentimentos (...) têm mais probabilidade de estar conscientes das reacções individuais dos outros” (Belcher & Fish, 2000, p.46).

Perante a multiplicidade de características pessoais e profissionais dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da UIPIA, do CHLC, estes são atribuídos às crianças/adolescentes, consoante o papel que se espera que desempenhem durante esse processo interpessoal. O enfermeiro responsável deverá ser capaz de viver qualquer um dos papéis, assumindo-se adaptável às necessidades da criança/adolescente/família/figura tutelar. Ainda que por vezes, possa ter que viver o «papel de estranho»<sup>8</sup>, na relação que estabelece com a criança/adolescente/família/figura tutelar, o enfermeiro responsável deverá viver maioritariamente os restantes papéis de pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira. É essencialmente, neste último papel, de conselheiro, que o enfermeiro responsável se deverá destacar na medida em que este é o que assume maior ênfase no contexto psiquiátrico (Townsend, 2011; Howk, 2004). Ao assumir esse papel, Peplau (1952) defende que a intenção é de ajudar o cliente “(...) a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação actual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida” (Peplau, 1952, citado por Howk, 2004, p. 428).

---

<sup>8</sup> Para Peplau, o enfermeiro assume diferentes papéis durante as várias fases da relação interpessoal (Belcher & Fish, 2000).

Apêndice 6 Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso “Notas de Enfermagem na Admissão” (apenas em CD-ROM)

Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso "Notas de Enfermagem na Admissão"

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	n	U.E.	Observações
Dados Gerais	Hora (Admissão)		"A X [nome] entrou às 13H (...)" P1	2	2	
			"(...) deu entrada na unidade cerca das 21h (...)" P12			
	Proveniência		"(...) transferido do Serviço de Adolescentes (...)" P2	2	2	
			"(...) veio da Urgência (...)" P6			
	Acompanhado por		"(...) [entrou] acompanhada pelo pai." P1	4	6	Dados desnecessários - a transferência da criança/adolescente, entre unidades de cuidados, é realizada na presença do enfermeiro. <b>Dados duplicados</b> na mesma categoria.
			Quem acompanha a criança/jovem? "Pai." P1			
			"(...) vem acompanhado pela mãe e pai." P4			
			Quem acompanha a criança/jovem? "Enf.ª urgência, pais." P10			
			"(...) acompanhada pelos pais adoptivos e enfermeira do S.U." P12			
	Nome Preferido		Quem acompanha a criança/jovem? "Pais." P12	5	5	
			"X [nome]." P2			
			"X [nome]." P6			
			"X [nome]." P8			
			"X [nome]." P10			
	Idade		"X [nome]." P12	6	6	
			"Adolescente de 15 anos de idade (...)" P2			
			"O X [nome] é um jovem de 14 anos (...)" P4			
			"Jovem de 17 anos de idade (...)" P6			
			"A X [nome] é uma adolescente de 16 anos." P8			
			"A X [nome] é uma jovem de 15 anos de idade (...)" P10			
Representante Legal		"A X [nome] é uma adolescente de 14 anos (...)" P12	1	1		
		"(...) a custódia foi atribuída à mãe." P10				
Estrutura Social	Instituição		"(...) a custódia foi atribuída à mãe." P10	2	4	
			"Institucionalizada desde Dez. 2011 como medida de protecção por consumos de canabinóides e, associadamente, maus-tratos do ponto de vista familiar (especialmente da parte da mãe)." P8			
			"Contacta pontualmente com a família. Periodicamente faz visitas a casa dos familiares com supervisão dos técnicos." P8			
			"A X [nome] foi institucionalizada aos 6 anos por maus-tratos, tendo estado em 2 instituições (...)" P12			
			"Tem contacto com a irmã de 11 anos. Segundo a mãe "passam alguns fins-de-semana juntas" (sic)." P12			
	Coabitação		"Vive com os pais." P1	6	6	P10: <b>Dados desnecessários</b> para o planeamento de cuidados do indivíduo; também, o registo encontra-se incompleto, por apenas fazer referência à irmã (de 9 anos) como constituinte do agregado familiar.
			"Agregado Familiar: Mãe + Pai + irmã (9 anos)." P2			
			Agregado Familiar: "Pai + Mãe + Irmã." P4			
			Agregado Familiar: "Mãe + jovem + irmão (19) - X [nome]." P6			
			Agregado Familiar: "Tem 1 irmã (9 anos) = X [nome] (Escola Secundária X [nome] transitou para o 5º ano de escolaridade (...)." P10			
Restrições Legais	Adoção	Agregado Familiar: "Pais + Avó materna." P12	1	1		
	Referência CPCJ	"(...) Foi adoptada aos 9 anos." P12	1	1		
Escolaridade		"Escola referência à CPCJ [Comissão de Protecção de Crianças e Jovens] p/ abandono escolar em 2009 (...)" P4	6	6		
		"Vai iniciar o 8ºano - Escola 2+3 X [nome] - X [nome da localidade onde se situa a escola]." P1				
		"[Escola] C+S X [nome]." P4				
		Ano de escolaridade: "7º". "Esteve 3 anos no 8ºano (...)" P6				
		Ano de escolaridade: "8º"; Aproveitamento: "Mau aproveitamento. Absentismo escolar - reprovou"; Escola X [nome] - X [nome da localidade onde se situa a Escola]" P8				

Dados Subjetivos		Ano de escolaridade: "10º"; Aproveitamento: "(razoável). Escola = Liceu X [nome] (...)/área: Artes Visuais. Directora de turma - Prof.ª X [nome]. Gostava de ir para a escola = António Arroio." P10 Ano de escolaridade: "7º"; Aproveitamento: "Ensino Especial." P12			
	Motivo Internamento	"(...) com o diagnóstico de Anorexia Nervosa (...)" P2 "Internada por ideação suicida + comportamentos de automutilação + restrição alimentar." P8 "O motivo de entrada - quadro de anorexia nervosa." P10	3	3	O termo "queixa" não parece adequado pois, ao ser expresso pelo enfermeiro, poderá ter uma conotação de sobrevalorização dos sintomas do cliente.
	Acompanhamento Pedopsiquiatria	"Desde Julho de 2012 é acompanhado na consulta de pedopsiquiatria (...) no Hospital X [nome] (...)" P2 "(...) veio referenciada do Hospital X [nome], onde era acompanhada pela Dr.ª X [nome]." P10	2	2	
	Acompanhamento Outras Especialidades	"É seguido pela Dra. X [nome] (Psicóloga desde ± 1 ano) da X [nome da instituição de saúde]. Tem igualmente seguimento no X [nome da instituição de saúde], que tem dado bastante apoio, segundo a mãe (realiza actividades comunitárias)." P6 "Iniciei acompanhamento no X [nome da instituição de saúde] com a psicóloga Dr.ª X [nome] que mantém semanalmente (...)." P8 "Tinha acompanhamento pela dietista os pais irão trazer o seu plano." P10 "A X [nome] tem atraso do desenvolvimento tendo sido acompanhada neste hospital [Hospital Dona Estefânia] em consulta de psicologia e de desenvolvimento." P12	4	4	
	História Problemática Atual	"Veio à consulta da Dr.ª X [nome] e por pesar 36,9kg ([diminuiu] 300gr desde a última semana) ficou internada como era do seu conhecimento se peso <37kg. [reinternamento de adolescente com perturbação do comportamento alimentar]" P1 Doenças e internamentos anteriores: "3º internamento em Pedopsiquiatria." P1 "(...) com bradicardia, hipotermia e alterações da função renal e hepática. Adolescente internado no dia X/09/2012 por comportamentos de restrição alimentar desde há 9 meses mais tarde passou a adoptar comportamentos purgativos (vómito auto-induzido e restrição progressivamente maior assim como a intensidade da prática de desporto (judo, corrida, musculação, com várias camisolas para transpirar mais)." P2 "Foi à consulta no dia X/09 [de 2012] e foi encaminhado para o S.U. [Serviço de Urgência] do H.D.E. [Hospital Dona Estefânia]. Peso no dia X/09 [de 2012], 52,4Kg (em Janeiro 64Kg) ficou internado no Serviço de Adolescentes por Anorexia Nervosa com hipotermia, bradicardia, alterações da função hepática, renal e CPK. Durante o internamento nos adolescentes realizou rehidratação oral com solução hidroelectrolítica 4/4h e soroterapia EV com melhoria da função hepática. Foi avaliado pela cardiologia (...)" P2 "Apesar de ter cumprido dieta [na Unidade de Adolescentes] perdeu peso 300gr." P2 "Início de quadro de isolamento há 3 anos, contudo procurava integrar "bandos menos próprios". Bando a qual pertencia a irmã (histórias de consumo em grupo - álcool??). Desde há 6 meses c/ sintomatologia de heteroagressividade, quando frustrado e retirado do computador." P4 "Desde há 3a que está + fechado em casa. História de bullying na primária chamavam-lhe "gay". 5º obrigavam a despir." P4	7	18	No P2 (4ª UR) parecem haver dados desnecessários. O que fazer com eles em termos de planeamento de diagnósticos/ intervenções de enfermagem? Não indicam sequer um fenómeno de enfermagem ativo. Existem dados duplicados, na mesma categoria e com a categoria "Motivo Internamento" ("por Anorexia Nervosa" P2). Necessário maior resumo dos dados, para não sobrecarregar o sistema informático.

	<p>"Desde a separação dos pais, ± há 6 anos, inicia comportamento de revolta, com tristeza. Esteve um ano sem ter contacto com o pai, tendo isto levado a que a jovem ficasse muito revoltada. O pai era uma referência para ela. O pai na altura da separação (...) levou toda a mobília deixando a casa da mãe vazia. Nesta altura esteve a viver com o pai durante ± 1 ano e teve muitos problemas de agressividade para com a madrasta (...); foi agredida pelo pai e pelo pai da madrasta. A jovem terá igualmente agredido o pai. Foi nesta altura despoletada a notificação para C.P.C.J. [Comissão de Protecção de Crianças e Jovens] ficando a posteriori a viver com a mãe e com a guarda desta." P6</p> <p>"Há 6 meses atrás tentou atirar-se da janela, tendo sido a mãe a agarrá-la. Já agrediu a mãe várias vezes, na sequência de ser frustrada ou de imposição de regra. Tem grandes oscilações do humor; manipuladora. Desde há 3 meses, tem apresentado ideação suicida; verbalizou várias vezes. Ingeriu vários comprimidos (adalgur, de 2ª feira para 3ª feira), tendo já sido encontrada inconsciente pelo irmão. Tem referido à mãe que tem um espírito mau com ela." P6</p> <p>"Tem história de recusa escolar e história de agressões a vários colegas. Tem estado a cumprir uma pena por agressão a uma colega - 80 horas numa creche." P6</p> <p>"Desde que houve regressão de comportamentos alusivos (cortes) que inicia restrição alimentar como "atentado a si própria" (sic)." P8</p> <p>"Terá tido várias tentativas de suicídio (ingestão medicamentosa e defenestração." P8</p> <p>"(...) [no internamento de Pediatria, do Hospital X] apresentou quadro de lipotímia (2 episódios), visão turva e hipoacúsia." P10</p> <p>"Muito controladora relativamente ao perímetro/medição das pernas (...); os pais retiraram as balanças de casa. Distorção da imagem corporal; chegou a comprar uma balança para medição das porções alimentares." P10</p> <p>"Restrições alimentares severas (...)" P10</p> <p>"Hospital X [nome] - [dia] X/08 a X/08; Agosto - Desidratação (soroterapia durante 3 dias) - urgência + Pediatria médica. Nutricionista - Dr.ª X [nome] que estabeleceu plano dietético (7 refeições); a X [nome] só cumpria 6 refeições/incompletas." P10</p> <p>"Desde bebé (adaptação ao biberon muito difícil). 11 anos - separação dos pais - altura crítica/transição - não queria comer." P10</p> <p>"Desde domingo (30/09/12) iniciou quadro de insónia total; anorexia; alterações do comportamento e da percepção. Refere que os pais e a prima a tinham cortado - cabelo, vagina. Mãe associa o início dos sintomas com a mudança de escola, tendo ficado mais isolada porque os amigos ficaram na escola antiga." P12</p>			
	<p><b>Regime Terapêutico</b></p> <p>"(...) medicado com sertralina 50mg/dia." P2</p> <p>"Sertralina 50mg, 1 comp. Manhã." P2</p> <p>"Clomipramina 75mg. (Jt) + Valproato de Sódio 500mg. (Jt) + Largatil 25mg. (Jt). Antes de ser internada, cumpria Olanzapina 5 + 5 + 10, para controlo do caso, por impossibilidade de internamento." P8</p> <p>"Medicada com olanzapina 15mg. + sertralina 50mg. (2x Dia)." P10</p> <p>"Sertralina 50mg (2x Dia) + olanzapina 15mg (última 6ª feira)." P10</p>	3	5	Dados duplicados na mesma categoria.
<b>Antecedentes Pessoais</b>	<p>"Fez entorse no pé esquerdo. Fazia sinusite respiratória por ter excesso de secreções." P6</p> <p>"Desconhece." P8</p>	2	2	
<b>Uso Substâncias (B2)</b>	Não. P1	7	8	

		Não. P2 Sim. "?? Álcool c/ grupos?? Segundo mãe." P4 Sim. "Tabaco (...) maço p/ 2 dias; Haxixe." P6 "(...) Sem consumos de canabinóides desde essa altura [desde início do acompanhamento numa instituição de saúde]. Mantém controlos regulares." P8 Sim: "Haxixe (na actualidade não consome). Fuma tabaco (grande quantidade)." P8 Consumos: Não. P10 Não. P12			
Revisão Sistemas	Visão (B2)	Usa óculos. "Estrabismo. Fez cirurgia correctiva. Tem óculos há ± 5-6 anos." P1	7	7	
		Usa óculos. P2			
		Sem alteração. P4			
		Diminuída. "Refere dificuldade, vê desfocado. Ainda não foi ao médico." P6			
		Usa óculos. "Só para ver T.V." P8			
		Sem alteração. "Já usou óculos." P10			
	Audição (B2)	Sem alteração. P1	7	7	
		Sem alteração. P2			
		Sem alteração. P4			
		Sem alteração. P6			
Aparelho Reprodutor (B2)	Sem alteração. P8	3	3		
	Sem alteração. P10				
	Sem alteração. P12				
Sistema Musculoesquelético (B2)	"Tem um namorado, há alguns meses. Não se tem protegido com preservativo. Teve namorados anteriormente." P6	7	7		
	"Esteve por um período amenorreica mas já retomou ciclos. Toma pílula anticoncepcional (Miranova®)." P8				
	"Amenorreia desde Maio 2012." P10				
	Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P1				
	Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P2				
	Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P4				
Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P6					
Antecedentes Familiares	Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P8	4	5		
	Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P10				
	Limitações motoras e/ou funcionais: Não. P12				
	"Segundo a mãe, pai tem hábitos alcoólicos e de toxicoddependência tendo já feito tratamento durante 2 anos. Actualmente sem hábitos alcoólicos." P6				
	"Mãe com patologia depressiva que recusa tratamento." P8				
Pessoas Significativas	"Mãe - asmática, hábitos tabágicos. Pai - hipertenso, paralisia facial; hábitos tabágicos; (aumento) colesterol. Avós paternos/maternos - prob(s) cardíacos. Avós maternos - diabetes. Avó materna - colesterol (aumentado) + Hipertensão." P10	6	6		
	"Tem uma irmã de 15 anos institucionalizada com deficiência mental grave e uma irmã de 11 anos que foi adoptada aos 3 anos ("problemas da fala" (sic))." P12				
	"Mãe Biológica tem epilepsia e pai Biológico hist. de alcoolismo." P12				
	"Avós maternos." P1				
		"Mãe + Pai." P2			
		"Mãe refere que tem muitos amigos." P6			

		"X [nome] 17A - boa referência; X [nome] + X [nome] (ex-namorado?)." P8 "Sentimento de exclusão." P10 "Dificuldades na socialização por medo" (sic)." P12			
<b>Dinâmica Familiar</b>	<b>Preocupações/ Expetativas face Indivíduo</b>	Preocupações dos pais/ acompanhantes em relação à criança/ jovem: "Que compreenda que está doente e cumpra o plano de recuperação." P1 Preocupações dos pais/ acompanhantes em relação à criança/ jovem: "gravidade da situação." P10	2	2	
	<b>Observação Interação</b>	"(...) Durante o acolhimento/entrevista notou-se alguma reactividade/ conflito entre ambos [os pais]." P10 Observação da interação: "Pais angustiados com a situação gerada." P10	1	2	
	<b>Relatada pelo Cliente</b>	"Família pouco diferenciada. Pais mais velhos vivem no campo. Tem 1 irmão de 20 anos que vive com os pais. Segundo os técnicos [da instituição onde reside] "Nenhuma relação afectiva com a família, sendo que o pai é aquele que mais se preocupa com ela" (sic)." P8 "(...) Boa relação entre elas [as irmãs]." P10	2	2	
<b>Auto cuidado: Atividade Recreativa (B2)</b>		"Leitura." P1 "Judo." P2 "Ver T.V., ouvir música; gosta de sair com os amigos." P6 "Gosta muito de desporto." P8 "Gosta de pintar, cozinhar (bolos/doçaria); ver televisão; ir ao cinema; praia; fotografia." P10	5	5	
<b>Auto cuidado: Higiene (B2)</b>		Necessita de ajuda: Não. P1 Necessita de ajuda? Não. P4 Necessita de ajuda? Não. "Toma em média 3 banhos por transpirar imenso." P6 Necessita de ajuda: Sim. P8 Necessita de ajuda: Não. P10 Necessita de ajuda? Sim. P12	6	6	Em P6 e P8 - não especifica qual o tipo de ajuda, pelo que os dados encontram-se incompletos. Dependente: alguém está dependente de alguém/ alguma coisa para ajuda/ suporte (B2).
<b>Auto cuidado: Comer (B2)</b>		Necessita de ajuda? Não. P1 Necessita de ajuda? Não. P4 Necessita de ajuda? Não. P6	3	3	
	<b>Hábitos Alimentares (B2)</b>	Dieta habitual: "Dieta personalizada." P1 Dieta habitual: "Geral." P4 Dieta habitual: "Come de tudo." P6 Dieta habitual: "(P. Almoço) - 1 pacote de leite M.gordo (250ml) + (...)." P10 Dieta habitual: "Anorexia (...) achava que alguém lhe vinha fazer mal" (sic-mãe)." P12	5	5	
<b>Auto cuidado: Ir Sanitário (B2)</b>	<b>Hábitos Eliminação Intestinal (B2)</b>	"Padrão eliminatório = retenção de fezes (obstipação). Fica 4 dias sem evacuar." P10	1	1	
<b>Auto cuidado: Comportamento Sono-Repouso (B2)</b>		Perturbações do sono: "Sem alteração." P1 Perturbações do sono: "Sim." P6	2	2	
	<b>Hábitos Sono (B2)</b>	Padrão habitual: "Dorme 22h30 - 9h (férias)." Quarto individual: Sim. P1 Quarto individual: Não. P4 Padrão habitual: "Ultimamente só consegue dormir de dia; À noite não dorme."; Quarto individual: Sim; Métodos que favorecem o sono: "ouvir música, luz acesa e T.V. ligada." P6 Padrão habitual: "Pré-mórbido. Dificuldades do sono."; Quarto individual: Sim. P8	6	6	

