



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

**AUTO-REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES NO ADOLESCENTE
COM COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS**

Ana Isabel Balixa Rosado

**Lisboa
2022**



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

**AUTO-REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES NO ADOLESCENTE
COM COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS**

Ana Isabel Balixa Rosado

Orientador: Professor Luís de Oliveira Nabais

**Lisboa
2022**

“O homem mentalmente são não está certo de nada, isto é, vive numa incerteza mental constante; quer dizer, numa instabilidade mental permanente; e, como a instabilidade mental permanente é um sintoma mórbido, o homem são é um homem doente”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

... ao meu FILHO Santiago que foi “obrigado” a abdicar de várias horas da minha presença para que eu conseguisse adquirir competências no sentido de melhor cuidar do outro;

... aos meus PAIS (António e Clarisse) que tantas vezes deixaram o seu lar em Évora para estarem presentes nesta fase da minha vida, com o propósito cuidar de mim e do Santiago;

... aos meus AMIGOS Abel, Inês e Ana por acreditarem sempre em mim;

... ao Henrique meu NAMORADO pelo amor, companheirismo, reforço positivo e toda a disponibilidade que sempre teve para me ajudar com os seus conhecimentos a concluir este processo;

... às CRIANÇAS e ADOLESCENTES que se cruzaram no meu caminho e que permitiram que este percurso acontecesse;

... ao PROFESSOR Luís Nabais pela exigência e pela partilha de conhecimentos;

... ao João e à Paula COLEGAS DE PROFISSÃO pelos modelos de excelência e por cuidarem tão bem de mim;

... aos ENFERMEIROS DE REFERÊNCIA por me ajudarem a concretizar este percurso tão importante;

De certeza absoluta que sem vocês este meu caminho não teria sido possível.

O meu sincero obrigada.

SIGLAS

CAL - Comportamentos Autolesivos

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSH - *Deliberate Self-Harm*

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

EDRE-VA - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional Versão Adolescentes

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*

ICD-9 - International Classification of Diseases, Ninth Revision

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NSSI - *Non-Suicidal Self-Injury*

SIB - *Self-Injurious Behavior*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNPS - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

RRHPIA - Rede de Referenciação Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência

RE - Regulação Emocional

RMP - Relaxamento Muscular Progressivo

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os Comportamentos Autolesivos na adolescência são um problema de saúde pública e vão ao encontro da sua prevalência na sintomatologia suicidária. Devido ao seu crescimento na última década, requerem compreensão e acompanhamento na sua interação biopsicossocial, relacional e familiar.

Os Comportamentos Autolesivos podem estar associados a estratégias adotadas pelos adolescentes para regular as emoções, sendo a adolescência uma fase ambivalente, que é marcada por profundas alterações e desafios, a instabilidade emocional pode ser vivenciada como um período de crise que origina a adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas. Devido à diversidade e complexidade deste tipo de comportamento é importante compreender as causas, os fenómenos e as emoções que os originam, com vista a diminuir os seus efeitos colaterais e a maximizar o potencial do processo de *recovery*. É pouco provável que uma única abordagem terapêutica seja eficaz, pelo que terá de haver flexibilidade, versatilidade e criatividade para gerir as emoções que daí advêm.

Este relatório tem como objetivo compreender de que forma a auto-regulação emocional pode influenciar os Comportamentos Autolesivos e reporta um conjunto de propostas de intervenção em adolescentes que podem potenciar sentimentos positivos de Regulação Emocional, em contexto Comunitário e Hospitalar. Assim sendo, foram desenvolvidas, em grupo e individualmente, técnicas de intervenção com recurso a diferentes mediadores expressivos, os quais se revelaram importantes no processo de auto-regulação emocional.

No contexto Comunitário foi ainda elaborado um breve estudo empírico quantitativo que incluiu a aplicação da Escala de Dificuldade de Regulação Emocional Adaptada-Versão Adolescentes (EDRE-VA), cujos resultados mostram que a maioria dos adolescentes não apresenta estratégias de Regulação Emocional.

A pertinência em intervir enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria é evidente. O recurso às diferentes técnicas de intervenção expressivas transformou-se numa opção com resultados que promoveram nos adolescentes maior interação social, facilidade para exprimir emoções e sentimentos, autonomia, individualidade e aquisição de competências de auto-regulação.

Palavras-Chave: Comportamento Autolesivo; Adolescente; Auto-regulação Emocional; Enfermagem de Saúde Mental

ABSTRACT

According to the World Health Organization, Self-injurious behaviors in adolescence are a public health issue and are in line with their prevalence in suicidal symptoms.