Dados Objetivos	Objecto Transição		Padrão habitual: "Deita-se habitualmente cedo, cerca das 22H30. Na casa do pai tem quarto individual. Na casa da mãe partilha com a irmã." P10				
			Padrão habitual: "Insónia Total." P12				
			Objecto de segurança: Sim. Qual? "Peluche coelho/burro." P1	3	3		
	EPEM	Insight		Objecto de segurança: Não. P4			
				Objecto de segurança: Não. P10			
			"(...) jovem com pouca crítica sobre o sucedido. Refere que fez restrição às grandes refeições e que comia muito nos dias da pesagem pois verificava o peso na balança." P1	2	2		
			"Daniela pede ajuda para ser internada: "Muito cansada, porque não consegue sozinha" (sic)." P10				
		Atividade		"(...) muito inquieta (...)" P12	1	1	
		Aspetto		"À entrada apresentava um fâcies fechado, cabisbaixo e chorosa." P1	5	8	
				"Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas." P1			
				"Aspecto geral cuidado (...) contudo apresentando-se bastante pálido e c/ olheiras" P4			
				"(...) sonolenta (...) com fâcies fechado (...)" P6			
				"Pele e mucosas coradas e hidratadas." P6			
				"À entrada apresentava-se com aspecto bastante emagrecido." P10			
Atitude		"Olheirenta, olhos ligeiramente encovados." P10					
		"Aspecto Geral pouco cuidado (...)" P12					
		"(...) tensa." P6	3	4			
Discurso		"Não aceita o internamento." P6					
		"Aceitou bem o internamento (...)" P10					
		"(...) desconfiada, referindo várias vezes: "vocês não me vão fazer mal pois não?" (sic) recusando entrar na unidade (...)" P12					
Humor (B2)		"Discurso organizado." P1	2	2			
		"(...) períodos de discurso desorganizado e incoerente (...)" P12					
		"Humor eufímico." P1	4	4			
Alterações Pensamento		"Contacto agradável, humor eufímico." P4					
		"Humor depressivo." P6					
		"Humor tendencialmente deprimido (...)" P10					
Alterações Percepção		"(...) [sem alterações] do pensamento." P1	2	2			
		"(...) com aparentes bloqueios do pensamento." P12					
Dados Antropométricos	Estatura (cm)		"Sem alteração da percepção (...)." P1	2	2		
			"Aparentes alterações da percepção." P12				
	Peso (Kg)		"150cm" P1	2	2		
		"171cm." P2					
		"36,9Kg" P1	3	4	Existem <a href="#">dados duplicados</a> , na mesma subcategoria.		
Sinal Vital (B2)	T.A. (mmHg)		"49 [Kg]." P2				
			"(...) tendo sido pesada na urgência (P ≈ 34,800Kg)." P10				
			<a href="#">Peso: "34,800Kg (urgência)." P10</a>				
P (bpm)		"110/66" P1	3	3	Dados desnecessários - tratam-se de dados redundantes, que facilitam a duplicação de dados.		
		"107/63mmHg." P2					
		TA: "91/50mmHg". "Hipotensão". P10					
		"111" P1	2	2			
		P: "55bpm." P10					

	T (°C)	"T (timp.): 35,8°C." P10	1	1	Uma vez que é habitual a monitorização da temperatura timpânica, selecionar apenas uma localização anatómica se for diferente. Monitorizar - observar alguém/alguma coisa em ocasiões repetidas/regulares (B2).
Exames Radiológicos/ Outros		"(...) terá de realizar ECG Holter no dia 24/08/2012" P2	2	2	Associar uma janela em que surja a data de início, em que o exame é prescrito pelo médico, e a data de fim, em que é realizado e validado pelo enfermeiro?
		"Realizou electrocardiograma [na Unidade de onde veio transferida] (...)" P10			
Exames Laboratoriais		"(...) + controle analítico e foi observada pela P. Médica." P10	2	2	Associar uma janela em que surja a data de início, em que o exame é prescrito pelo médico, e a data de fim, em que é realizado e validado pelo enfermeiro? O modo como este item será organizado irá depender do método de cruzamento dos dados entre SIS das várias categorias profissionais - Intervenção Interdependente. Existem dados desnecessários, redundantes, que facilitam a duplicação de dados com os registos médicos.
		"Pesquisa de tóxicos na urgência foi negativa." P12			

Apêndice 7 Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem” (apenas em CD-ROM)

Análise de Conteúdo referente ao impresso "Diário de Enfermagem"												
Categoria (Foco da Prática de Enfermagem)	Processo de construção das subcategorias: eixos orientadores da classificação dos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® B2								Subcategoria (Diagnóstico de Enfermagem)	Unidades de Registro	n	U.E.
	A - Foco	B - Juízo	C - Freq.	D - Dura.	E - Topol.	F - Local. Anat.	G - Prob.	H - Porta.				
RESPIRAÇÃO	Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	x	x	x	x	x	x	Limpeza das Vias Aéreas Não Eficaz	"[Tarde de 23.09.12] Inicia tosse seca, referindo sentir "uma impressão na garganta" (sic). Por não reverter foi encaminhado para sala, onde manteve sintomatologia. (...) [Após efeito da administração de terapêutica prescrita em SOS (Salbutamol)] Deitou-se no leito, em semi-fowler." P4	1	1
CIRCULAÇÃO	Perfusão dos Tecidos	Eficácia	x	x	x	x	Risco de	x	Risco de Perfusão dos Tecidos Não Eficaz	"[Manhã de 26.09.12, retirada contenção física] Colocadas meias de contenção." P9 "(...) [Tarde de 26.09.12, antes de se deitar recusa] retirar as meias de contenção com que permanece durante a noite, mesmo após insistência." P9	1	2
	Hemorragia	Sim	x	x	Bilateral	Nariz	x	x	Hemorragia Nasal Bilateral	"[Noite de 16.09.12] Cerca das 6.30h teve um episódio de epistáxis, bilateral, abundante que reverteu com compressão." P2	1	2
			x	x	x	Nariz	x	x	Hemorragia Nasal	"[Tarde de 16.09.12, durante o repouso, após início de quadro de choro] Inicia epistáxis em quantidade reduzida. Retirado da sala para estancamento da hemorragia." P2		
										"[Tarde de 30.08.12] Ao jantar alimentou-se da sopa + 1/2 do 2º prato; deixou a salada; comeu a fruta." P1 "[Tarde de 30.08.12] À ceia, comeu a totalidade da refeição." P1 "[Noite de 31.08.12, às 7h] Cumpriu dieta." P1 "[Manhã de 31.08.12] Ingeriu a totalidade das refeições." P1 "[Tarde de 31.08.12] Ao jantar comeu a sopa + 1/2 do arroz e peixe. Deixou os legumes. Comeu a fruta." P1 "[Tarde de 31.08.12] Ceou na totalidade." P1 "[Noite de 01.09.12, às 7h] Cumpriu dieta na totalidade." P1 "[Manhã de 01.09.12] Efectuou restrição alimentar. Ao almoço (deixou 1 batata e 4 couves bruxelas); não ingeriu a fruta." P1 "[Tarde de 01.09.12] Ao jantar deixou 1/2 da massa e 1 almôndega, verbaliza que era muita comida para o habitual. Ceou a totalidade (...)." P1 "[Manhã de 02.09.12] Alimentou-se da dieta prescrita." P1 "[Tarde de 02.09.12] Lanchou na totalidade." P1 "[Tarde de 02.09.12] Ceou na totalidade." P1 "[Noite de 03.09.12] Manteve peso na avaliação ponderal tendo reagido muito negativamente." P1 "[Manhã de 03.09.12] Ingeriu refeições na totalidade." P1 "[Tarde de 03.09.12] Cumpriu dieta ao jantar e ceia." P1 "[Manhã de 04.09.12] Ao almoço deixou 1/5 do frango e ± 1/2 do arroz." P1 "[Tarde de 04.09.12] Alimentou-se da quase totalidade da dieta, não ingerindo a fruta por referir não gostar de melão." P1 "[Manhã de 05.09.12] Ao almoço fez restrição alimentar (deixou 1/2 do peixe e das batatas)." P1 "[Tarde de 05.09.12] Jantou na totalidade." P1 "[Tarde de 05.09.12] Ceou na totalidade." P1 "[Noite de 06.09.12] Foi feita avaliação ponderal tendo apresentado um aumento 300gr, no momento apresenta 37,200kg." P1 "[Manhã de 06.09.12] Ingeriu refeições na totalidade. Recusou 1/2 da fruta." P1 "[Tarde de 11.09.12, ao jantar] Cumpriu dieta e repouso." P2 "[Tarde de 11.09.12] À ceia pediu uma bolacha à X [nome de outra adolescente internada] e comeu, foi explicado ao adolescente que só poderia comer o que vem no seu tabuleiro e para não voltar a repetir." P2 "[Noite de 12.09.12] 7H Ingeriu a totalidade." P2 "[Manhã de 12.09.12] Muito controlador relativamente à sua dieta, procurando falar com a dietista (...)" P2 "[Manhã de 12.09.12] Sem restrição alimentar; com muita avidez no momento das refeições." P2 "[Manhã de 12.09.12] Cumpriu repouso." P2		

Estado Nutricional	Deficiente	x	x	x	x	x	x
--------------------	------------	---	---	---	---	---	---

Estado Nutricional  
Deficitário

"[Tarde de 12.09.12] Cumpriu totalidade da dieta. Cumpriu repouso (...)" P2
"[Tarde de 12.09.12] Muito preocupado com o cumprimento da dieta." P2
"[Tarde de 12.09.12] Esteve em momento individual com os enfermeiros onde foram esclarecidas as questões relacionadas com o plano por etapas, dieta e projecto terapêutico. Aparentemente compreende o que lhe é explicado e parece investido no projecto." P2
"[Noite de 13.09.12] Foi pesado. Manteve o peso anterior. Reage com indiferença referindo: "É a primeira vez que não perco peso" (sic)." P2
"[Noite de 13.09.12, às 7h] Ingeriu a totalidade da refeição." P2
"[Manhã de 13.09.12] Cumpriu dieta na totalidade e repouso." P2
"[Tarde de 13.09.12] Alimentou-se do lanche. Em momento individual faz referência às suas expectativas do internamento. "Espero cumprir tudo para voltar p/ casa, p/ a escola". Devolvido a necessidade de reflectir sobre o motivo que o trouxe ao internamento. Refere que está cá porque deixou de se alimentar bem, desde Janeiro, mas sem conseguir co-relacionar um facto concreto. Fala-me das suas rotinas diárias sendo o primeiro a acordar em casa 6:30h. Dividindo o dia entre a escola e o Judo. Fala também da exigência do desporto na sua alimentação e manutenção do peso. Reforçado o apoio da equipa multidisciplinar em todo o seu processo e centrado p/ ao longo do internamento reflectir sobre o seu processo de saúde e não apenas no peso. Quando fala dos pais refere ter muitas saudades, ficando choroso." P2
"[Tarde de 13.09.12, ao jantar] Alimentou-se da dieta. Após o jantar, durante o repouso tenta manipular o mesmo c/ período de leitura. Ceou na totalidade." P2
"[Noite de 14.09.12] Às 7H00, ingeriu a totalidade da dieta (...)" P2
"[Manhã de 14.09.12] Alimentou-se do pequeno-almoço." P2
"[Manhã de 14.09.12] 13h - Alimentou-se do almoço. 14h - Cumpriu repouso." P2
"[Tarde de 14.09.12] Alimentou-se na totalidade da dieta e cumpriu respectivo repouso." P2
"[Manhã de 15.09.12] Ingeriu a dieta na totalidade. Cumpriu repouso." P2
"[Tarde de 15.09.12] Alimentou-se da totalidade da dieta, cumpriu repouso." P2
"[Noite de 16.09.12] Fez a refeição na totalidade às 7h." P2
"[Manhã de 16.09.12] Alimentou-se da dieta prescrita." P2
"[Manhã de 16.09.12] Cumpriu repouso." P2
"[Tarde de 16.09.12] 19h00 - Ingeriu jantar na totalidade. No repouso inicia choro, com dificuldade em se tranquilizar." P2
"[Tarde de 16.09.12] Após situação [quadro de choro e epistáxis], continuou repouso mais tranquilo. 21h00 - Ceou." P2
"[Noite de 17.09.12] Foi pesado. Aumentou 1Kg. Fica visivelmente animado. [Às 7h] Ingeriu a totalidade da dieta." P2
"[Manhã de 17.09.12] Bastante satisfeito c/ aumento de 1Kg. Valorizado sobre o mesmo e a continuidade do seu projecto terapêutico de forma ponderal. Alimentou-se da dieta prescrita, procurando sempre validar c/ o Enfermeiro o aumento da dieta." P2
"[Tarde de 17.09.12] Alimentou-se da totalidade da dieta às refeições. Cumpriu repouso." P2
"[Manhã de 18.09.12] Alimentou-se da totalidade das refeições (...)" P2
"[Manhã de 18.09.12] Cumpriu repouso." P2
"[Manhã de 29.09.12] Cumpriu dieta na totalidade." P10
"[Manhã de 29.09.12] Cumpriu repouso (...)" P10
"[Tarde de 29.09.12] Cumpriu dieta, contestando alguns dos alimentos. Confrontada aceita." P10
"[Manhã de 30.09.12] Cumpriu o repouso e plano alimentar (excepto ao almoço que deixou as couves)." P10
"[Tarde de 30.09.12] Cumpriu a totalidade da dieta às refeições com excepção da cenoura ao jantar. Cumpriu o repouso." P10
"[Tarde de 30.09.12] Ceou." P10
"[Noite de 01.10.12] Foi pesada. Peso inicial: 34,400Kg, 1,58m. Cumpriu refeição das 7H." P10
"[Manhã de 01.10.12] Cumpriu esquema alimentar e repouso." P10
"[Tarde de 01.10.12] Alimentou-se da totalidade da dieta prescrita. Cumpriu repouso." P10
"[Manhã de 02.10.12] Alimentou-se do pequeno-almoço. Cumpriu repouso." P10
"[Manhã de 02.10.12] Alimentou-se do almoço. Cumpriu repouso." P10
"[Tarde de 02.10.12] Cumpriu a totalidade da dieta às refeições. Cumpriu o repouso." P10
"[Tarde de 02.10.12] Ceou." P10

3

74



										<p>"[Tarde de 27.09.12] Jantou." P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12, pelas 20h50] Ceou." P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] Ingeriu a dieta (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] 21h00: Ceou." P9</p> <p>"(...) [Noite de 29.09.12, às 4h30] acaba por referir fome, oferecido leite morno açucarado que recusa, ingere apenas algumas bolachas de chocolate." P9</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Almoçou c/ os jovens no Espaço D. (...)" P9</p> <p>"(...) [Manhã de 29.09.12] e lanchou." P9</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Alimentou-se bem ao jantar (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Ceou (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12] Alimentou-se razoavelmente." P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12] 21h: Ceou." P9</p> <p>"[Tarde de 02.10.12] 21h: Ceou." P9</p> <p>"[Tarde de 04.10.12] A X [nome] ingeriu um copo de leite." P12</p> <p>"(...) [Tarde de 04.10.12] Após cear (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] À hora de almoço, a recusar a comida, "esta sopa está estragada, não está?" a certificar-se permanentemente com os técnicos e os jovens que estavam sentados ao pé dela. Não ingeriu a sopa, nem o 2º prato; só alimentou-se de alguns pedaços de laranja (1/2)." P12</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] <u>Nota:</u> ao Peq-Almoço, ingeriu o pacote de leite e o pão. Ao lanche comeu 2/3 da sandes e o leite." P12</p> <p>"[Tarde de 05.10.12] Ao jantar alimentou-se da sopa e 2/3 do segundo prato, com ajuda da enfermeira. Recusou a ceia." P12</p> <p>"[Manhã de 06.10.12] Aceitou alimentar-se de um iogurte e uma sandes ao PA. Ao almoço alimentou-se da totalidade da sopa e de 2/3 do prato principal." P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12] Lanchou razoavelmente. Jantou a sopa + 1 garfada de peixe + banana. Ceou um leite + 3 bol. maria." P12</p> <p>"[Manhã de 07.10.12] Ao pequeno-almoço ingeriu 1/2 do iogurte e pão na totalidade (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 07.10.12] Às 11h aceitou ingerir apenas a fruta sendo necessário estímulo. Ao almoço ingeriu a sopa e a gelatina na totalidade e 1/3 da dieta do 2º prato." P12</p> <p>"[Tarde de 07.10.12] Menos desconfiada em relação à alimentação, ingerindo com apetite a totalidade da dieta [durante o turno da tarde]." P12</p> <p>"[Manhã de 08.10.12] Recusa ingerir o almoço [estando sonolenta] (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 08.10.12] Lanchou na totalidade." P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12, ao jantar] Alimentou-se razoavelmente com insistência." P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12] Ceou." P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] Ao Pequeno-Almoço ingeriu a totalidade da dieta." P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] 13h - Ingeriu a sopa e 2 garfadas do 2º prato. Recusou a fruta." P12</p> <p>"[Tarde de 09.10.12, durante o turno] Alimentou-se na totalidade da dieta (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 10.10.12, durante o turno] Alimentou-se às refeições." P12</p> <p>"[Tarde de 10.10.12, durante o turno] Alimentou-se adequadamente com algum incentivo." P12</p> <p>"[Manhã de 11.10.12, durante o turno] Alimentou-se bem às refeições (...)" P12</p>		
VOLUME DE LÍQUIDOS	Desidratação	Sim	x	x	x	x	Risco de	x	Risco de Desidratação	<p>"[Manhã de 12.09.12] Realizado plano hídrico (...)" P2</p> <p>"(...) [Tarde de 12.09.12, cumpriu] reforço hídrico." P2</p> <p>"(...) [Noite de 13.09.12] levantando-se várias vezes para urinar." P2</p> <p>"(...) [Noite de 14.09.12] foi ao WC urinar e (...)" P2</p> <p>"[Manhã de 16.09.12] Urinou (...)" P2</p> <p>"(...) [Noite de 17.09.12] Foi várias vezes ao WC urinar." P2</p> <p>"[Manhã de 17.09.12] Urinou (...)" P2</p> <p>"(...) [Manhã de 18.09.12] necessário algum estímulo para o reforço hídrico." P2</p> <p>"[Manhã de 01.10.12] Urinou (...)" P10</p> <p>"(...) [Noite de 04.10.12] pele e mucosas muito secas." P10</p> <p>"(...) [Manhã de 04.10.12] cumpriu reforço hídrico." P10</p>	2	11
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	<p>"[Tarde de 20.09.12] Fez reforço hídrico." P6</p> <p>"[Manhã de 31.08.12] Teve dejeção características habituais (sic)." P1</p> <p>"[Manhã de 01.09.12] Não evacuou." P1</p>	1	1

ELIMINAÇÃO	Eliminação Intestinal	x	x	x	x	x	x	x	x	(...) [Manhã de 05.09.12] não teve dejeções. P1 "(...) [Manhã de 16.09.12] não evacuou." P2 "(...) [Manhã de 17.09.12] não evacuou." P2 "[Manhã de 18.09.12] De acordo com o mesmo, evacuou ontem e hoje." P2 "[Manhã de 26.09.12] Evacuu fezes moldadas em moderada quantidade." P9	3	7
	Encoprese	Sim	x	x	x	x	x	x	Encoprese	"[Tarde de 19.09.12] Cerca das 19h pede para falar com a enfermeira, verbalizando que na sequência de ficar nervoso, teve perda de fezes nas cuecas." P4	1	1
	Obstipação	Sim	x	x	x	x	x	x	Obstipação	"(...) [Manhã de 01.10.12] não teve dejeções (não evacua desde 5ª feira [desde há três dias])." P10 "[Tarde de 01.10.12] Não evacuou." P10 "[Tarde de 02.10.12] Refere não ter evacuado." P10 "[Manhã de 03.10.12] Não tem dejeções." P10 "[Tarde de 04.10.12] Refere que não evacuou." P10 "(...) [Manhã de 05.10.12] dado não evacuar há 1 semana. P10 "[Tarde de 08.10.12] Evacuu fezes duras." P12	2	7
	Eliminação Vesical	x	x	x	x	x	x	x	x	"[Manhã de 05.09.12] Urinou (...)" P1 "(...) [Noite de 12.09.12] Constantemente a ir ao W.C. urinar (...)." P2 "(...) [Tarde de 26.09.12, antes de se deitar] Recusa urinar (tinha urinado cerca de 1h antes) (...)" P9 "(...) [Noite de 27.09.12, pelas 2h30 foi à WC] onde urinou (...)" P9 "(...) [Noite de 28.09.12, pelas 2h acordou] solicitando ir à w.c. Urinou em grande quantidade (...)" P9 "(...) [Noite de 29.09.12, pelas 4h30] foi ao WC urinar com técnico junto dele (...)" P9 "[Tarde de 05.10.12] Ao longo do turno só urinou uma vez." P12 "[Manhã de 07.10.12] Ao longo do turno urinou apenas uma vez antes de realizar os cuidados de higiene." P12	4	8
										"[Noite de 31.08.12] A X [nome] dormiu ao longo de todo o turno um sono aparentemente tranquilo." P1 "[Noite de 01.09.12] A X [nome] dormiu sono aparentemente calmo e profundo." P1 "[Noite de 02.09.12] A X [nome] dormiu um sono tranquilo ao longo do turno." P1 "[Noite de 03.09.12] A X [nome] dormiu sono aparentemente calmo e profundo." P1 "[Noite de 04.09.12] A X [nome] dormiu por longos períodos, sono aparentemente tranquilo." P1 "[Noite de 05.09.12] Dormiu por longos períodos um sono aparentemente tranquilo." P1 "[Tarde de 05.09.12, após a ceia] Fica a dormir." P1 "[Noite de 06.09.12] A X [nome] dormiu sono aparentemente calmo e profundo." P1 "[Noite de 13.09.12] O X [nome] dormiu ao longo da noite sono tranquilo (...)" P2 "[Manhã de 13.09.12] Por períodos esteve a descansar no quarto." P2 "[Noite de 14.09.12] O X [nome] dormiu por longos períodos, sono aparentemente tranquilo." P2 "[Manhã de 14.09.12] 12h - Apresentava-se bastante sonolento solicitando p/ ir descansar." P2 "[Manhã de 14.09.12] Esteve a descansar p/ um período." P2 "[Noite de 15.09.12] O X [nome] dormiu sono aparentemente calmo e profundo no decorrer do turno." P2 "[Manhã de 15.09.12] Esteve a descansar por um período no leito. Refere que após introdução da terapêutica se sente sonolento. P2 "[Tarde de 15.09.12] Após a ceia foi para o quarto, fica no leito no final do turno em aparente sono tranquilo." P2 "[Noite de 16.09.12] O X [nome] dormiu sono aparentemente tranquilo." P2 "[Noite de 18.09.12] O X [nome] dormiu sono aparentemente calmo e profundo durante o turno." P2 "[Noite de 18.09.12] O X [nome] dormiu sono aparentemente calmo e profundo." P4 "[Noite de 19.09.12] O X [nome] dormiu ao longo de toda a noite. Sono aparentemente calmo e reparador." P4 "[Noite de 21.09.12] O X [nome] dormiu um sono aparentemente tranquilo." P4 "[Noite de 22.09.12] O X [nome] dormiu um sono aparentemente tranquilo ao longo do turno." P4		

Sono	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x													

REPARAÇÃO

"(...) [Noite de 22.09.12] no início do turno refere que não consegue dormir. Pede um comprimido, referindo que em casa se deitava por volta das 4 horas. Fornecidas estratégias promotoras do sono. (...) [Fez medicação prescrita em SOS] 00h30 adormeceu e dormiu um sono aparentemente tranquilo. Às 6H acordou referiu que não tinha mais sono e manteve-se tranquila no quarto." P6

"[Noite de 23.09.12] A X [nome] dormiu, ao longo da noite, sono tranquilo. 4h30 - Desperta. (...) Refere estar há algum tempo com insónia e pede comprimido [que foi administrado]." P6

"[Manhã de 23.09.12] Esteve a dormir por um período verbalizando grande dificuldade em dormir ao longo da noite." P6

"(...) [Tarde de 23.09.12] deitou-se no leito, apresentando dificuldade em adormecer. 22h00 - Solicita terapêutica em SOS para adormecer, devolvido que deveria regressar ao leito e tentar fazê-lo. Oferecido leite morno/chá que recusou. Fica com luz de presença ligada." P6

"[Noite de 24.09.12] A X [nome] por volta das 22h00 dirigiu-se à sala de actividades pedindo o (SOS); por dificuldades em adormecer. Foi feita intervenção no sentido de aguentar-se no leito; foi securizada. Mantém necessidade de luz de presença acesa durante a noite, inclusivamente procurou que os estores ficassem ligeiramente levantados. (...) [Às 4h00 foi administrada medicação prescrita em SOS] por manter alguma inquietação e não conseguir repousar. Dormiu a posteriori." P6

"[Noite de 01.10.12] A X [nome] dormiu p/ períodos ao longo do turno. 4h - Foi ao WC voltando ao leito. Dormiu até ao fim do turno." P8

"[Tarde de 26.09.12] 20h30 - Refere sonolência e pede para cear (...)" P9

"[Tarde de 26.09.12] 21h15 - Adormece, sono aparentemente agitado, acordando várias vezes, com sono facilmente despertável. Aparentemente com sono inquietado por pesadelos, falando várias vezes enquanto dorme. Numa das vezes deambula pelo serviço e regressa novamente ao leito." P9

"[Noite de 27.09.13] O X [nome], ao longo do turno, dormiu longos períodos em sono tranquilo. Contudo, mantém períodos de inquietação com pesadelos relacionados com o pai. 2h30 - Despertou espontaneamente para ir ao WC [urinar] (...). Regressou ao quarto onde voltou a adormecer. 5h45 - Despertou novamente [apresentando alterações do pensamento, sendo proposta medicação prescrita em SOS] (...)" P9

"[Noite de 27.09.12, após ingestão de alimentos e administração de terapêutica prescrita em SOS] Fica a repousar no leito [pelas 7h]." P9

"[Tarde de 27.09.12] 20h - Adormeceu no cadeirão, sono agitado. 20h50 - Acordou." P9

"[Tarde de 27.09.12, após cear, desconfiado] Inicialmente também recusa deitar-se. Foi acompanhado até ao quarto, onde fica acompanhado pela enfermeira (...) 21h30 - Fica a dormir (...)" P9

"(...) [Tarde de 27.09.12, pelas 21h30] sono agitado, gritando por períodos: "Pai; Pai; Pai" (sic)." P9

"[Noite de 28.09.12] O X [nome] encontrava-se a dormir no início do turno. Sono agitado e superficial, gritando "pai" (sic)/ "enfermeira" (sic), com discurso em tom assustado. Quando interpelado, encontrava-se a dormir. Acordou cerca das 2h00 (...)" P9

"[Noite de 28.09.12, às 2h00 acordou para urinar, sendo que] À saída do w.c. recusa deitar-se questionando se o pai estaria na unidade ("eu vou esperar por ele" sic). Perante a argumentação dos profissionais aceita deitar-se no leito vinculando-se a um membro da equipa para se tranquilizar. Fica na sua presença toda a noite. Acaba por adormecer mas sempre mantendo sono superficial. Cerca das 6h00 acorda espontaneamente, assustado. Pede para profissional acender a luz para a ver, acabando por se tranquilizar desse modo. 8h00 - Continua deitado no leito." P9

"(...) [Manhã de 28.09.12, após administração de terapêutica prescrita em SOS] dormiu por um curto período. Por volta das 10 Horas acordou (...)" P9

"[Manhã de 28.09.12] Fica na sala a ver T.V. e vai dormindo por períodos." P9

"(...) [Tarde de 28.09.12, ceou] e deitou-se no leito, adormecendo com luz de presença ligada." P9

"[Noite de 29.09.12, após adormecer] O X [nome] cerca das 22h30, com tom de voz agressivo chamando pelos familiares: "OH pai, OH pai..." (sic) assustado, foi securizado/orientado para a realidade. Ficou profissional de saúde junto dele até voltar a adormecer. Tranquilizou-se por longos períodos, com sono superficial e facilmente reactivo." P9

"[Noite de 29.09.12] Às 4h30 com despertares nocturnos, chamando "OH mãe, OH mãe" "OH pai, OH pai"; muito transpirado (...)" P9

Sono	Alterado	x	x	x	x	x	x	Sono Alterado	<p>"[Noite de 29.09.12, pelas 4h30] Mantém sono agitado/reactivo, com pesadelos (?); despertares nocturnos, mas acaba por tranquilizar-se. Pede para lhe darem medicação: "Aquele que faz babar..." (sic); foi reconfortado acabando por adormecer novamente. Nota: Acordou às 8h00 (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Dormitou após a refeição no sofá da sala e no quarto (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] 22h: Sem conseguir adormecer, inquieto, levanta-se e volta-se a deitar. Acaba por pedir o "comprimido para adormecer" sic (...). [Após ser administrado a terapêutica prescrita em SOS] Manteve-se sempre na companhia de um técnico a seu pedido. Adormece cerca das 22h45." P9</p> <p>"[Noite de 30.09.12] Dorme em sono agitado a gritar pelo pai. Cerca da 1h30 acorda inquieto, grande agitação psicomotora, grita pelo pai, "quero falar com o meu pai" (sic). "Vão chamá-lo" (sic)." P9</p> <p>"[Noite de 01.10.12] O X [nome] encontrava-se a dormir no início do turno. Sono agitado, vai gritando por períodos embora adormeça em seguida. Acorda cerca das 1h00, gritando pelo pai, tendo dificuldade em ouvir os enfermeiros, com comportamento de oposição. Refere que quer falar com o pai para pedir desculpa. Fica no quarto acompanhado pela A.O. acabando por adormecer. Na restante noite mantém sono superficial. Acorda às 6h00 querendo telefonar ao pai (...)." P9</p> <p>"[Manhã de 01.10.12] Dormiu por 30 minutos a meio da manhã e (...)" P9</p> <p>"[Noite de 02.10.12] Dormiu p/ períodos. Ciclos de sono profundo c/ outros mais superficial, falando alto durante o sono. P/ 2h30 acordou (...) [sendo administrada terapêutica prescrita em SOS]. 6h: Voltou a acordar, aceita ficar no quarto (...)" P9</p> <p>"[Noite de 03.10.12] Cerca das 2h30 o X [nome] acorda (...) [apresentando alterações do pensamento]" P9</p> <p>"(...) [Noite de 03.10.12] Na restante noite [após acordar às 2h30 e se administrar medicação prescrita em SOS] com sono superficial, acordando. Cerca das 3h30 acorda, novamente, (...). Refere que não tem sono, encontrando-se, realmente, desperto (...)" P9</p> <p>"[Noite de 03.10.12, após acordar às 3h30] Volta, novamente, a repousar, acordando, com o mesmo comportamento às 4h30 e 5h30 (...). [Após administração de medicação prescrita em SOS] Manteve sono superficial, embora encontrando-se menos desperto e com sono mais contínuo, embora superficial." P9</p> <p>"[Noite de 05.10.12] A X [nome] dormiu ao longo da noite um sono agitado por períodos que alternou com períodos em que apresentou um sono mais tranquilo." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 05.10.12, após administração de terapêutica prescrita em SOS] ficou mais sonolenta" P12</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] Necessário um técnico junto dela para descansar no quarto, sono superficial." P12</p> <p>"[Tarde de 05.10.12] Cerca das 21h40' já no quarto grita, com dificuldade em adormecer, angustiada (...). Fica acompanhada a tentar adormecer." P12</p> <p>"[Noite de 06.10.12] A X [nome] manteve-se ao longo da noite a dormir num sono agitado; manteve-se por períodos a gemer. Cerca das 7h acordou com os próprios gritos durante o sono, foi tranquilizada." P12</p> <p>"[Manhã de 06.10.12] A X [nome] manteve-se a dormir em sono profundo até cerca das 10h30'." P12</p> <p>"[Manhã de 06.10.12] Apresentou-se sonolenta após o almoço não conseguindo adormecer. Postura vige, mesmo na presença permanente de um técnico." P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12, após o jantar] Foi para o leito onde adormeceu acompanhada pela A.O." P12</p> <p>"[Noite de 07.10.12] A X [nome] dormiu, ao longo do turno, sono aparentemente tranquilo. Apenas por uma vez, chamou pela mãe, mas com postura contentora dos técnicos, regressa ao sono." P12</p> <p>[Manhã de 07.10.12, após o almoço] Apresenta-se sonolenta tendo sido acompanhada até ao quarto onde permaneceu na companhia de um técnico a descansar. P12</p> <p>"[Manhã de 07.10.12] 16h - Mantém-se a dormir." P12</p> <p>"[Noite de 08.10.12] A X [nome] dormiu por longos períodos, sono tranquilo. Inicialmente com luz de presença acesa mas depois apagou-se." P12</p> <p>"[Manhã de 08.10.12] Fica acompanhada por um técnico acabando por adormecer cerca das 12h. 13h30 Acordou." P12</p>	6	66
------	----------	---	---	---	---	---	---	---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

										<p>"(...) [Manhã de 08.10.12] apresentando-se muito sonolenta nesta altura [durante almoço]. Foi encaminhada novamente para o quarto, acabando por adormecer na presença de um técnico. 16h - Acordou." P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12] Mais sonolenta que em turnos anteriores." P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12] 20h45 - Muito sonolenta." P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12, ceou e] Foi para o leito, onde adormeceu na companhia da A.O." P12</p> <p>"[Noite de 09.10.12] A X [nome] dormiu por longos períodos, sono superficial." P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] Fica acompanhada por um técnico, só conseguindo adormecer um sono superficial quando dá a mão ao técnico." P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] Acaba por adormecer no colo de um técnico na sala de estar após o almoço." P12</p> <p>"[Noite de 10.10.12] A X [nome] apresenta sono superficial durante todo o turno, sendo necessário presença permanente de técnico. (...) [Pelas 3h30 foi administrada terapêutica prescrita em SOS] por não conseguir adormecer." P12</p> <p>"[Manhã de 10.10.12] Manteve-se ao longo do turno sonolenta (...) P12</p> <p>"(...) [Manhã de 10.10.12, esteve na reunião comunitária] acabando por adormecer." P12</p> <p>"[Manhã de 10.10.12] Após o almoço esteve a descansar no quarto na companhia de um técnico, apresentado sono superficial (...) P12</p> <p>"[Tarde de 10.10.12] Adormeceu no sofá após o jantar." P12</p> <p>"[Noite de 11.10.12] A X [nome] dormiu sono muito agitado e superficial a necessitar de presença em permanência." P12</p> <p>"[Manhã de 11.10.12] Após o almoço esteve a descansar no quarto na presença de um técnico." P12</p>		
<b>ATIVIDADE MOTORA</b>	<b>Agitação</b>	<b>Sim</b>	x	x	x	x	x	x	Agitação	<p>"[Tarde de 26.09.12] Na sequência da realização de ECG fica mais inquieto (...) P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12] O X [nome] no início do turno apresentava-se mais inquieto na sequência de ter realizado colheita de sangue." P9</p> <p>"[Tarde de 01.10.12, ao deitar, com alterações do pensamento e] Agitação psicomotora (...) P9</p>	1	3
<b>SENSAÇÕES</b>	<b>Dor</b>	<b>Sim</b>	x	x	x	Cabeça	x	x	Dor de Cabeça	<p>"[Tarde de 19.09.12, administrada terapêutica prescrita em SOS] por referir cefaleias, tendo revertido." P4</p> <p>"[Tarde de 20.09.12] Nota: 17h por cefaleias (...) P4</p>	1	2
	<b>Dor</b>	<b>Sim</b>	x	x	x	Tórax	x	x	Dor Torácica	<p>"[Manhã de 28.09.12] Fica mais angustiado referindo "está a doer-me o coração!" (sic) ficando mais aflito. Tranquilizado com uso de estratégia de "soprar uma vela", aceitando avaliar T.A. e P. que se encontram estáveis. Este episódio repetiu-se durante o turno sempre que mais angustiado (palpitações?). Fica sempre acompanhado pela enfermeira responsável, durante o turno da tarde, de o acompanhar." P9</p> <p>"(...) [Manhã de 29.09.12] ao longo do turno apresenta queixas de algesia localizada no hemitórax direito e médio sem irradiação para o braço, aparentemente acompanhado de angústia e ansiedade verbalizado no momento "vou morrer, sei que vou morrer, vê o meu coração, põe o aparelho", o quadro reverte rapidamente, após avaliação da TA e FC que se apresentam sem alterações (...) P9</p>	1	2
	<b>Dor Muscular</b>	<b>Sim</b>	x	x	x	x	x	x	Dor Muscular	<p>"[Tarde de 26.09.12] Refere dores musculares principalmente nos braços e costas. Promovida massagens nas costas que tolera e aceita (...) P9</p> <p>"[Manhã de 27.09.12] Mantém queixas de dores musculares nos membros superiores e inferiores." P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Mantém queixas a nível muscular e (...) P9</p>	1	3
	<b>Apetite</b>	<b>Alterado</b>	x	x	x	x	x	x	Apetite Alterado	<p>"[Manhã de 21.09.12] Apresentou pouco apetite: - Pequeno-almoço: 2/3 do leite e 3/4 do pão; - 11h: recusou; Almoço: Ingeriu sopa e banana; Lanche: recusou." P6</p> <p>"[Manhã de 01.10.12] Alimentou-se da totalidade da dieta e apresenta um apetite voraz." P9</p> <p>"[Tarde de 02.10.12] Alimentou-se com grande apetite." P9</p>	3	3
<b>REPRODUÇÃO</b>	<b>Menstruação</b>	<b>x</b>	x	x	x	x	x	x	<p>"[Noite de 22.09.12] Está menstruada." P6</p> <p>"(...) [Noite de 23.09.12] Pede para trocar tampão por se manter menstruada." P6</p>	1	2	
									<p>"[Manhã de 26.09.12] Alterna períodos em que se apresenta mais organizado com períodos em que ameaça os técnicos e se apresenta muito desconfiado referindo: "Tu és Bófia (...) tu andas a passar informações ao meu pai" (sic); "eu sei quem tu és (...) eu vou dar cabo de ti (...) Estás fodido" (sic). Manteve-se em permanência acompanhado por um técnico." P9</p> <p>"(...) [Tarde de 26.09.12] com delírios paranóides em torno da minha pessoa (...) P9</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] Nessa altura, com discurso por períodos desorganizado e (...) P9</p>			

"(...) [Tarde de 26.09.12, períodos de discurso] desorganizado com outros em que apresenta discurso organizado, comportamento adequado e ajustado." P9

"[Tarde de 26.09.12] Por momentos elabora falsos reconhecimentos, nomeadamente quanto aos técnicos do sexo masculino a que chama de polícias." P9

"[Noite de 27.09.12] Discurso centrado em fazer um telefonema para a mãe e de que o pai estava no internamento, sem conseguir confiar nos técnicos. Refere várias vezes: "Vou matar o meu pai! Que é isso de bater na minha mãe? Eu vou matar esse gajo! Agora que estou rico, quer roubar-me o dinheiro? Vou matar esse gajo!" (sic). Consegue estabelecer relação preferencial e de maior confiança com a AO, pedindo a sua presença no quarto." P9

"[Manhã de 27.09.12] O X [nome] apresentou ao longo do turno períodos em que fica mais inquieto, com agressividade latente e ideias paranóides. Discurso de conteúdo delirante fazendo falsos reconhecimentos. "Tu és bófia, eu vou-te matar." "Foi o meu pai que fez aquilo... eu sei que apareço no jornal... Quando sair daqui vou matar-te" (sic)." P9

"(...) [Manhã de 27.09.12] e ideias paranóides "O meu pai vai fazer mal à minha mãe... ele veio atrás de mim porque fiquei rico" (sic). (...) [Promovido higiene corporal, de relaxamento, ficando mais tranquilo] aceitando mais facilmente o contacto." P9

"[Tarde de 27.09.12] Manteve-se ao longo do turno desconfiado, discurso de conteúdo delirante, ideias paranóides, (...) referindo "Eu sei que tu és bófia (...)" P9

"[Tarde de 27.09.12] Após a visita do pai apresenta-se muito desconfiado em relação a mim, refere: "Eu sei que tu és bófia e que és informante do meu pai. Onde é que o deixaste escondido?" (sic). (...) Fica acompanhado por outra enfermeira questionando a mesma "Ela é bófia, não é? Eu sei que ela é bófia." (sic)." P9

"(...) [Tarde de 27.09.12] discurso aparentemente coerente e organizado nesta altura." P9

"(...) [Tarde de 27.09.12] discurso de conteúdo delirante. (...) Pediu para telefonar à mãe ficando menos inquieto ao saber que esta está a chegar à unidade." P9

"[Tarde de 27.09.12] Refere-me quando nos dirigimos até ao quarto com a mãe: "Diz-me onde é que está o meu pai? Eu sei que ele está em baixo da cama." (sic). Só fica mais tranquilo quando abre a porta do quarto e verifica o mesmo. Pede-me desculpa "Eu achava que tu eras bófia" (sic). Fica gradualmente mais tranquilo (...)" P9

"[Tarde de 27.09.12] Apresenta-se inquieto, desconfiado, refere: "Onde é que está o meu pai?" (sic); (...)" P9

"[Tarde de 27.09.12] Apresenta-se inquieto, desconfiado, refere: "Onde é que está o meu pai?" (sic); (...)" P9

"(...) [Manhã de 28.09.12] ideias paranóides." P9

"[Manhã de 28.09.12, após administração de terapêutica prescrita em SOS] Ficou mais tranquilo aceitando o contacto (...)" P9

"[Manhã de 28.09.12] Ao longo do turno manteve discurso de conteúdo delirante, ideias paranóides "Tu és bófia, queres apanhar-me, eu vou-te matar" (sic). Foi o meu pai não foi? Ele quer matar-me e vai bater à minha mãe." (sic). Apresenta bloqueios do pensamento e labilidade emocional, "Eu vou morrer, se morrer deixo tudo à minha mãe..." (sic), neste momento fica choroso e angustiado. Mantém também ideias de grandeza "Eu tenho um Ferrari... agora que sou rico" (sic)." P9

"[Tarde de 28.09.12] Logo a seguir, com ideias persecutórias, solicitando que a Enf.ª "não fosse atrás do pessoal" (sic), mas cedendo de imediato à argumentação. Vai questionando se o pai está na Unidade, sem angústia, ficando tranquilo após intervenção da Enf.ª." P9

"[Tarde de 28.09.12, recebeu a visita da mãe] ficando bastante angustiado: "o pai bateu-te?!" (sic). Tranquilizado. Levou mãe para quarto, apresentando discurso delirante, ideias persecutórias face ao pai. Procura certificar-se que este não entra em casa dele, questionando à Enfermeira se o poderia prender, sem ceder à argumentação. Devolvido que ainda estava bastante zangado com o pai por este ter sido preso mas que o pai já teria cumprido a pena e que, agora o tribunal já confiava no mesmo para poder sair em liberdade. Mantém angústia, questionando onde o pai estava "ele está aqui no internamento?" (sic)." P9

"(...) [Tarde de 28.09.12, ingeriu dieta] sem ideias de contaminação." P9

"[Tarde de 28.09.12] Nesse período a aceitar a proximidade/comunicação com Enf.º do sexo masculino, embora ainda desconfiado." P9



COGNIÇÃO

"[Tarde de 04.10.12] Refere ainda "Eu não me sinto bem. Sinto que tenho um bicho dentro de mim" (sic)." P12
"[Tarde de 04.10.12] Fica acompanhada por um técnico, mantendo-se muito inquieta e desconfiada." P12
"(...) [Manhã de 05.10.12] com discurso com ideias persecutórias relativamente ao meio: "Há pessoas que me querem fazer mal" (sic); desconfiada durante a colheita de sangue: "vão-me tirar todo sangue (sic)??". Necessário remetê-la para a realidade e desmistificar todos os procedimentos efectuados. Foi reorientada e tranquilizada." P12
"[Manhã de 05.10.12] Desconfiada relativamente ao barulho das portas e a todos os estímulos, olhando várias vezes, para se certificar que ninguém iria para o WC, enquanto [se encontrava nesse espaço] (...)" P12
"[Manhã de 05.10.12] Muito renitente na mudança de espaços, e com conteúdo persecutório "fizeram-me muito mal, sabia? Tem que me ajudar" (sic)." P12
"(...) [Tarde de 05.10.12, manteve grande parte do turno] delírios de ruína. Verbaliza "estragaram-me toda" (sic) "estou morta por dentro" (sic) (...)" P12
"(...) [Tarde de 05.10.12] Discurso circular à volta da alta "aqui há monstros, eu não posso ficar aqui, eu vou morrer" (sic) "eu sei que não vou melhorar, eu não tenho saúde" (sic)." P12
"[Manhã de 06.10.12] Ao acordar angustiada, grita. Delírio de ruína "mataram-me por dentro... não vê que eu estou morta" (sic). (...) Períodos de bloqueios do pensamento. Fica parada, olhar fixo, grande perplexidade." P12
"[Tarde de 06.10.12] A X [nome] manteve, ao longo do turno, discurso de conteúdo delirante e desorganizado. Estou toda cortada, eu estou morta por dentro. Foram os meus pais que fizeram isso". "Estão aqui pessoas más. Pessoas que me querem fazer mal. Eu sei que estão" (sic). Mesmo com postura contentora e tranquilizadora mantém o mesmo discurso delirante." P12
"[Tarde de 06.10.12, durante a visita dos pais com] Discurso delirante (...)" P12
"[Tarde de 06.10.12] Durante o jantar referiu: "É que eu tive uns homens que me fizeram mal. Isso é abuso sexual, não é?. Nesse momento, foi necessário, intervir para adequar. Em momento individual, aprofunda a situação. Refere: "Estava no meu quarto e entraram uns desconhecidos... e eu tive muito medo." (sic)." P12
"[Manhã de 07.10.12] Manteve ao longo do turno discurso desorganizado, delírios de ruína referindo várias vezes "Eu estou morta por dentro (...) estou toda cortada (...). Sinto-me mal por dentro (...)." (sic). Apresenta aparentes bloqueios do pensamento (...)" P12
"(...) [Manhã de 07.10.12] grande desconfiança; grande angústia chorando por vários períodos "não posso ficar aqui (...) há pessoas a fazer-me mal." (sic)." P12
"[Manhã de 07.10.12] Procura o contacto físico com os enfermeiros, dando a mão aos mesmos. Necessário um técnico em permanência com a X [nome]. 13h - Por manter grande angústia, discurso desorganizado com franca actividade delirante [foi administrada terapêutica prescrita em SOS] (...)" P12
"(...) [Manhã de 07.10.12] Foi necessário provar o iogurte antes de ingerir o mesmo. Referiu nesta altura "Está estragado" (sic)." P12
"[Manhã de 07.10.12] Após o almoço por um período apresentou um discurso mais organizado referindo "na escola fizeram-me mal" (sic) e conseguindo referir que tem medo de ir para o quarto por ter pesadelos." P12
"[Manhã de 07.10.12] Conversado com ambas [mãe e tia] sobre o estado/quadro da X [nome da adolescente] ao longo da manhã. Foram tranquilizadas. Reforçada a importância do sono para a X [nome] se conseguir organizar. Promovido momento para a mãe e a tia verem a X [nome] no quarto a dormir." P12
"[Tarde de 07.10.12] Mantém quadro confusional, com ideias de morte: "estou morta por dentro" (sic); muito reactiva ao barulho das portas e ao movimento gerado durante as visitas; (...)" P12
"(...) [Tarde de 07.09.12] mantém bloqueios do pensamento." P12
"[Manhã de 08.10.12] Manteve ao longo do turno grande desconfiança, assustada, aparentes bloqueios do pensamento (...)" P12
"(...) [Manhã de 08.10.12, com] delírios de ruína "Eu estou morta (...) estou toda estragada por dentro (...) estou toda partida" (sic). Necessita de um técnico em permanência junto de si, procurando dar a mão ao mesmo. Quando está em grupo mantém-se muito assustada, olhando várias vezes para trás e à sua volta, com alterações do pensamento (...)" P12
"(...) [Manhã de 08.10.12, fica, de novo, assustada, mantendo alterações] do pensamento francos." P12

									<p>"[Tarde de 08.10.12] Discurso de conteúdo delirante em torno das "agressões físicas" que terá sofrido (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] Mantém delírios de ruína "Estou morta por dentro, estou toda estragada, toda partida, não tenho cabeça" (sic) (...)" P12</p> <p>"(...) [Manhã de 09.10.12, manteve-se angustiada, com alterações] do pensamento." P12</p> <p>"(...) [Tarde de 09.10.12. Nota!: Durante a visita dos pais com alterações] do pensamento. Refere aos pais "não me deixem aqui sozinha, estou com medo, muito medo" (sic)." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 10.10.12, manteve] períodos em que manteve um fâcias assustado, delírios de ruína (...)" P12</p> <p>"(...) [Manhã de 10.10.12] referindo várias vezes "Tenho medo (...) estou estragada (...)" P12</p> <p>"(...) [Manhã de 11.10.12] (...) pede para estar perto dos técnicos. Mantém discurso delirante (...)" P12</p>		
Percepção	Alterado	x	x	x	x	x	x	Percepção Alterada	<p>"(...) [Tarde de 27.09.12] "Sinto a barriga a explodir" (sic). Após massagem nas costas fica mais tranquilo (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 04.10.12] Olha várias vezes à sua volta e para trás como se alguém estivesse a persegui-la (...)" P12</p> <p>"(...) [Tarde de 04.10.12] mostra a mama aos técnicos referindo: "Eu estou toda cortada estás a ver?" (sic)." P12</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] Alterações da percepção corporal: "furaram-me os olhos e esvaiu-se em sangue"; "tenho cortes por todo o corpo, que ver (?); a tocar-se constantemente e a procurar estar junto dos técnicos." P12</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] Em momento individual, refere que um homem vestido de preto está a segui-la, muito angustiada." P12</p> <p>"[Tarde de 05.10.12] A X [nome] manteve grande parte do turno olhar assustado, actividade produtiva, com alucinações visuais (...) levanta a roupa e mostra "não vê como eu estou toda cortada... eu não tenho dedos" (sic) "não posso urinar cortaram-me a vagina" (sic)." P12</p> <p>"[Tarde de 05.10.12] Toca várias vezes a região genital referindo terem-na "cortado" (sic). Manteve-se permanentemente na companhia de um técnico." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 06.10.12, ao acordar] Olha para a mão e refere "a minha mão caiu, não tenho mão" (sic). Alucinações visuais "não estas a ver os monstros... estão ali aqueles olhos pretos, muito grandes a olhar para mim" (sic)." P12</p> <p>"[Manhã de 06.10.12, durante o banho] Olhar, quase em permanência assustado, olha em várias direcções mas principalmente para trás." P12</p> <p>"(...) [Tarde de 06.10.12, durante a visita dos pais com] postura desconfiada, olhando repetidamente para trás dela (...)" P12</p> <p>"(...) [Manhã de 07.10.12] Alterações da percepção "Estás a ver as minhas mãos? Estão cheias de cortes (...) atrás de mim está ali um homem (...) estou a ver ali uns pés" (sic); (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 07.10.12, apresentou] alterações da percepção (...)" P12</p> <p>"(...) [Tarde de 07.10.12] olhando para a porta de entrada da unidade e referindo: "estão monstros lá fora"; foi securizada, a procurar o toque e a aproximação dos profissionais." P12</p> <p>"[Tarde de 07.09.12] Na hora do deitar, mantém receio, na luz de presença apagada, ficando acesa; quando vê os peluches na cama, refere os monstros estão atrás dos mesmos; remetida para a realidade; sente-se segura e contida; acabando por adormecer." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 08.10.12, com alterações da percepção] fixando o olhar por períodos. Manteve alucinações visuais: "Estão aqui monstros (...) vão fazer-me mal (...) eu estou a ver coisas muito feias (...) olha para as minhas mãos e para as minhas pernas, estão todas cortadas" (sic), mexe na barriga e levanta a camisola "vê estou toda cortada" (sic) (...)" P12</p> <p>"(...) [Manhã de 08.10.12, mantém-se muito assustada, com alterações] da percepção." P12</p> <p>"[Manhã de 08.10.12] Fica novamente muito assustada. Foi encaminhada para o quarto onde mantém alterações da percepção (...)" P12</p> <p>"(...) [Tarde de 08.10.12] "Tenho a vagina toda cortada. Agora é que você vai ver o que me fizeram" (sic). Está menstruada." P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] Manteve ao longo do turno fâcias assustado, olhar fixo e desconfiado, olha várias vezes à sua volta para confirmar se está alguém." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 09.10.12, manteve] alucinações visuais "Tenho muito medo, está ali um monstro (...) estão ali pessoas, eu estou a vê-los e vão fazer-me mal" (sic); grande angústia." Procura dar a mão aos técnicos referindo "Fica aqui comigo porque tenho muito medo" (sic). Necessário um técnico em permanência junto da X [nome]. P12</p>	2	26

										<p>"[Manhã de 09.10.12] Esteve um período no computador, mantendo-se angustiada "Estou toda cortada no corpo". Foi encaminhada para o quarto onde mantém alterações da percepção (...)" P12</p> <p>"(...) [Tarde de 09.10.12. Nota! Esteve na visita dos pais] apresentando alterações da percepção (...)" P12</p> <p>"(...) [Tarde de 09.10.12, manteve-se] com actividade produtiva residual." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 10.10.12, manteve] alucinações visuais. Procura por períodos presença dos técnicos junto de si, dando a mão aos mesmos." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 10.10.12, referindo "estou] toda cortada" (sic)." P12</p> <p>"(...) [Manhã de 11.10.12, mantém] alucinações visuais, verbaliza [?]" P12</p>		
MEMÓRIA	Confusão	x	x	x	x	x	x	x	x	"[Tarde de 26.09.12, Nota:] Orientado no tempo, espaço e pessoa." P9	1	1
	Confusão	Sim	x	x	x	x	x	x	Confusão	"[Manhã de 01.10.12, durante os cuidados de higiene corporal foi] Orientado para os seus produtos de higiene (tenta usar os dos outros)." P9	1	2
										<p>"[Manhã de 31.08.12] A X [nome] manteve fâcies fechado (...)" P1</p> <p>"[Tarde de 31.08.12] A X [nome] apresentou-se com fâcies tranquilo (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 01.09.12] A X [nome] apresentou-se com fâcies tranquilo." P1</p> <p>"[Tarde de 01.09.12] A X [nome] ao longo do turno apresentou fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 02.09.12] A X [nome] apresentou-se com fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Tarde de 02.09.12] A X [nome] manteve fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 03.09.12] A X [nome] apresentou fâcies tranquilo (...)" P1</p> <p>"[Tarde de 03.09.12] A X [nome] ao longo do turno apresentou fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 04.09.12] A X [nome] manteve fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Tarde de 04.09.12] A X [nome] permaneceu tranquila, fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 05.09.12] A X [nome] manteve fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Tarde de 05.09.12] A X [nome] manteve fâcies aberto (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 06.09.12] A X [nome] apresentou fâcies tranquilo (...)" P1</p> <p>"[Manhã de 12.09.12] O X [nome] apresentou-se com alguma labilidade emocional (...)" P2</p> <p>"[Manhã de 13.09.12] O X [nome] ao longo do turno apresentou fâcies fechado (...)" P2</p> <p>"[Tarde de 13.09.12] O X [nome] apresentou-se c/ fâcies tranquilo (...)" P2</p> <p>"[Manhã de 14.09.12] O X [nome] manteve fâcies tranquilo (...)" P2</p> <p>"[Manhã de 15.09.12] O X [nome] apresentou fâcies aberto (...)" P2</p> <p>"(...) [Tarde de 15.09.12] fâcies aberto (...)" P2</p> <p>"[Tarde de 16.09.12] O X [nome] apresentou labilidade emocional ao longo do turno (...)" P2</p> <p>"[Manhã de 17.09.12] O X [nome] manteve fâcies tranquilo (...)" P2</p> <p>"[Tarde de 17.09.12] O X [nome] manteve fâcies triste ao longo do turno." P2</p> <p>"[Manhã de 18.09.12] Fâcies tranquilo (...)" P2</p> <p>"[Tarde de 17.09.12] O X [nome] manteve fâcies triste ao longo do turno." P4</p> <p>"[Manhã de 18.09.12] O X [nome] apresentou-se com fâcies tranquilo (...)" P4</p> <p>"[Manhã de 18.09.12] Mantém olhos encovados, olhar triste." P4</p> <p>"[Tarde de 18.09.12] O X [nome] ao longo do turno apresenta um fâcies aparentemente tranquilo." P4</p> <p>"[Manhã de 19.09.12] O X [nome] apresentou ao longo do turno fâcies aberto." P4</p> <p>"(...) [Tarde de 19.09.12] Apresentava-se um pouco lábil, tendo estado a chorar; referindo ter saudades." P4</p> <p>"[Manhã de 20.09.12] O X [nome] apresentou fâcies aberto, sorriso fácil (...)" P4</p> <p>"[Tarde de 20.09.12] O X [nome] manteve fâcies aberto (...)" P4</p> <p>"[Manhã de 21.09.12] O X [nome] esteve tranquilo [durante a maior parte da manhã] (...)" P4</p> <p>"[Tarde de 21.09.12] O X [nome] alternou ao longo do turno períodos em que apresentou um fâcies mais triste com períodos em que apresentou um fâcies mais tranquilo." P4</p> <p>"[Manhã de 22.09.12] O X [nome] manteve fâcies aberto ao longo do turno, sorriso fácil." P4</p> <p>"[Tarde de 22.09.12] O X [nome] manteve fâcies aberto (...)" P4</p>		



Angústia de Separação	Sim	x	x	x	x	x	x	Angústia de Separação	<p>"[Tarde de 10.10.12] A X [nome] apresenta fácies mais tranquilo, por períodos inquieta e com angústia mas que reverte com mais facilidade após intervenção dos técnicos." P12</p> <p>"[Tarde de 12.09.12] Com angústia de separação da mãe. Choroso, gritando pela mãe, sendo necessário contê-lo para que pudesse separar-se da mãe." P2</p> <p>"[Tarde de 12.09.12, perante angústia de separação da mãe, foi necessário proceder à contenção do adolescente e administração de medicação prescrita em SOS] Progressivamente mais tranquilo, pede desculpa aos técnicos." P2</p> <p>"[Tarde de 12.09.12] Mantém contacto ansioso e lábil, nomeadamente quando se aborda assunto da mãe." P2</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] No início do turno foi realizada transferência de enfermeiro responsável pelo X [nome] durante o turno, junto do jovem. Fica, inicialmente, renitente, solicitando à Enfermeira que o acompanhou durante a manhã para não se ausentar. Conseguiu-se despedir." P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] À despedida, choroso, angustiado, com ameaças verbais dirigidas á Enfermeira. Devolvido que estava triste por o pai se ir embora mas que este amanhã regressava. Fica mais tranquilo." P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12, quando interrompida visita da mãe, pelos profissionais] Fica angustiado (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 29.09.12, no final da visita] Consegue despedir-se da mãe (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12, no final da visita] Despediu-se do pai sem dificuldade." P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12] 19h: Necessário mediar a despedida [da mãe, no final da visita]." P9</p> <p>"[Tarde de 02.10.12, no final da visita da mãe] Despediu-se sem dificuldade." P9</p> <p>"[Tarde de 09.10.12, no final da visita dos pais] Necessário mediar despedida." P12</p> <p>"(...) [Tarde de 10.10.12] no momento final da visita [da mãe e prima] com angústia de separação que reverte com facilidade." P12</p>	3	12		
Humor	Alterado	x	x	x	x	x	x	Humor Alterado	<p>"(...) [Manhã de 31.08.12] humor tendencialmente deprimido." P1</p> <p>"(...) [Tarde de 25.09.12] humor deprimido." P8</p> <p>"(...) [Manhã de 26.09.12] humor deprimido (...)" P8</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] Humor deprimido." P8</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Humor tendencialmente deprimido mas consegue sorrir por períodos junto ao grupo." P8</p> <p>"(...) [Tarde de 26.09.12, promovida massagem por apresentar queixas algicas] Contudo, nesse momento fica mais desinibido: "Queres casar comigo?" P9</p> <p>"(...) [Tarde de 29.09.12] ao deitar-se comportamento e discurso mais desinibido, relativamente à X, "só me deito se ela se deitar comigo"." P9</p> <p>"[Manhã de 30.09.12] Apresenta-se mais desinibido nesta altura sendo necessário mediar a interacção com a X [nome de outra adolescente internada]." P9</p> <p>"(...) [Tarde de 30.09.12] mas comportamento mais desinibido com X [nome de outra adolescente internada], procurando o contacto físico com a mesma." P9</p> <p>"[Tarde de 02.10.12] Antes do jantar apresenta-se mais desinibido referindo "Oh X [nome de outra adolescente internada] porque é que tu não me apresentas a tua irmã?" (sic) "Que idade é que ela tem?" (sic)." P9</p> <p>"(...) [Manhã de 01.10.12] humor tendencialmente deprimido" P10</p> <p>"(...) [Tarde de 01.10.12] humor deprimido." P10</p> <p>"[Tarde de 08.10.12] A X [nome] manteve-se ao longo do turno com humor deprimido (...)" P12</p>	5	13		
									<p>"(...) [Tarde de 01.09.12] humor eufímico (...)" P1</p> <p>"(...) [Manhã de 02.09.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Tarde de 02.0.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Manhã de 03.09.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Tarde de 03.09.12] humor eufímico (...)" P1</p> <p>"(...) [Manhã de 04.09.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Manhã de 05.09.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Tarde de 05.09.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Manhã de 06.09.12] humor eufímico." P1</p> <p>"(...) [Manhã de 13.09.12] humor aparentemente eufímico (...)" P2</p> <p>"(...) [Tarde de 13.09.12] humor eufímico." P2</p>				

	Humor	x	x	x	x	x	x	x	x	Humor	<p>"(...) [Manhã de 14.09.12] humor eufímico." P2</p> <p>"(...) [Manhã de 15.09.12] humor eufímico." P2</p> <p>"[Tarde de 15.09.12] Humor eufímico (...)" P2</p> <p>"(...) [Manhã de 17.09.12] humor eufímico." P2</p> <p>"[Manhã de 18.09.12] O X [nome] apresentou-se com humor aparentemente eufímico." P2</p> <p>"(...) [Manhã de 20.09.12] humor eufímico." P4</p> <p>"(...) [Tarde de 20.09.12] humor aparentemente eufímico." P4</p> <p>"(...) [Manhã de 21.09.12] humor eufímico durante a maior parte do turno." P4</p> <p>"(...) [Tarde de 23.09.12] humor eufímico." P4</p> <p>"(...) [Manhã de 21.09.12] humor eufímico." P6</p> <p>"(...) [Tarde de 22.09.12] humor eufímico." P6</p> <p>"[Tarde de 25.09.12] Humor eufímico." P6</p> <p>"(...) [Manhã de 26.09.12] humor eufímico." P6</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Humor eufímico." P8</p> <p>"(...) [Manhã de 30.09.12] humor aparentemente eufímico." P8</p> <p>"(...) [Manhã de 01.10.12] humor aparentemente eufímico." P8</p> <p>"(...) [Manhã de 02.10.12] humor eufímico." P10</p> <p>"(...) [Manhã de 03.10.12] humor aparentemente eufímico." P10</p> <p>"(...) [Tarde de 03.10.12] humor eufímico." P10</p> <p>"(...) [Manhã de 05.10.12] humor aparentemente eufímico." P10</p>	6	31
	Frustração	Sim	x	x	x	x	x	x	Frustração	<p>"[Manhã de 25.09.12] Na actividade de culinária ficou com fúrias fechado e tensa pediu para ir ao exterior. Refere que estava irritada por não estar a concordar com o que se estava a fazer. Foi valorizada a capacidade de arranjar uma estratégia." P6</p> <p>"(...) [Noite de 01.10.12, acordou às 6h00], com comportamento de oposição face aos profissionais. Grita, procura entrar no quarto das rapazes "para falar com o X [nome de outro adolescente internado]" (sic), sem respeitar o sono dos outros. Quando contrariado, reage com ameaças ("ai é assim? Então vou ficar aqui em pé à espera" sic)." P9</p>	2	2	
FORÇA DE VONTADE	Vontade de Viver	Comprometido	x	x	x	x	x	x	Vontade de Viver Comprometida	<p>"[Manhã de 22.09.12] Em conversa com a enfermeira fala da T.S., verbaliza, "Não sei bem o que aconteceu, há muita coisa que eu não me lembro. Não sei porque é que escrevi aquilo sobre o meu irmão" (sic). Nessa altura fica chorosa, "Não sei o que se passou e ele ainda não falou comigo, estava à espera que me viesse ver" (sic). Verbaliza que vai falar com a mãe para lhe pedir para ele vir amanhã. Refere que antes do internamento sentia oscilações do humor frequentes." P6</p>	1	1	
	Stress do Prestador de Cuidados	Sim	x	x	x	x	x	x	Stress do Prestador de Cuidados	<p>"[Tarde de 20.09.12, a mãe] Evidenciou receio que a filha não a quisesse receber. Feita Informação familiar no sentido de apoio, gestão de expectativas e de conflitos sendo reforçado a importância da visita, foi tranquilizada." P6</p> <p>"[Manhã de 06.10.12] A mãe ligou cerca de 4 vezes ao longo do turno, verbalizando grande preocupação e ansiedade relativamente a esta situação [situação clínica da filha]." P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12] Pais muito preocupados com a situação. Chorosos por períodos, em que se ausentavam da visita." P12</p>	2	3	
										<p>"[Tarde de 26.09.12, apresentava delírios paranóides] tecendo-me ameaças de agressividade verbal. Apesar de se procurar tranquilizar e promover a confiança na enfermeira agride-me com a mão. Nesse momento, por um curto período, foi necessário contenção física pela enfermeira. Devolvido que este tipo de comportamentos não são permitidos na unidade e que se os mantivesse tinha de ser contido mecanicamente, de novo. Aparentemente compreende o referido e pede desculpa. A partir desse momento, mais educado no contacto, a mais facilmente aceitar a minha presença. A pedido do próprio tomou banho com supervisão e referiu grande sensação de alívio após o mesmo agradecendo o cuidado." P9</p> <p>"(...) [Tarde de 26.09.12, por períodos com discurso] agressivo (...)" P9</p> <p>"(...) [Tarde de 26.09.12] inicia novo período de inquietação, com discurso agressivo: "Já vi que não posso confiar em ti, já disse que quero cear!" (sic). Pede para cear no quarto (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] Nota: Ao longo do turno, oscilou períodos de maior inquietação com discurso de teor agressivo e (...) [com períodos de comportamento mais ajustado]" P9</p>			

ADAPTAÇÃO	Autocontrolo: Agressividade	Não Eficaz	x	x	x	x	x	x	Autocontrolo: Agressividade Não Eficaz	<p>"[Manhã de 27.09.12] Por dois momentos fica mais agressivo dirigindo-se aos técnicos tentando agredi-los fisicamente. Com uma postura mais contentora adequada o comportamento. Necessita de um técnico em permanência, de preferência do sexo feminino (mais reactivo com técnicos do sexo masculino)." P9</p> <p>"(...) [Manhã de 27.09.12, pelas 15h, repetiu terapêutica em SOS] por agressividade no discurso, dificuldade em esperar [e alterações do pensamento] (...). Promovido banho de relaxamento. Fica mais tranquilo (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12, com alterações do pensamento] apresentando comportamento de heteroagressividade verbal por períodos (...) [refere] "(...) eu hoje vou-te partir toda, vou-te matar. Estás avisada." (sic)." P9</p> <p>"(...) [Tarde de 27.09.12, desconfiado face a profissional] Apresenta-se inquieto "Sai daqui que eu vou-te bater (...) eu já te avisei (...) tu não me enganas!" (sic). [Fica acompanhado por outra profissional] (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12] 17h45 - Fica mais inquieto por a mãe ainda não o ter vindo visitar, apresentando heteroagressividade verbal e (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12, recebeu a visita da mãe, procurando ter alta clínica] apresentando-se gradualmente mais inquieto e com heteroagressividade verbal dirigida aos técnicos. Quando lhe é dito que a mãe irá embora reage com grande agressividade verbal e ameaça aos técnicos." P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] O X [nome] no início do turno apresentava postura tensa, inquieto com agressividade no discurso e (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Por volta das 15 Horas fica mais inquieto com agressividade dirigida aos técnicos fazendo ameaças com uma cadeira." P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Recebeu a visita do pai. Pai contentor. Nesse período, o jovem dirige a agressividade verbal à Enfermeira ("vou-te matar!" sic), embora cedendo quando lhe foi devolvido que estava muito zangado." P9</p> <p>"(...) [Tarde de 28.09.12, quando interrompida visita da mãe, pelos profissionais, reage] com agressividade dirigida a objectos - porta. Tranquilizado com abraço. Este agradece. Promovida massagem, no leito, na região lombar. Refere que tem saudades do X [nome da localidade onde reside]. Refere que quando chegar vai ser preso pela "bófia" (sic). Referido que ele tinha tido um surto psicótico, tendo ficado com ideias/pensamentos baralhados e que, por isso, não iria preso. Refere que quer ser cantor. Fala da escola que frequenta: "eu vou para um curso de informática" (sic). Promovido banho relaxante, com efeito." P9</p> <p>"[Noite de 29.09.12] Por volta da 1H30, por apresentar agitação/inquietação, agressividade verbal para técnicos do género masculino, (...) [foi administrada terapêutica prescrita em SOS] (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Mantém-se ao longo do turno, sempre com técnico em permanência, em relação dual, quando mais angustiado e ansioso em que fica c/ agressividade verbal (...)" P9</p> <p>"[Noite de 30.09.12, acorda após pesadelo, iniciando] Heteroagressividade verbal dirigida aos técnicos." P9</p> <p>"[Manhã de 30.09.12] Por períodos com discurso ameaçador face a profissionais que reverte (embora com menos facilidade do que em turnos anteriores)." P9</p> <p>"(...) [Tarde de 30.09.12, com alterações do pensamento, referindo] "(...) Eu já te avisei, tu sai daqui que eu parto-te toda" (sic) apresentando heteroagressividade verbal, nesta altura. 22h15: Fica acompanhado por um técnico até adormecer." P9</p> <p>"[Manhã de 02.10.12] Curtos períodos com alguma agressividade verbal dirigida aos técnicos." P9</p> <p>"(...) [Noite de 03.10.12, acorda pelas 3h30, de novo] encontrando-se com um discurso mais ameaçador e com comportamento de oposição (...)" P9</p>	1	21
	Autocontrolo: Ansiedade	Não Eficaz	x	x	x	x	x	x	Autocontrolo: Ansiedade Não Eficaz	<p>"[Tarde de 14.09.12] Muito preocupado e ansioso relativamente à dieta e terapêutica prescrita. Foi promovido momento individual de forma a consolidar projecto terapêutico estabelecido." P2</p> <p>"[Manhã de 16.09.12] O X [nome] manteve ao longo do turno c/ alguma ansiedade relativamente à pesagem de amanhã, centrado o seu discurso p/ diversas vezes neste momento. Tranquilizado sobre o mesmo. Ressalvado que um peso é apenas o reflexo do seu projecto terapêutico." P2</p> <p>"[Manhã de 16.09.12] Participou posteriormente na actividade de relaxamento no qual refere no final que a actividade o ajudou a descentrar da ansiedade da pesagem." P2</p> <p>"(...) [Tarde de 16.09.12] referindo receio da pesagem, centrado no SOS que teria de tomar à noite para conseguir adormecer." P2</p>	2	6

											<p>"[Tarde de 27.09.12] Questiona várias vezes a que horas a mãe vem visitá-lo apresentando-se visivelmente ansioso nesta altura." P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12]18h: Fica gradualmente mais inquieto "A minha mãe nunca mais chega? Quero ligar à minha mãe!" (sic). Tentou-se contactar 2 vezes a mãe sem sucesso, posteriormente contactou-se a tia do X [nome] que referiu que a mãe estava a chegar, ficando nesta altura o X [nome] mais tranquilo." P9</p>		
<b>Autoestima</b>	<b>Autoestima</b>	<b>Diminuída</b>	x	x	x	x	x	x	x	Autoestima Diminuída	<p>"[Manhã de 06.09.12] Na actividade de beleza apresentou-se insegura, referindo diversas vezes que "não sabia pintar as unhas" (sic) enquanto estava a pintar as unhas da adolescente X1 [nome]. Não aceita ajuda da X2 [nome de outra adolescente internada] para pintar as suas unhas, acabando por não o fazer (por a Enfermeira que desejava não o poder fazer - altura da reunião multidisciplinar)." P1</p> <p>"[Tarde de 19.09.12] Foi-lhe proposto participar na actividade de um mural, tendo aderido bem, no entanto precisando de algum reforço positivo para desenhar; referindo várias vezes que não o sabe fazer. Acabou por aderir." P4</p> <p>"(...) [Tarde de 22.09.12, participou nos jogos de grupo] mas com pouca valorização pessoal." P4</p>	2	3
	<b>Auto cuidado: Higiene</b>	<b>Dependente</b>	x	x	x	x	x	x	x	Auto cuidado: Higiene Dependente	<p>"(...) [Manhã de 05.10.12] foram efectuados cuidados de higiene e conforto. Necessitou de ajuda total durante a higiene; apresentava cuidados de higiene íntima descuidados/ desfragmentação do corpo." P12</p> <p>"[Manhã de 06.10.12] Aceita tomar banho após grande estímulo. Necessita de ajuda total." P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12] Autocuidou-se no WC." P12</p> <p>"[Manhã de 07.10.12] A X [nome] no início do turno realizou cuidados de higiene na W.C. com ajuda parcial necessitando de indicações simples para realizar as actividades de higiene (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 08.10.12] A X [nome] no início do turno realizou cuidados de higiene na W.C. com ajuda parcial, necessitando de indicações simples para realizar o banho (...)" P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12] Autocuidou-se no WC." P12</p> <p>"[Manhã de 09.10.12] A X [nome] no início do turno realizou cuidados de higiene na W.C. com ajuda parcial a necessitar de indicações simples." P12</p> <p>"[Manhã de 10.10.12] A X [nome] no início do turno realizou cuidados de higiene no W.C. com supervisão." P12</p> <p>"[Manhã de 11.10.12] A X [nome] foi auxiliada nos cuidados de higiene necessitando de ajuda parcial e indicações simples que cumpre." P12</p>	1	9
	<b>Auto cuidado: Higiene</b>	<b>x</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	<p>"[Tarde de 02.09.12] Realizou os cuidados de higiene." P1</p> <p>"[Tarde de 12.09.12] Autocuidou-se no WC." P2</p> <p>"[Manhã de 14.09.12] Realizou os cuidados de higiene." P2</p> <p>"[Tarde de 21.09.12] Realizou cuidados de higiene." P4</p> <p>"[Noite de 24.09.12] Por volta das 8h00 autocuidou-se no WC (...)" P4</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] Após a ceia realizou os cuidados de higiene." P8</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Autocuidou-se no WC, depois de ceiar." P8</p> <p>"(...) [Noite de 29.09.12] iniciou cuidados de higiene e conforto." P9</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Cuidados de higiene no WC c/ supervisão (...)" P9</p> <p>"(...) [Manhã de 29.09.12] e conforme acordado, tomou duche p/ 15h45 (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12, às 21h:] Realizou cuidados de higiene no W.C. com supervisão." P9</p> <p>"[Noite de 01.10.12] 7h30: Procedeu à higiene corporal de forma autónoma." P9</p> <p>"(...) [Noite de 02.10.12] pelas 7h30 foi efectuar os cuidados de higiene (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 02.10.12] Autocuidou-se com supervisão." P9</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Autocuidou-se no WC." P10</p> <p>"[Tarde de 30.09.12] Realizou cuidados de higiene." P10</p> <p>"[Manhã de 02.10.12] Realizou os cuidados de higiene." P10</p>	6	17
	<b>Auto cuidado: Higiene</b>	<b>x</b>	x	x	x		Cavid. Oral	x	x	x	<p>"[Tarde de 16.09.12] Procedeu à higiene oral." P2</p> <p>"[Tarde de 23.09.12] Procedeu à higiene oral (...)" P4</p> <p>"[Tarde de 20.09.12] Fez higiene oral (...)" P6</p> <p>"[Tarde de 23.09.12] Procedeu à higiene oral (...)" P6</p> <p>"[Tarde de 24.09.12] Procedeu à higiene oral (...)" P6</p> <p>"[Tarde de 25.09.12] Fez higiene oral após a ceia." P6</p> <p>"[Tarde de 25.09.12] Procedeu à higiene oral (...)" P8</p>	6	12

									"[Tarde de 27.09.12] Realizou cuidados de higiene oral." P8		
									"[Tarde de 28.09.12] Procedeu à higiene oral (...)" P9		
									"[Tarde de 02.10.12, pelas 21h] Realizou cuidados de higiene oral." P9		
									"[Tarde de 02.10.12] Realizou cuidados de higiene oral no W.C." P10		
									"[Tarde de 03.10.12] Procedeu à higiene oral (...)" P10		
Auto cuidado: Arranjar-se	x	x	x	x	x	x	x	x	"[Tarde de 21.09.12] Antes do jantar realizou depilação das pernas com supervisão da enfermeira." P6	2	2
									"[Manhã de 02.10.12] Participou c/ grande agrado na actividade de beleza. Bastante cuidada na sua imagem. Promovendo também os cuidados às outros jovens." P10		
Auto cuidado: Vestir-se/ Despir-se	Dependente	x	x	x	x	x	x	Auto cuidado: Vestir-se/Despir-se Dependente	"(...)" [Manhã de 07.10.12, necessita de ajuda parcial no] vestir/despir-se." P12	1	2
									"(...)" [Manhã de 08.10.12, necessitando de ajuda parcial no] vestir/despir-se." P12		
Auto cuidado: Comer	Dependente	x	x	x	x	x	x	Auto cuidado: Comer Dependente	"[Manhã de 26.09.12] Negociado retirar sonda nasogástrica e contenção física. Alimentou-se razoavelmente ao almoço, após ser retirada sonda nasogástrica." P9	1	2
									"[Manhã de 26.09.12] 14h50 - Retirada contenção física na totalidade." P9		
Auto cuidado: Ir ao Sanitário	Dependente	x	x	x	x	x	x	Auto cuidado: Ir ao Sanitário Dependente	"[Tarde de 07.10.12] A X [nome] manteve recusa em ir ao WC, necessitando permanentemente de um técnico junto dela, a necessitar de indicações simples para urinar; receio que a porta fique fechada da casa de banho." P12	1	3
									"[Tarde de 07.10.12] <u>nota</u> : urinou em grande quantidade (...)" P12		
									"[Tarde de 08.10.12] Urinou duas vezes, ao longo do turno, por insistência." P12		
									"[Tarde de 30.08.12] Após o jantar estive a ver os Morangos com Açúcar com interesse. P1		
									"(...)" [Tarde de 31.08.12] por períodos a fazer pulseiras. Estive a fazer um desenho para oferecer à mãe." P1		
									"[Tarde de 31.08.12] Após o jantar estive a fazer pulseiras e (...)" P1		
									"[Tarde de 02.09.12] Estive um período a ver T.V." P1		
									"[Tarde de 04.09.12] Estive no PC a ouvir música." P1		
									"[Tarde de 05.09.12] Estive a ver TV." P1		
									"[Manhã de 06.09.12] Estive por um período no computador a fazer pesquisa de música, junto da jovem X [nome]." P1		
									"[Tarde de 12.09.12] Estive por um período a escrever nas suas folhas, referindo que é uma espécie de Diário." P2		
									"[Tarde de 13.09.12] Estive um período em dinâmica de grupo a jogar às cartas." P2		
									"[Tarde de 15.09.12] Estive no computador, a ouvir música e a jogar. Em momento individual c/ a Enf. <sup>a</sup> , refere que a falta de concentração não lhe permite conseguir permanecer muito tempo numa actividade (ler, ver filmes...) a não ser com muito estímulo externo." P2		
									"(...)" [Tarde de 16.09.12, a realizar actividades de cariz individual] como pintar gesso (estive a pintar um coração [de gesso])." P2		
									"(...)" [Manhã de 17.09.12, estive] posteriormente a ler um livro." P2		
									"[Manhã de 18.09.12] Muito focado em terminar o coração em "gesso" para oferecer à mãe. Estive por curtos períodos no computador." P2		
									"[Manhã de 18.09.12] Autónomo nas actividades, tendo forrado uma caixa de gesso." P4		
									"[Manhã de 21.09.12] Estive a realizar origami próximo do jovem X [nome de outro adolescente internado] com interesse." P4		
									"[Tarde de 21.09.12] Participou na actividade "Party&Co" a necessitar de reforço positivo durante a actividade, apresentando grandes dificuldades na leitura e compreensão das questões do jogo." P4		
									"[Tarde de 23.09.12] Estive a realizar jogos de grupo (cartas) (...)" P4		
									"[Manhã de 21.09.12] Estive a organizar origami e bijuteria." P6		
									"[Manhã de 21.09.12] Estive no computador a ouvir música e a fazer pesquisa no computador." P6		
									"[Tarde de 21.09.12] Após o jantar estive próxima do grupo a jogar cartas e por um período estive no computador a ouvir música." P6		
									"[Tarde de 23.09.12] 20h00 - Realizou jogos de cartas com o grupo de pares." P6		
									"[Manhã de 26.09.12] Estive por um período no computador a ouvir música com supervisão (...)" P8		
									"[Tarde de 27.09.12] Estive a visualizar filme com aparente interesse." P8		

AUTOCUIDADO

<p>Auto cuidado: Atividade Recreativa</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>"[Tarde de 28.09.12] Esteve c/ o grupo a jogar jogos de tabuleiro e posteriormente no computador sozinha a ouvir música." P8  "[Manhã de 29.09.12] Esteve a jogar Party&amp;Co. com o grupo, revelando poucos conhecimentos sobre elementos básicos da cultura geral." P8  "[Manhã de 29.09.12] Esteve a pintar desenhos com agrado." P8  "[Tarde de 29.09.12] Assistiu ao filme "Um dia depois de amanhã" com interesse." P8  "[Tarde de 29.09.12] Esteve a jogar às cartas com o grupo." P8  "[Tarde de 30.09.12] Deu continuidade à sua actividade em gesso. Fez o símbolo da paz em gesso." P8  "[Manhã de 01.10.12] Esteve por curtos períodos no computador." P8  "[Tarde de 01.10.12] Após o jantar esteve a ver o filme O Rio e posteriormente a jogar às cartas." P8  "[Manhã de 26.09.12] Esteve por um período no quarto a jogar uno com a X1 [nome de outra adolescente internada], X2 [nome de outra adolescente internada] e enfermeira." P9  "[Manhã de 26.09.12] Esteve um período no computador a ouvir música com supervisão." P9  "[Tarde de 26.09.12] O X [nome] no início do turno encontrava-se no PC a ouvir música, com presença constante de uma enfermeira." P9  "[Tarde de 26.09.12] Esteve por um período no PC a ouvir músicas de bandas do seu agrado. Nessa altura mais tranquilo, a tolerar o toque. Contacto agradável." P9  "(...) [Manhã de 27.09.12] estando por períodos no computador com os outros jovens." P9  "[Tarde de 27.09.12] Esteve por um período no computador a ouvir música (...)" P9  "(...) [Tarde de 27.09.12] sentando-se na sala a ver um filme." P9  "[Manhã de 28.09.12] Esteve no computador a ouvir música e (...)" P9  "[Manhã de 28.09.12] Esteve a ouvir música (...)" P9  "[Tarde de 28.09.12] Pede para ver filme de desenhos animados. Durante filme refere que este está relacionado com a sua situação actual, com discurso organizado." P9  "(...) [Manhã de 29.09.12, conseguiu estar] no computador a ouvir música e a imprimir imagens c/ o X [nome de outro jovem internado], que colocou numa mica." P9  "(...) [Manhã de 29.09.12] ouviu música, esteve sentado ao sol com tranquilidade." P9  "(...) [Tarde de 29.09.12] fica na sala a ver o filme c/ os jovens "O dia depois de amanhã" e posteriormente no computador a ouvir música RAP e a imprimir algumas imagens." P9  "[Tarde de 30.09.12] Manteve-se por períodos junto do grupo a ver televisão" P9  "[Manhã de 01.10.12] Após o Almoço esteve no computador a ouvir música e depois foi por um curto período para o quarto." P9  "[Tarde de 02.10.12] Esteve no computador a ouvir música (Rap crioulo) com interesse (...)" P9  "[Tarde de 02.10.12] Após o jantar esteve cerca de 30 minutos a ver o jogo Benfica - Barcelona com aparente interesse. Interrompeu a visualização do jogo e esteve por um período no computador e na sala de actividades a escrever a letra de uma música aparentemente interessado. Refere nesta altura estou a escrever uma letra em crioulo." (sic)." P9  "[Manhã de 29.09.12] Esteve com o grupo a jogar Party&amp;Co (...)" P10  "[Tarde de 29.09.12] Assistiu ao filme (...) com atenção." P10  "[Tarde de 30.09.12] Visualizou com o grupo filme com pouco interesse." P10  "[Tarde de 30.09.12] Após o jantar jogou por um período monopólio com o grupo." P10  "[Tarde de 03.10.12] 20h00 - Visualizou filme com aparente interesse." P10  "[Manhã de 05.10.12] Esteve preferencialmente a ver televisão (...) e o filme (...)" P10  "[Tarde de 07.09.12] Esteve a ver (T.V.) por períodos - filme (...) c/ aparente interesse." P12  "[Manhã de 08.10.12] Esteve por um curto período no computador a ouvir música (Floribella) conseguindo cantar nessa altura." P12</p>	<p>8</p>	<p>56</p>
<p>[Queda]</p>	<p>Sim</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>Queda</p>	<p>"[Manhã de 03.10.12] Às 14:50 após levante da cadeira na sala de actividades teve tontura com perda de força nos MI o que motivou queda sem consequências." P10</p>	<p>1</p>	<p>1</p>		
<p>[Queda]</p>	<p>Sim</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>Risco de</p>	<p>de</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>Risco de Queda</p>	<p>"[Manhã de 15.09.12] Também refere tonturas sempre que se levanta." P2  "[Manhã de 26.09.12] Deambulou acompanhado pela unidade." P9</p>	<p>2</p>	<p>2</p>		
												<p>"[Manhã de 12.09.12] Muito choroso com a chegada da família, discurso em torno da alta." P2  "[Noite de 13.09.12] Antes da pesagem refere não necessitar de urinar por ter feito várias vezes durante a noite. Necessário reforçar regras que aceita acabando por esvaziar globo vesical." P2</p>				

Adesão ao Regime Terapêutico	Não	x	x	x	x	Risco de	x	Risco de Não Adesão ao Regime Terapêutico	6	24
Adesão ao Regime Terapêutico	x	x	x	x	x	x	x	x	4	7

"[Manhã de 24.09.12] Regressou [do Hospital de Dia]. Refere não ter gostado. "Estiveram a falar de bullying e escola" "Não quero lá voltar" (sic)." P4

"[Tarde de 19.09.12] À ceia, inicialmente recusa fazer medicação oral, no entanto após negociação, aceita fazer. Mantém nesta altura discurso centrado no querer fumar e no querer ir embora." P6

"[Tarde de 27.09.12] Em conversa com a enfermeira refere "Quero ter alta (...) tou farta de cá estar" (sic)." P8

"(...) [Tarde de 27.09.12] pouca crítica face à sua situação actual. "Sinto-me triste mas quero ir para casa. Quero ter alta porque quero fumar" (sic). Sei que os medicamentos são para o meu bem mas eu não quero tomar mais medicamentos (...)." P8

"[Tarde de 27.09.12] Inicialmente recusa cumprir terapêutica. Após negociação cumpriu." P8

"[Manhã de 30.09.12] Em conversa com o grupo fala da utilidade do tempo que está a passar cá; reconhece algumas dificuldades que tinha e demonstra crítica para a sua situação." P8

"[Tarde de 30.09.12] A X [nome] manteve ao longo do turno discurso centrado na alta c/ períodos c/ discurso mais demonstrativo relacionado c/ os seus comportamentos fora da unidade." P8

"[Noite de 27.09.12, por quadro de insónia foi] Proposta terapêutica em SOS que recusa." P9

"[Manhã de 27.09.12, durante a visita do pai] Queria sair com o pai "Eu vou contigo... pai não quero ficar cá" (sic). Acabou por aceitar ficar mas vai perguntando pela mãe. Telefonou para a mãe e pediu para ela o levar daqui, foi explicado os motivos do internamento que aparentemente aceita." P9

"[Tarde de 27.09.12] Necessário negociar toma da terapêutica às 21h por se apresentar muito desconfiado." P9

"[Tarde de 27.09.12, recebeu a visita da mãe] mantendo discurso de conteúdo delirante e em torno da alta "Mãe leva-me daqui (...) promete que me levas daqui" (sic) (...)" P9

"[Manhã de 28.09.12] Por períodos discurso circular em torno da alta. É necessário a permanência constante de um profissional e constante reforço do que se vai combinando com o jovem." P9

"[Manhã de 28.09.12] No quarto quando estive com a enfermeira refere preocupação com o que os outros vão dizer dele quando tiver alta e refere "Eles vão dizer "olha o miúdo que tomou drogas e depois ficou maluco" (sic)." P9

"[Manhã de 28.09.12] Negociada necessidade de permanecer internado na unidade, pelo menos, até 2ª feira, altura em que iria realizar exames de diagnóstico, uma vez que ainda tinha dores musculares." P9

"[Tarde de 28.09.12] Procura arrumar a roupa, com discurso centrado na alta/fuga. Suspendida visita (...)" P9

"(...) [Manhã de 29.09.12] pede à mãe para o levar que o médico já lhe deu alta, reforçados os padrões de realidade e continua a remeter-se que deve falar c/ o s/ médico 2ª feira." P9

"[Manhã de 30.09.12] Ao pequeno-almoço tentou manipular toma, cuspiendo a medicação para o chão (ideias persecutórias face a enfermeira?)." P9

"[Manhã de 30.09.12] O X [nome] no início do turno apresentava discurso [delirante e] circular em torno da alta referindo "Eu vou embora hoje né?" (sic) (...). Pede várias vezes para arrumar a roupa, perguntando pela mãe "A que horas é que ela vem para me vir buscar?" (sic)." P9

"(...) [Tarde de 30.09.12, recebeu a visita da mãe] tendo sido mediada a mesma. Ao longo da visita manteve um discurso circular em torno da alta "Vamos arrumar a roupa e vamos para casa." (sic). Necessário reforçar várias vezes a necessidade de se manter internado." P9

"(...) [Tarde de 30.09.12] questionando por períodos quando é que tem alta." P9

"[Manhã de 01.10.12] Discurso circular em torno da alta." P9

"[Manhã de 05.10.12] A necessitar de permanente negociação durante a administração da terapêutica, dado recusar." P12

"(...) [Manhã de 18.09.12] aderiu ao seu regime terapêutico." P4

"[Manhã de 24.09.12] 9h30: Foi ao Hospital de Dia (...)" P4

"[Tarde de 20.09.12] Aceitou terapêutica P.O." P6

"(...) [Tarde de 20.09.12, ao apresentar reacção extrapiramidal] Ficou angustiada. (...) [Administrado Biperideno 2mg. em SOS] Foi tranquilizada e esclarecida sobre o sucedido (...) e ficou acompanhada (...)" P6

"(...) [Tarde de 26.09.12, administrada terapêutica] que cumpriu sem receios referindo apenas que não gosta muito de "tomar muitos comprimidos" (sic)." P9

"(...) [Noite de 29.09.12, administrada medicação] que aceitou tomar (...)" P9

	Automutilação	Sim	x	x	x	x	Risco de	x	Risco de Automutilação	"[Tarde de 07.10.12] Aceita melhor a medicação." P12 "[Tarde de 27.09.12] Refere que "tenho vontade de me cortar e de fazer mal a mim própria" (sic). Grande ambivalência, pouca crítica face à sua situação actual." P8	1	1		
ESTILOS DE VIDA	Uso de Substâncias	Sim	x	x	x	x	x	x	Uso de Substâncias	"(...) [Tarde de 28.09.12] e incentivada a reflectir sobre as consequências dos seus consumos." P8 "(...) [Manhã de 28.09.12] Refere que vive no X [nome da localidade] e que fumava tabaco e ganzas, mas que agora, no internamento, não tem vontade." P9	2	2		
	Relação Dinâmica	Comprometido	x	x	x	x	x	x	Relação Dinâmica Comprometida	"[Manhã de 21.09.12] 14h00: Esteve no quarto com o jovem X1 [nome de outro adolescente], apresentando agressividade latente no discurso. Reforçadas estratégias para lidar com zanga, nomeadamente, afastar-se, por um período, do ambiente para depois regressar mais tranquilo que cumpriu, conseguindo falar sobre o sucedido." P4 "[Tarde de 19.09.12] Ao longo do turno, tentou isolar-se no quarto de confinamento, recusando interagir com o grupo." P6 "[Manhã de 20.09.12] Apresenta tendência para se isolar do grupo (...)" P6 "[Manhã de 26.09.12] NOTA: Após telefonema com o namorado ficou um pouco mais agitada tendo necessitado de ir por curto período ao espaço descoberta com um técnico." P6 "(...) [Manhã de 25.09.12] Contacto evitante. A X [nome] por vezes, sem dirigir o olhar ao encontro da voz e sem responder ao questionado (...)" P8 "[Tarde de 25.09.12] Procura isolar-se do grupo de pares." P8 "[Tarde de 25.09.12] Pouco comunicativa, predominantemente, sem interagir com o grupo de pares. Ainda assim, mais próxima da jovem X [nome de outra jovem internada]. Quando proposta ajuda para a realização da actividade, refere com agressividade latente: "eu não preciso de ajuda!" (sic)." P8 "[Tarde de 25.09.12] Esteve na sala, afastada do grupo." P8 "(...) [Manhã de 26.09.12] postura cabisbaixa, comunicando apenas quando interpelada, apresentando um discurso breve. Alterna períodos em que se isola do grupo com períodos em que de forma espontânea integra as actividades de grupo, mas mantendo contacto inibido." P8 "[Tarde de 26.09.12] Pouco comunicativa mas próxima do grupo. Esteve a jogar às cartas com o grupo. Bem inserida." P8 "[Manhã de 27.09.12] Interagiu maioritariamente quando solicitada." P8 "(...) [Tarde de 27.09.12] comunicando apenas quando interpelada, isolando-se por períodos." P8 "(...) [Manhã de 28.09.12] comunicando quando interpelada, com discurso breve. Procura isolar-se por períodos no quarto." P8 "(...) [Tarde de 28.09.12] contacto pouco espontâneo c/ os técnicos, procura isolar-se p/ períodos." P8 "[Tarde de 28.09.12] Após o jantar c/ o grupo c/ discurso demonstrativo sobre os seus consumos. Devolvido a necessidade de proteger a sua vida privada (...)" P8 "[Tarde de 30.09.12] Necessário mediar a sua interacção c/ a jovem X [nome de outra adolescente internada]." P8 "[Manhã de 09.10.12] Próxima do grupo mas sem interagir." P12 "(...) [Tarde de 09.10.12, manteve-se] isolada do grupo (...)" P12 "[Tarde de 30.08.12] A X [nome] no início do turno encontrava-se pouco comunicativa, falando baixinho (...)" P1 "(...) [Tarde de 31.08.12] pouco comunicativa, mais próxima da X1 [nome de outra adolescente internada] e da X2 [nome de outra adolescente internada] (...)" P1 "(...) [Tarde de 31.08.12, depois do jantar esteve] a conversar." P1 "[Manhã de 01.09.12] Mais próxima em termos relacionais da X [nome de outra adolescente internada]." P1 "[Manhã de 01.09.12] Mantém tom de voz muito baixinho (...)" P1 "(...) [Tarde de 01.09.12] comunicativa, mais próxima da X [nome de outra adolescente internada]." P1 "[Manhã de 02.09.12] Próxima dos técnicos e da jovem X [nome de outra adolescente internada]." P1 "[Manhã de 02.09.12] Contacto agradável." P1 "(...) [Tarde de 03.09.12] comunicativa." P1 "(...) [Tarde de 04.09.12] comunicativa, próxima do grupo." P1	4	18		



"[Tarde de 22.09.12] Interagiu de forma adequada com o grupo de pares." P6

"[Manhã de 23.09.12] Grande parte do turno próxima do grupo apresentando uma postura empática/compreensiva com os colegas e começando perceber as suas dificuldades sem ser intrusiva." P6

"[Manhã de 24.09.12] Realizou contacto telefónico para namorado." P6

"(...) [Manhã de 25.09.12] esteve comunicativa e em grupo." P6

"[Tarde de 25.09.12] Interagiu com o grupo e equipa." P6

"[Tarde de 25.09.12] Telefonou ao Namorado. Comunicou de forma afectuosa." P6

"[Manhã de 29.09.12] Próxima do grupo." P8

"[Tarde de 29.09.12] Próxima do grupo." P8

"(...) [Manhã de 01.10.12] se bem que bem integrada no grupo de pares." P8

"(...) [Tarde de 01.10.12] tendencialmente menos comunicativa, mas próxima do grupo, no espaço descobertas." P8

"[Tarde de 26.09.12, enquanto se encontrava a ouvir música] Perante a minha presença inicial reage com educação, cumprimentando-me adequadamente." P9

"[Tarde de 26.09.12] Por períodos aceita estar junto ao grupo, interagindo adequadamente com os mesmos." P9

"[Manhã de 27.09.12] Consegue interagir em grupo (...)" P9

"(...) [Tarde de 27.09.12] apresentando interacção mais ajustada (...)" P9

"(...) [Manhã de 28.09.12] veio até à sala onde consegue estar em interacção com uma das jovens do grupo." P9

"(...) [Manhã de 28.09.12] por períodos com contacto cordial. Pergunta se quer que ele tire os auscultadores do computador para a Enf.ª ouvir música." P9

"(...) [Manhã de 29.09.12, consegue] interagir por momentos c/ o grupo, especificamente c/ o X [nome de outro jovem internado] na manhã. Conseguiu estar na sala de Actividades c/ os jovens, sem participar nas actividades (...)" P9

"[Manhã de 29.09.12] Esteve após a refeição das 11h no Espaço Descobertas c/ os jovens e os técnicos (...)" P9

"[Tarde de 30.09.12] Manteve-se junto do grupo (...)" P9

"[Manhã de 01.10.12] Esteve mais tranquilo conseguindo interagir com o grupo por períodos." P9

"[Tarde de 01.10.12] Começa a interagir por períodos com os outros jovens com discurso organizado." P9

"[Manhã de 02.10.12] Integra grupo de pares a ver filme." P9

"(...) [Tarde de 02.10.12] e interagindo de forma mais ajustada com o grupo e técnicos." P9

"[Manhã de 29.09.12] A X [nome] manteve-se, ao longo turno, pouco comunicativa." P10

"[Tarde de 29.09.12] Próxima do grupo." P10

"(...) [Tarde de 30.09.12] comunicando apenas quando interpelada. Interage de forma adequada com o grupo de pares." P10

"[Manhã de 01.10.12] Contacto agradável, mais próxima das restantes colegas." P10

"[Tarde de 01.10.12] Próxima dos outros jovens a participar nas actividades propostas." P10

"[Manhã de 02.10.12] Próximo dos pares, contacto adequado." P10

"(...) [Tarde de 02.10.12] comunicando apenas quando interpelada." P10

"[Tarde de 02.10.12] Após o repouso esteve a pintar com o grupo, interagindo com o mesmo de forma espontânea e de forma adequada." P10

"[Manhã de 03.10.12] Contacto agradável com pares e técnicos. Participou em algumas actividades desenvolvidas pelo grupo." P10

"[Tarde de 03.10.12] Participou na actividade proposta - pintura de painel com aparente agrado. Próxima do grupo e aparentemente interessada na actividade." P10

"(...) [Manhã de 04.10.12] esteve mais comunicativa que em turnos anteriores. Interagiu com o grupo de pares espontaneamente." P10

"(...) [Tarde de 04.10.12] interagindo de forma adequada com o grupo e com os técnicos." P10

"[Tarde de 04.10.12] Apresenta-se contentora com os pares." P10

"[Tarde de 07.09.12] A interagir por períodos com os colegas (...)" P12

"[Tarde de 10.10.12] Conseguiu estar mais próxima do grupo e participou na actividade de missangas e pulseiras aceita ajuda dos outros jovens." P12

INTERAÇÃO DE PAPÉIS	Papel de Prestador de Cuidados	x	x	x	x	x	x	x	x	"[Tarde de 29.09.12] Fez chamada para a técnica X [nome] com quem esteve a conversar adequadamente." P8 "[Tarde de 01.10.12] Realizou chamada telefónica para a instituição tendo decorrido bem." P8	1	2
	Papel Parental	Comprometido	x	x	x	x	x	x	Papel Parental Comprometido	"[Manhã de 21.09.12, mãe] Recebeu a visita dos pais, no Espaço Descobertas. A mãe apresenta discurso centrado nos aspectos negativos do jovem sobrepondo-se à tentativa de comunicação da Enfermeira. "Vocês aqui não estão a actuar sobre o comportamento dele" (sic), referindo que se ele não sáisse para um projecto no exterior que assinava a sua alta clínica. Vai reportando-se, várias vezes, que sempre o traz à consulta, como se justificasse este acontecimento. Remetida para momento individual, que posteriormente pede para telefonar caso seja necessário." P4 "[Tarde de 22.09.12] Recebeu a visita da mãe e do pai. A mãe no início da visita inicia com o X [nome] discurso em tom de voz alto referindo-se ao horário do H.D. [Hospital de Dia] e que este se sobrepe ao horário das irmãs. Quando a enfermeira intervém verbalizando que [?] (...) ver essas questões em equipa e que estas questões poderiam deixar o X [nome] ansioso não dependendo dele a sua resolução. Adota discurso com agressividade latente, numa postura (...) confrontativa e de permanente questionamento do projecto terapêutico. Alterna este discurso com períodos de discurso em que assume um tom de voz baixo e postura aparentemente concordante." P4 "[Manhã de 23.09.12] Mãe apresentou interacção mais ajustada." P4 "[Manhã de 24.09.12] Recebeu a visita. Discurso centrado no H. Dia. Mãe sem capacidade de conter este comportamento. Necessária mediação constante da visita. Mantém discurso centrado em aspectos burocráticos (horários, escola, etc.) que devem ser discutidas na ausência do X [nome]. Pouco receptiva às sugestões, mas com insistência, acaba por aceitar conversar no final, após a visita. Manifesta dificuldade em gerir horário do H. Dia com outros filhos. Tranquilizada. Despediram-se bem." P4	1	4
	Papel Parental	x	x	x	x	x	x	x	x	"[Tarde de 30.08.12] A mãe referiu a posteriori [da visita] que lhe parece que a filha apresenta um discurso mais centrado na alimentação e no peso, do que no internamento anterior. Falou-se da possibilidade de num futuro ser benéfico para a jovem ter outras actividades fora de casa, que lhe permita interagir mais com jovens da sua idade e como forma de não permanecer tantas horas no computador. Perante esta ideia a X [nome] refere aos pais que na altura da escola não terá tempo para isso." P1 "(...) [Tarde de 03.09.12] ao regressar a mãe verbaliza à enfermeira que a X [nome] está mais centrada na alimentação e tudo o que tem a ver com "fui ao bar lanchar e a X [nome] inicialmente não entrou, posteriormente como viu que eu não cedia senta-se na mesa de costas para mim" sic-mãe." P1 "[Tarde de 12.09.12] A mãe ligou para saber informações." P2 "[Tarde de 15.09.12] 22h30 - A mãe telefonou p/ saber do jovem." P2 "[Tarde de 17.09.12] A mãe ligou verbalizando que o X [nome] lhe tinha referido que sentia fome, coloca algumas questões referentes ao aumento da dieta." P2 "[Manhã de 18.09.12] Os familiares vieram de manhã, trazer os seus objectos pessoais." P4 "[Tarde de 20.09.12] 17H15m a mãe veio à unidade trazer roupa." P6 "[Tarde de 21.09.12] Mãe no final da visita refere que acha a X [nome] mais estável." P6 "[Tarde de 29.09.12] O pai veio à unidade entregar a roupa, tendo também dado um beijinho à filha." P10 "[Manhã de 05.10.12] A mãe entrou em contacto telefónico para saber a evolução clínica da filha." P12 "[Tarde de 07.10.12] A mãe procurou saber a evolução clínica da filha." P12	6	11
										"[Manhã de 20.09.12] Quando acordou estava chorosa, cabisbaixa não querendo falar. Quando prepara a roupa para a realização do cuidado de higiene refere-se à mãe com agressividade lactente no discurso." P6 "(...) [Manhã de 20.09.12] alguma labilidade emocional, acaba por referir que fez o que fez porque o irmão fez uma coisa que ela não gostou." P6 "[Tarde de 20.09.12] Foi comunicado à jovem que a mãe veio visitá-la e a jovem refere querer ter a visita da mãe. A jovem salientou que sim. A mãe deu-lhe um abraço e a X [nome] deu-lhe um beijo. A jovem refere que gostou de ter a mãe, mas por um período esteve chorosa, salientando que ficou zangada por a mãe dizer à médica que a jovem lhe tinha dito que tinha um espírito com ela e isso é só para ficar entre ambas. Feita Intervenção e a jovem reverteu o comportamento. Despediu-se de forma afectuosa." P6		

PROCESSO FAMILIAR	PROCESSO FAMILIAR	Comprometido	x	x	x	x	x	x	Processo Familiar Comprometido	<p>"[Manhã de 23.09.12] Em conversa com a enfermeira verbaliza relativamente à preocupação que tinha expressado ontem sobre o seu irmão "Está tudo resolvido, ele vai esquecer tudo... disse que já tinha esquecido o bilhete e eu também já esqueci." (sic). Relembra a importância de integrar em vez de esquecer. Devolvido que o esquecer não faz desaparecer e não resolve o que nos preocupa. Percebesse que utiliza este mecanismo com muita frequência, bem como uma visão clivada de si - bem/mal; lembrar/esquecer." P6</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Fez chamada para o tio X [nome] com quem entrou em desacordo quando o tio lhe devolve que lhe dá dinheiro para ela "comprar droga" (sic). Nessa altura a necessitar de apelar à adequação." P8</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] Manteve-se preocupado com a eventual saída do pai da prisão, tendo sido necessário reforçar-lhe várias vezes que no internamento estava protegido." P9</p> <p>"[Manhã de 27.09.12] Recebeu a visita do pai com quem esteve choroso e afectuoso referindo "Eu não volto a fazer... desculpa pai... eu não te queria fazer aquilo" (sic)" P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12] 17h10 - Recebeu a visita do pai por um curto período. Durante a visita questiona o pai várias vezes "Tu confias em mim pai?? Mas tu naquele dia não confiaste porquê?" (sic). Pai apresenta postura contentora reforçando junto do X [nome] a importância de estar internado e confiar nos técnicos da unidade. Despediu-se do pai sem dificuldade." P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12] 18h20 - Recebeu a visita da mãe por um curto período (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Fez um telefonema para a mãe e falou com o pai também, de forma afectuosa mas quando desliga a chamada refere "Ai se ele bate na minha mãe, eu lá fora vou matá-lo" (sic)." P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Esteve a falar [com o pai, durante a visita] do episódio de agressão que supostamente o pai lhe dirigiu. O pai tenta orientá-lo para a realidade, vai referindo que nesse período ele estava preso e que, por isso, não lhe bateu nessa altura. Pergunta-lhe "mas o que é que fizeste antes?" (sic)." P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Recebeu, em seguida, a visita da mãe. Cumprimenta-a (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Telefonou à mãe e confirmou a visita no período da tarde. Também telefonou à prima X [nome]." P9</p> <p>"(...) [Manhã de 29.09.12] 17h: Os pais vieram efectuar visita, fica muito angustiado, recusa a visita do pai, refere várias vezes "ele é muito esperto, agora que estou rico, ele vem atrás de mim, meu pai nunca mais", reforçado ao jovem que se ele não o deseja o pai não entra, pergunta aos técnicos se o pai está preso, contrapõe-se ao jovem, o espelho da realidade "Sabes que ele não está preso mas não entra aqui, só se tu quiseres", "Mandem prender o meu pai", continuam a reforçar-se padrões da realidade "Não o podemos fazer, somos enfermeiros, não polícias. Aceita receber a visita da mãe, mantém-se muito ansioso e agitado durante a mesma, c/ discurso gritante c/ a mãe "Mãe ele tocou-te, diz que ele tocou-te, tu tens medo", perante a negação da mãe, mantém a mesma pressão "Se ele tocar na mãe... eu mato-o"." P9</p> <p>"[Manhã de 29.09.12] Quer falar c/ a irmã Marlene, por curto período, consegue falar sobre a Escola no Alto dos Moinhos (...). Feita a ligação para n.º de telemóvel que a mãe indicou, p/ falar c/ a irmã Marlene, mas quem responde é o pai, agitado, muito aflito "diz que não quer nada com ele, que se vai embora", e desliga o telemóvel, refere estar com raiva c/ muita raiva e manda a mãe embora, "tu vieste com ele, ele está lá em casa", tranquilizado pela enfermeira, arrepende-se e pede para a mãe voltar, recebe-a c/ a enf.ª no quarto, continua muito ansioso, mas promete controlar-se, (...)" P9</p> <p>"[Tarde de 29.09.12] Após o jantar, telefonou para a tia, queria falar com a Avó." P9</p> <p>"(...) [Manhã de 30.09.12] 17h15: Recebeu a visita do pai sendo necessário mediar a mesma. Por períodos refere "O pai sabe que eu tenho razão não sabe?" (sic). Apresenta ideias de grandeza "Eu tenho um audi TT e o meu pai sabe porque a minha mãe hoje veio no meu carro" (sic). Ao longo da visita questiona várias vezes o pai "O pai não entra na minha casa pois não?" (sic). Assim que X [nome de outro adolescente internado] chegou à Unidade procura interromper a visita do pai, saindo várias vezes da sala dos computadores." P9</p> <p>"[Tarde de 30.09.12] 18h40: Recebeu a visita da mãe (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 01.10.12] Fez um telefonema para a mãe com quem falou de forma afectuosa, questionou onde a mãe estava e se estava bem." P9</p> <p>"[Tarde de 01.10.12] Recebeu a visita do pai e posteriormente da mãe. Com o pai manteve-se distante, mas tranquilo, conseguindo permanecer cerca de 30' na visita. Posteriormente recebeu a visita da mãe períodos de discurso circular referindo "ele bateu-me" (sic). A mãe parece apresentar maior capacidade contentora." P9</p>	3	23
-------------------	-------------------	--------------	---	---	---	---	---	---	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

										<p>"[Manhã de 02.10.12] Às 15h recebeu a visita da mãe; discurso mais centrado em saber onde está o pai; se ele já chegou; se está em casa da mãe." P9</p> <p>"[Tarde de 02.10.12] 18h: Recusou receber a visita do pai. Após o pai sair da unidade questiona "Ele já saiu? Onde é que ele está?" (sic). Necessário reforçar que o pai já tinha saído e não se encontrava na unidade." P9</p> <p>"[Tarde de 02.10.12] Tentou ligar à mãe várias vezes ao longo do turno mas esta não atendeu. Ligou para a irmã Marlene tendo atendido o pai referindo: "Tu não entras na minha casa (...) Ouve tu não entras" (sic) desligando o telefone em seguida." P9</p>			
										<p>"[Tarde de 30.08.12] Teve a visita dos pais, tendo decorrido de forma afectuosa." P1</p> <p>"[Tarde de 30.08.12, no final da visita dos pais] Despediu-se bem." P1</p> <p>"[Tarde de 31.08.12] Teve a visita da mãe que decorreu de forma tranquila." P1</p> <p>"(...) [Manhã de 01.09.12] recebeu chamada telefónica da mãe." P1</p> <p>"[Tarde de 01.09.12] Foi passear ao exterior com os pais, regressando com fâcias aberto." P1</p> <p>"[Tarde de 02.09.12] Foi ao exterior com os pais em passeio, sorridente, descontraída, fâcias aberto." P1</p> <p>"[Tarde de 03.09.12] Foi ao passeio ao exterior com a mãe (...)" P1</p> <p>"[Tarde de 05.09.12] Recebeu a visita do avô e posteriormente da mãe. Decorreu sem intercorrências." P1</p> <p>"[Manhã de 20.09.12] Recebeu a visita dos pais. Esteve no Espaço Descobertas com os mesmos, comunicativo." P4</p> <p>"[Manhã de 23.09.12] Após o almoço recebeu a visita dos pais e irmãos com supervisão." P4</p> <p>"[Manhã de 24.09.12, no final da visita dos familiares] Despediram-se bem." P4</p> <p>"[Manhã de 21.09.12] A mãe telefonou para a unidade. Falou com a jovem que esteve afectuosa e tranquila." P6</p> <p>"[Tarde de 21.09.12] 17h30 - Recebeu a visita da mãe com quem conversou de forma tranquila. Cumprimentou a mãe no início da visita e na despedida de forma afectuosa." P6</p> <p>"[Tarde de 22.09.12] Recebeu visita da tia e madrinha no espaço descobertas; sem intercorrências." P6</p> <p>"[Tarde de 23.09.12] A X [nome] apresentava-se na visita da mãe e irmã, no início do turno. Fâcias aberto; sorriso fácil. Despediu-se sem intercorrências." P6</p> <p>"[Manhã de 24.09.12] A X [nome] recebeu a visita da madrinha. Fica bastante satisfeita. Esteve afectuosa, comunicativa com esta." P6</p> <p>"[Tarde de 24.09.12] 20h00 - Recebeu a visita da mãe, permanecendo tranquila." P6</p> <p>"[Tarde de 25.09.12] Recebeu a visita da mãe e esteve a conversar de forma afectuosa e boa relação afectiva entre ambas." P6</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] Fez chamada para o pai." P8</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] Recebeu a visita da mãe por um curto período apresentando-se tranquilo durante a mesma. A mãe emociona-se durante a visita referindo estar satisfeita com a evolução feita." P9</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] Fez 2 telefonemas para a mãe com quem falou tranquilamente." P9</p> <p>"[Tarde de 04.10.12] Realizou telefonema para a mãe com quem conversou de forma afectuosa." P10</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] Procurou falar com os familiares ao telefone, de forma afectuosa." P10</p> <p>"[Tarde de 05.10.12] Recebeu a visita dos pais (...)" P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12] 17h: Recebeu a visita dos pais." P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12, durante a visita dos pais com alterações do pensamento e da percepção] Contudo manteve a decisão de querer manter os pais na visita. Necessária constante mediação." P12</p> <p>"[Manhã de 07.10.12] 14h45 - A mãe e a tia vieram à unidade para visitar a X [nome]." P12</p> <p>"[Tarde de 08.10.12] Recebeu a visita dos pais. Mais tranquila que em turnos anteriores. Dormitou no colo da mãe. Pais muito próximos. Quase intrusivos." P12</p> <p>"[Tarde de 09.10.12] Nota! Recebeu por um curto período a visita dos pais (...)" P12</p> <p>"[Tarde de 10.10.12] Recebeu visita da mãe e prima com tranquilidade (...)" P12</p>			
PROCESSO FAMILIAR	x	x	x	x	x	x	x	x	x			7	30

Apêndice 8 Análise de conteúdo dos dados referentes ao impresso “Diário de Enfermagem”: dados não enquadrados nos termos da CIPE® (apenas em CD-ROM)

**Análise de Conteúdo referente ao impresso "Diário de Enfermagem": Categorização dos dados não enquadrados nos termos da CIPE®**

Categories	Unidades de Registo	n	U.E.
Notas Gerais	"[Manhã de 20.09.12] Refere úlcera na cavidade bucal." P4	2	6
	"[Manhã de 21.09.12] Mantém úlcera na cavidade oral." P4		
	"(...) [Manhã de 28.09.12, mantém] sialorreia." P9		
	"[Manhã de 30.09.12] Apresenta tremores finos, sialorreia em pequena quantidade. Vai solicitando terapêutica "para a baba" (sic) por vários momentos." P9		
	"[Manhã de 01.10.12] Apresenta sialorreia abundante, lentificação da marcha e tremores finos." P9		
	"[Tarde de 02.10.12] Ao longo do turno apresentou tremores finos." P9		
Dados Desnecessários	"[Tarde de 30.08.12] Fica deitada." P1	8	41
	"[Tarde de 31.08.12] Fica a descansar." P1		
	"(...) [Tarde de 01.09.12] e foi para o leito." P1		
	"[Tarde de 02.09.12] Fica no leito." P1		
	"[Tarde de 03.09.12] Fica no leito." P1		
	"[Tarde de 04.09.12] Fica a descansar." P1		
	"[Tarde de 11.09.12] Após a ceia foi dormir." P2		
	"[Tarde de 12.09.12] Foi para o leito." P2		
	"[Tarde de 13.09.12] Fica no leito." P2		
	"(...) [Noite de 14.09.12, após ingerir refeição das 7h] deitou-se novamente." P2		
	"[Noite de 16.09.12, após ingerir refeição das 7h] Fica deitado a descansar." P2		
	"[Manhã de 18.09.12] Sem outros aspectos relevantes." P2		
	"[Tarde de 17.09.12] Não recebeu visitas." P4		
	"[Manhã de 18.09.12] Nota: Fica no processo "[?] De promoção e protecção (relatório relativo a X [nome] e X1 [nome da irmã do adolescente]." P4		
	"[Tarde de 21.09.12] Fica deitado." P4		
	"[Manhã de 23.09.12] Fica a lanchar." P4		
	"(...) [Tarde de 23.09.12] deitou-se no leito." P4		
	"[Noite de 24.09.12] Fica arranjado para ida ao Hospital de Dia." P4		
	"[Tarde de 19.09.12] Fica deitada, ainda acordada." P6		
	"[Tarde de 20.09.12] Fica deitada." P6		
	"(...) [Tarde de 24.09.12] deitou-se no leito." P6		
	"(...) [Tarde de 25.09.12] fica deitada." P6		
	"[Tarde de 27.09.12] Fica deitada." P8		
	"[Manhã de 28.09.12] 16h - Fica a lanchar." P8		
	"[Tarde de 28.09.12] Fica no leito." P8		
	"[Tarde de 30.09.12] Fica no leito." P8		
	"(...) [Tarde de 01.10.12] e posteriormente foi-se deitar." P8		
	"[Manhã de 26.09.12] Fica a lanchar." P9		
	"[Tarde de 28.09.12] Sem ser administrada terapêutica SOS." P9		
	"[Manhã de 30.09.12] Fica no espaço descobertas." P9		
	"(...) [Noite de 02.10.12] e fica na sala." P9		
	"[Noite de 03.10.12] Fica no leito." P9		
	"[Tarde de 28.09.12] Após a ceia, deitou-se tranquilamente." P10		
	"[Tarde de 29.09.12] A X [nome], no início do turno, encontrava-se a lanchar." P10		
	"[Tarde de 29.09.12] Foi para o leito." P10		
	"[Tarde de 30.09.12] Fica deitada." P10		
	"(...) [Manhã de 05.10.12] sem episódios de lipotímia." P10		
	"[Manhã de 05.10.12] Sem outros aspectos." P10		
	"[Manhã de 09.10.12] 16h - Fica a lanchar." P12		
	"[Manhã de 10.10.12] Fica a lanchar." P12		
	"[Tarde de 10.10.12] Após a ceia foi descansar." P12		
"(...) [Tarde de 30.08.12] quando lhe foi proposto fazer uma actividade, aceita fazer pulseiras. Foi passear ao exterior na companhia dos jovens e enfermeiro." P1			
"[Manhã de 31.08.12] Participou com agrado na elaboração do "jornal da pedo". P1			
"[Manhã de 01.09.12] Autónoma nas AVD's." P1			
"[Manhã de 01.09.12] Aderiu às actividades propostas, tendo jogado "Bingo" com aparente interesse." P1			
"[Manhã de 01.09.12] Efectuada sessão de relaxamento muscular, manifestando (-) tensão muscular/rigidez postural." P1			
"[Manhã de 01.09.12] À tarde esteve a ver um filme (sessão de cinema) com motivação." P1			

<b>Dados Inespecificos</b>	"[Manhã de 02.09.12] Promovida dinâmica de grupo na qual era solicitado aos jovens que pedissem 3 desejos concretizáveis a curto e médio prazo. A X [nome] devolve que gostaria de "aceitar-se como é; melhorar a relação c/ a família; e decidir o que quer". Assistiu após almoço ao filme proposto." P1	8	57
	"[Manhã de 03.09.12] Participou na actividade de pulseiras com grande interesse." P1		
	"[Manhã de 04.09.12] Participou com agrado na actividade de culinária." P1		
	"[Tarde de 04.09.12] Participou nas actividades propostas, c/ interesse." P1		
	"[Manhã de 05.09.12] Participou na reunião comunitária sem intervir; auxiliou na banca de guloseimas." P1		
	"[Manhã de 12.09.12] Participou na actividade - reunião comunitária; assumindo uma postura essencialmente observadora." P2		
	"[Manhã de 14.09.12] Participou c/ empenho na actividade de gesso realizando um coração p/ mãe." P2		
	"[Manhã de 15.09.12] Participou nas actividades propostas." P2		
	"(...) [Manhã de 18.09.12] participou com empenho nas actividades propostas, tendo procurado fazer uma máscara de gesso." P2		
	"(...) [Tarde de 17.09.12] A participar nos jogos [de grupo] propostos, com dificuldade em perceber as regras." P4		
	"[Manhã de 18.09.12] Muito empenhado na actividade de culinária, mostrando motivação/ dedicação." P4		
	"[Tarde de 18.09.12] Participou na actividade de realização de jogo de grupo, esteve por um período no "Espaço Descoberta" com o grupo." P4		
	"[Manhã de 19.09.12] Participou nas actividades propostas com empenho." P4		
	"[Manhã de 19.09.12] Esteve a ver o filme com interesse e concentração." P4		
	"[Manhã de 22.09.12] Participou nas actividades propostas necessitando inicialmente de incentivo. Verbaliza posteriormente ter gostado "muito do relaxamento" (sic)." P4		
	"[Manhã de 20.09.12] Ao longo do turno foi promovido cuidados com a sua imagem, procurando a jovem uma proximidade dos técnicos." P6		
	"[Manhã de 22.09.12] Participou na actividade de relaxamento com grande agrado." P6		
	"[Tarde de 23.09.12] Esteve a realizar actividade de gesso após bastante incentivo. Pretendeu, inicialmente, realizar cinzeiro para oferecer ao namorado. Descentralizada dessa ideia, tendo dificuldade em pensar sobre outra ideia. Acaba por realizar moldura, tendo dificuldade no planeamento da actividade. Baixa tolerância à frustração, desistindo da tarefa. Necessário incentivo constante para continuar a moldura. Fica aparentemente satisfeita com o resultado, tendo interesse em dar continuidade." P6		
	"[Manhã de 24.09.12] Realizou actividade em gesso - moldura para oferecer a namorado. Necessita de estímulo para não desistir de realizar a tarefa, de reforço positivo, apesar de gostar do resultado final." P6		
	"[Manhã de 25.09.12] Participou nas actividades propostas com empenho." P6		
	"[Manhã de 25.09.12] Fica a fazer gesso com empenho." P6		
	"[Tarde de 25.09.12] Participou nas actividades propostas." P6		
	"[Manhã de 26.09.12] Participou na actividade de gesso com empenho, esteve presente na reunião comunitária, participou na organização da banca das guloseimas." P6		
	"[Tarde de 25.09.12] Inicialmente, a recusar participar nas actividades propostas; embora seja ela que, posteriormente, se aproxima do grupo. Realizou actividade de gesso - coração e uma placa, usando cores claras." P8		
	"[Manhã de 26.09.12] Esteve presente na reunião comunitária mas sem participar. Recusou participar na banca das guloseimas." P8		
	"[Manhã de 26.09.12] Visualizou o filme com pouco interesse." P8		
	"[Manhã de 27.09.12] Participou na actividade de beleza c/ algum incentivo dos pares ficando aparentemente satisfeita c/ a mudança de visual." P8		
	"[Tarde de 27.09.12] Integrou posteriormente actividade de grupo, realizou pulseiras em fio com aparente interesse apresentando fâcias menos triste." P8		
	"[Manhã de 28.09.12] Integrou actividade "Jornal da Pedo" após grande estímulo, apresentando-se pouco interessada." P8		
	"[Manhã de 29.09.12] Ajudou a arrumar o "Espaço Descobertas" com pouco agrado." P8		
	"[Manhã de 30.09.12] Participou com agrado nas actividades desenvolvidas: gesso (modelagem) e construção de pulseiras." P8		
	"[Manhã de 01.10.12] Participa com alguma insistência nas actividades (...)" P8		
	"[Manhã de 27.09.12] Participou nas actividades do hino e de beleza." P9		
	"[Manhã de 28.09.12, a] participar na actividade do Pedo jornal escrevendo uma notícia sobre Rap crioulo." P9		
	"(...) [Manhã de 29.09.12] ajudou a limpar o Espaço Descobertas (...)" P9		
	"[Manhã de 01.10.12] Promovido banho de relaxamento." P9		
	"(...) [Manhã de 29.09.12] e colaborou na limpeza do "Espaço Descoberta". P10		
	"[Tarde de 29.09.12] Participou nas actividades propostas com empenho." P10		
	"[Manhã de 30.08.12] Participou nas actividades propostas. Na discussão sobre o processo de saúde na actividade de grupo a jovem reconhece a necessidade de ajuda ao confrontar-se com o Internamento. Salienta os seus pensamentos obsessivos, a perda de controlo e sentir-se perdida e reconheceu a situação de risco inerente à sua saúde." P10		
	"[Tarde de 30.09.12] Recusou participar na conclusão da actividade proposta (...)" P10		

	<p>"[Manhã de 01.10.12] Participou com agrado nas actividades desenvolvidas." P10</p> <p>"[Manhã de 02.10.12] Fica a assistir ao filme (...)." P10</p> <p>"[Tarde de 02.10.12] Participou na actividade de relaxamento com empenho e interesse." P10</p> <p>"[Manhã de 04.10.12] Participou nas actividades propostas após estímulo." P10</p> <p>"[Manhã de 04.10.12] Após almoço esteve a ver um filme com interesse." P10</p> <p>"[Tarde de 04.10.12] Em momento de reflexão de grupo, aborda as dificuldades que sente na escola, sobre os comentários dos pares no seio escolar e necessidade de se proteger/como lidar com os mesmos." P10</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] A X [nome] apresentou-se muito assustada relativamente ao envolvimento (...)" P12</p> <p>"[Tarde de 06.10.12, no final da visita dos pais] Despediu-se rapidamente." P12</p> <p>"[Tarde de 09.10.12] Participa por períodos na dinâmica do grupo." P12</p> <p>"[Manhã de 10.10.12] Manteve-se junto do grupo, tendo participado na actividade "Desenho em tinta com os dedos" após estímulo. Escreveu o seu nome e desenhou um arco, relva e um balão. Esteve presente na reunião comunitária (...)" P12</p> <p>"[Manhã de 11.10.12] Esteve na presença dos técnicos, menos apelativa que em turnos anteriores (...)" P12</p>		
<b>Dados da responsabilidade do médico/outro profissional da equipa multidisciplinar</b>	<p>"[Manhã de 06.09.12] Feita alteração terapêutica. Endocrinologista introduziu levotiroxina, 25mg, P.O. que leva para L.E. A mãe foi informada, aceitando alteração." P1</p> <p>"(...) [Manhã de 12.09.12] reajustados os horários [da dieta, com a dietista]." P2</p> <p>"(...) [Manhã de 12.09.12] a partir de amanhã será instituído o plano por etapas, após a pesagem." P2</p> <p>"[Manhã de 12.09.12] Foi reavaliado pela Pediatria Médica, Dr.ª X [nome da Pediatra] ficando com análises pedidas para amanhã (13/09/2012). 15H00 - O Dr. X [nome do Pedopsiquiatra assistente] reuniu-se em momento individual com as familiares." P2</p> <p>"[Tarde de 12.09.12] O X [nome] no início do turno encontrava-se na reunião familiar. Durante a mesma fica muito choroso, tendo sido necessário interrompê-la." P2</p> <p>"[Manhã de 18.09.12] A Dr. X [nome da Pedopsiquiatra assistente] pediu colaboração da pneumologia para observação do jovem." P4</p> <p>"[Tarde de 20.09.12] Esteve a conversar com a Dr.ª. X [nome da Pedopsiquiatra assistente] e assinou Consentimento esclarecido. Foi salientado à jovem que poderia telefonar ao namorado. A Dr.ª. X [nome da Pedopsiquiatra assistente] Prescreveu terapêutica." P6</p> <p>"[Tarde de 21.09.12] 17h - Mãe esteve em entrevista com a Dr. X [nome da Pedopsiquiatra assistente]." P6</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] 13h - Esteve em entrevista com a médica assistente." P8</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Realizou avaliação psicológica com a Dr.ª X [nome da Psicóloga assistente]." P8</p> <p>"(...) [Manhã de 29.09.12, a Pedopsiquiatra] efectuou avaliação do jovem p/ 16h30 na Unidade c/ indicação de manter vigilância desta sintomatologia [queixas álgicas na região do hemitórax] e dos parâmetros vitais." P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] Fica c/ regime terapêutico instituído." P10</p>	7	12
<b>Dados com origem em prescrições médicas</b>	<p>"[Noite de 13.09.12] Colheu sangue para análise." P2</p> <p>"[Noite de 18.09.12] No decorrer do turno foi feita colheita de sangue para avaliação analítica." P4</p> <p>"[Noite de 19.09.12] 7h30: Colheu sangue para análise." P4</p> <p>"[Tarde de 20.09.12] Realizou RX aos joelhos." P4</p> <p>"[Tarde de 21.09.12] Fez RX à mão para idade óssea." P4</p> <p>"[Noite de 24.09.12] Feita colheita para hemograma + bioquímica; aguardam-se resultados." P4</p> <p>"[Noite de 21.09.12] 8h - Colheu sangue para análises." P6</p> <p>"(...) [Noite de 25.09.12] colhido posteriormente sangue p/ análises." P6</p> <p>"[Noite de 27.09.12] 7h - Fez colheita de sangue para análise." P8</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] Fica a aguardar realização de ECG." P9</p> <p>"[Manhã de 27.09.12] Fez colheita de sangue para hemograma." P9</p> <p>"[Manhã de 01.10.12] Fez colheita de sangue para análise." P9</p> <p>"[Noite de 04.10.12] Feito tentativa de se colher sangue, pouco fluxo sanguíneo (...)" P10</p> <p>"[Tarde de 04.10.12] Tem TAC CE pedida e colheita de sangue e urina e colheita de exsudado faríngeo." P12</p> <p>"[Manhã de 06.10.12] Feita colheita de exsudado faríngeo para análise (...) fica a faltar colheita de urina tipo II" P12</p> <p>"[Tarde de 07.10.12] Foi feita colheita para urina tipo II e (...)" P12</p> <p>"(...) [Tarde de 07.10.12] difícil efectuar a colheita para o copo, dada a sua desconfiança." P12</p> <p>"[Noite de 11.10.12] Foi feita colheita de sangue (...)" P12</p>	7	18
	<p>"[Tarde de 11.09.12] 18H - O X [nome] apresenta fácies tenso, pouco comunicativo à entrada. Feito acolhimento e explicado normas do serviço nesse momento apresenta alguma agressividade latente, questiona determinadas regras e não concorda o que desencadeia choro e epistáxis feito tamponamento com efeito." P2</p> <p>"[Tarde de 11.09.12] Segundo colega do serviço 1.4 não tem visitas, nem chamadas." P2</p>		

<p><b>Duplicação dos dados com Notas de Enfermagem na Admissão</b></p>	<p>"[Tarde de 19.09.12] A X [nome] deu entrada na Unidade, acompanhada pela enfermeira de urgência e assistente operacional. À entrada apresentava-se com fácies fechado, humor depressivo, não aceitando bem o internamento. "Na presença da mãe foi extremamente agressiva verbalmente com esta." P6</p> <p>"[Manhã de 25.09.12] A X [nome] deu entrada na unidade acompanhada pela técnica X [nome]. Conheceu a unidade. Com alguma resistência, aceita não poder fumar e ter o telemóvel. Despediu-se afectuosamente da técnica." P8</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] O X [nome] veio transferido da unidade de adolescentes cerca das 11h40, acompanhada por enfermeira, 2 auxiliares e médica. À chegada apresentava-se contido ao leito, inquieto por períodos, identificando os técnicos como polícias." P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] Adolescente de 15 anos de idade, com quadro de anorexia nervosa agravado desde Junho de 2012, após período de estudo intenso e ingestão alimentar excessiva; inicia restrição alimentar e líquidos com perda de cerca de 12Kg. em 2 meses. Seguida em consulta de pedopsiquiatria (Hospital X [nome]) desde Agosto 2012 (Dr.ª X [nome]) + Dr.ª X [nome] - nutrição e Dr.ª X [nome]- Pediatria). Há uma semana sem dejeções. Com alguns comportamentos purgativos (há 2 dias) teve 2 vómitos na escola. Os pais negam quadro de auto-agressões/Hipotensa e bradicardia. Feito acolhimento ao serviço de forma sumária; arrumou os seus objectos pessoais. Entregue guia de acolhimento; explicadas regras gerais. Amanhã deverá se contactar dietista, para esclarecimento do plano." P10</p>	<p>5</p>	<p>6</p>
<p><b>Duplicação dos dados com Folha B Sinais Vitais</b></p>	<p>"[Noite de 12.09.12] TA: 99/58 FC: 55 (23H40m)." P2</p> <p>"[Noite de 12.09.12] TA: 90/50 FC: 67 [às 7H]." P2</p> <p>"[Noite de 29.09.12] Avaliados parâmetros vitais: TA: 137/91 mmHg P: 87 bpm estáveis." P9</p> <p>"[Manhã de 05.10.12] Mantém hipotensão (...)" P10</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p><b>Duplicação dos dados com documento eletrónico de registo de terapêutica</b></p>	<p>"(...)" [Noite de 12.09.12] 23H40 fez Lorazepam 1mg 2º prescrição (...)." P2</p> <p>"[Tarde de 12.09.12] Administrado lorazepam 1mg segundo prescrição." P2</p> <p>"(...)" [Tarde de 14.09.12] fez terapêutica SOS prescrita com efeito." P2</p> <p>"[Tarde de 16.09.12] Administrado <u>1mg de lorazepam</u> P.O., com efeito (...)" P2</p> <p>"(...)" [Manhã de 19.09.12] cumpriu terapêutica." P4</p> <p>"[Tarde de 19.09.12] Por volta das 18h, fez paracetamol 1 Gr (...)" P4</p> <p>"(...)" [Tarde de 20.09.12] fez paracetamol que surtiu efeito." P4</p> <p>"(...)" [Tarde de 23.09.12] 20h30: Administrado salbutamol em SOS, com efeito (...)" P4</p> <p>"[Noite de 24.09.12] Colocado EMLA na região do sangradouro e punhos." P4</p> <p>"[Tarde de 19.09.12] Fez Tiapride 100mg p.os prescrito." P6</p> <p>"[Tarde de 20.09.12] 20H15M apresentou rigidez do pescoço, oculogira bilateral e língua Presa. (...) Fez biperideno 2mg P.O. (...) reverteu, ao fim 10 minutos." P6</p> <p>"[Noite de 21.09.12] 7h - Colocado EMLA creme." P6</p> <p>"[Manhã de 21.09.12] 13h00 - Inicia rigidez mais acentuada do pescoço e protusão da língua. Administrado 2mg de biperideno, SOS. 13h20 - Administrado 2mg de biperideno, I.M. em SOS por os sintomas não reverterem. 14h00 - Fica mais tranquila, sem rigidez muscular." P6</p> <p>"[Noite de 22.09.12] 23H30m fez Lorazepam 2,5mg (...) [por insónia inicial] e pede medicação." P6</p> <p>"[Noite de 23.09.12] Administrado lorazepam 2,5 mg PO que surtiu efeito." P6</p> <p>"[Noite de 24.09.12] Às 4h00, fez lorazepam 2,5mg." P6</p> <p>"[Noite de 25.09.12] Colocado EMLA® (...)" P6</p> <p>"(...)" [Manhã de 25.09.12] cumpriu terapêutica." P6</p> <p>"[Noite de 27.09.12] 6h - Colocado EMLA." P8</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] 12h - Administrado cloropromazina 25mg e Diazepam 5mg em SOS." P9</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] Cumpriu medicação (lorazepam 2,5mg + 1/4 cp)." P9</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] 15h - Cumpriu terapêutica prescrita." P9</p> <p>"[Manhã de 26.09.12] Administrado cloropromazina 25mg em SOS antes da visita da mãe." P9</p> <p>"[Tarde de 26.09.12] 18h - Antecipada terapêutica do jantar (lorazepam 2,5mg + Haloperidol 2,5mg) (...)" P9</p> <p>"(...)" [Tarde de 26.09.12] antecipada terapêutica das 21h que cumpriu." P9</p> <p>"[Noite de 27.09.12] 7h - Acaba por aceitar cumprir terapêutica em SOS (cloropromazina 25mg) + lorazepam 2,5mg (do pequeno-almoço)." P9</p> <p>"(...)" [Manhã de 27.09.12] cumpriu terapêutica. Fez S.O.S. às 11:00 Diazepam 10mg com pouco efeito tendo sido administrado cloropromazina 25mg que surtiu efeito. Ficou mais calmo e menos reactivo. Volta a fazer S.O.S. por volta das 15 horas (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 27.09.12] Colocado EMLA." P9</p> <p>"[Tarde de 27.09.12] 16h50 - Administrado lorazepam 2,5mg em S.O.S." P9</p> <p>"(...)" [Tarde de 27.09.12] (...) Antecipada terapêutica das 19h (Diazepam 10mg + Haloperidol 2,5mg) (...)" P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Antecipada medicação do P.A. e administrada cloropromazina em S.O.S. que surtiu efeito. Não foi administrada cloropromazina das 11h." P9</p> <p>"[Manhã de 28.09.12] Antecipada cloropromazina 25mg das 16 Horas que surtiu efeito." P9</p> <p>"[Tarde de 28.09.12] Relativamente à terapêutica, foi antecipada a da hora do jantar (18h00) e da ceia (20h00)." P9</p> <p>"[Noite de 29.09.12] administrado lorazepam 2,5mg c/ efeito 1H/após à toma (SOS)." P9</p> <p>"(...)" [Noite de 29.09.12] antecipada medicação do P.Almoço (...)" P9</p>	<p>7</p>	<p>65</p>

	"(...) [Manhã de 29.09.12] Fez às 9h p/ antecipação Cloropromazina 25mg o mesmo acontecendo às 15h." P9		
	"(...) [Manhã de 29.09.12] cumpriu terapêutica." P9		
	"(...) [Tarde de 29.09.12] cumpriu terapêutica." P9		
	"(...) [Tarde de 29.09.12] fez nesta altura [pelas 22h] levomepromazina 25mg P.O. em SOS." P9		
	"(...) [Noite de 30.09.1] Fez cloropromazina 25mg sem efeito." P9		
	"[Manhã de 30.09.12] Antecipada terapêutica das 11h00 (às 9h00) e das 16h00 (às 15h00)." P9		
	"(...) [Manhã de 01.10.12] por se manter calmo não foi administrado Cloropromazina das 11h." P9		
	"(...) [Noite de 01.10.12] fez cloropromazina 25mg em SOS." P9		
	"(...) [Noite de 02.10.12] aceitou tomar lorazepam 2,5mg pelas 2h45 e voltou a adormecer." P9		
	"[Tarde de 02.10.12] Administrada cloropromazina 25mg em SOS." P9		
	"(...) [Noite de 03.10.12, pelas 2h30 foi] Administrado <u>lorazepam 2,5mg</u> , que não surtiu efeito (...)" P9		
	"(...) [Noite de 03.10.12, pelas 3h30 foi] Administrado <u>cloropromazina 25mg</u> , sem efeito." P9		
	"[Noite de 03.10.12, às 4h30 e 5h30] realizado, 25mg de <u>Levomepromazina PO</u> + <u>25mg de Levomepromazina P.O.</u> , com efeito gradual (...)" P9		
	"(...) [Manhã de 29.09.12, cumpriu] terapêutica." P10		
	"[Noite de 04.10.12] Por volta das 7h00, colocados em las na região do sangradouro." P10		
	"[Manhã de 05.10.12] Aderiu ao seu regime terapêutico." P10		
	"[Tarde de 04.10.12] 21h15 - Administrada olanzapina 5mg. em SOS." P12		
	"[Tarde de 04.10.12] 22h - Administrada levomepromazina 25mg em SOS." P12		
	"[Manhã de 05.10.12] Necessário a administração de terapêutica em SOS - levomepromazina 25mg por volta das 12H00 (...) com algum efeito (...)" P12		
	"[Tarde de 05.10.12] Fez 1mg de Lorazepam cerca das 21h por indicação da Dr.ª X [nome da Pedopsiquiatra de urgência]." P12		
	"[Tarde de 05.10.12] Fez 1,5mg de lorazepam em SOS por indicação da Dr.ª X [nome da Pedopsiquiatra de urgência]." P12		
	"[Manhã de 07.10.12] 10h30 - Administrada olanzapina 5mg em SOS que não surtiu efeito." P12		
	"(...) [Manhã de 07.10.12, pelas 13h, foi] (administrado haloperidol 5mg em S.O.S. após contacto com o Dr. X [nome do Pedopsiquiatra de urgência]." P12		
	"[Manhã de 08.10.12] 10h30 - Administrada cloropromazina 50mg prescrita para o Pequeno-almoço (fez acerto)." P12		
	"[Manhã de 08.10.12] Administrada cloropromazina 50mg das 14h." P12		
	"(...) [Tarde de 09.10.12] tendo cumprido respectiva terapêutica." P12		
	"[Noite de 10.10.12] 3h30 - Administrado Lorazepam 2,5mg (...). Surtiu efeito." P12		
	"(...) [Noite de 11.10.12, colhido sangue] após colocação EMLA® em ambos os m. superiores e mão." P12		
	"[Manhã de 11.10.12] Aplicado NIX para pediculose." P12		
	"(...) [Manhã de 11.10.12] cumpriu terapêutica." P12		
<b>Informação organizacional</b>	"[Manhã de 20.09.12] Foi apresentada unidade que os familiares não conheciam." P4	4	9
	"[Manhã de 20.09.12, o adolescente refere úlcera na cavidade oral] Contactar médico." P4		
	"[Manhã de 26.09.12] Apresentada unidade e restantes jovens e técnicos ao X [nome]." P9		
	"(...) [Manhã de 29.09.12] Dra. X [nome da Pedopsiquiatra] tomou conhecimento telefónico [do quadro de dor localizado no hemitórax, associado a angústia e ansiedade do adolescente] e (...)" P9		
	"[Manhã de 29.09.12] Contactados os pais para saber informações relativas ao plano dietético e informada dietista que personalizou a mesma." P10		
	"[Tarde de 29.09.12, o pai] trouxe o plano dietético que foi entregue à dietista X [nome] que personalizou dieta." P10		
	"[Manhã de 05.10.12] Contactada Dr.ª X [nome da Pedopsiquiatra] no sentido de efectuar prescrição de lactulose (...) [por obstipação]" P10		
	"(...) [Manhã de 06.10.12] esclarecido com a técnica X [nome]; dado o pedido de colheita estar feito para o dia X [data] (...)" P12		
	"(...) [Tarde de 07.10.12] dado conhecimento ao médico de urgência (Dr. X [nome do Pedopsiquiatra])." P12		

Apêndice 9 Genograma do L. - estudo de caso realizado no estágio de âmbito hospitalar na UIPIA (apenas em CD-ROM)

# GENOGRAMA do L.