Due to their growth in the last decade, they demand understanding and monitoring in their biopsychosocial, relational and family interactions.

Self-injurious behaviors may be associated with strategies adopted by adolescents to regulate emotions, with adolescence being an ambivalent phase, which is marked by profound changes and challenges, emotional instability can be experienced as a crisis period originating the adoption of aggressive, impulsive or even suicidal behaviors.

Due to the diversity and complexity of self-injurious behaviors it is important to understand the causes, phenomena and emotions that originate them, in order to reduce their collateral effects and maximize the recovery process potential. It is unlikely that a single therapeutic approach will be effective, meaning that, flexibility, versatility and creativity will be needed to manage the arising emotions.

This report aims to understand how emotional self-regulation can influence Self-Injurious Behaviors and reports a set of intervention proposals in adolescents that can enhance positive feelings of Emotional Regulation, in a Community and Hospital context. Therefore, intervention techniques were developed, both in groups and individually, using different expressive mediators, which proved to be important in the emotional self-regulation process. In the Community context, a brief quantitative empirical study was also carried out, which included the application of the Adapted Emotional Regulation Difficulty Scale-Adolescents Version (EDRE-VA), whose results show that most adolescents do not have Emotional Regulation strategies.

The relevance of intervening as a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry is evident. The use of different expressive intervention techniques has become an option with results that have promoted greater social interaction in adolescents, ease of expressing emotions and feelings, autonomy, individuality and the acquisition of self-regulation skills.

Keywords: *Self-injurious behavior; Adolescent; Emotional Self-regulation; Mental Health Nursing*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. PROBLEMÁTICA.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1. A Adolescência	15
2.2. Capacidades de auto-regulação emocional na Adolescência	16
2.3. Comportamentos Autolesivos na Adolescência.....	20
2.3.1. Fatores de Risco.....	25
2.4. Intervenção em grupo com recurso às técnicas expressivas.....	28
2.5. Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman	31
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	35
3.1. Objetivos.....	36
3.2. Participantes.....	36
3.3. Instrumentos utilizados	36
3.4. Questões éticas.....	38
4. PERCURSO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO CLÍNICO.....	39
4.1. Percurso em contexto comunitário.....	39
4.1.1. Caracterização do contexto	39
4.1.2. Intervenções e atividades planeadas	40
4.2. Percurso em Contexto internamento	50
4.2.1. Caracterização do contexto	51
4.2.2. Intervenções e atividades planeadas	52
4.3. Uma abordagem futura no cuidar.....	59
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	61
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização consoante antecedentes de CAL e Tentativa de Suicídio	41
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Objetos moldados pelos adolescentes.....	44
Figura 2 - Desenhos e pinturas que representam a ansiedade	46
Figura 3 - Comportamentos na amostra	48
Figura 4 - % da pontuação máxima X fator de desregulação X comportamento	49
Figura 5 - Obras no âmbito da atividade “Onde encontro a minha segurança”	53

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Modelo integrativo etiológico para explicar os CAL

ANEXO II - Funções dos Comportamentos Autolesivos

ANEXO III - The Neuman Systems Model

ANEXO IV - Escala de Dificuldades na Regulação Emocional - Versão Adolescentes (EDRE-VA)

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Quadro Resumo dos Artigos Seleccionados

APÊNDICE 2 - Questionário Clínico e Sociodemográfico

APÊNDICE 3 - Sessões Planeadas em Contexto Comunitário

APÊNDICE 4 - Análise EDRE-VA

APÊNDICE 5 - Sessões Planeadas em Contexto de Internamento

APÊNDICE 6 - Análise de Interação e Projeto Terapêutico

INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido no 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), e tem como objetivo: a realização de um exercício reflexivo e descritivo sobre o percurso efetuado e as atividades planeadas e desenvolvidas no contexto de Ensino Clínico, de forma a adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Os contextos de ensino clínico são importantes para o desenvolvimento do percurso formativo, uma vez que facultam a partilha, a aprendizagem, a observação e avaliação. Nestes é possível aplicar os conhecimentos adquiridos na teoria, aplicando-os na prática, culminando no desenvolvimento de competências fundamentais que permitem um cuidar especializado.

O caminho efetuado, e como refere Benner (2001), foi com o intuito de passar de iniciada a perita, reconhecendo desta forma a relevância da reflexão e compreensão da *praxis* sustentada em referenciais teóricos, pelo que, neste processo se deu ênfase à teoria dos sistemas de Betty Neuman, que tem como objetivo a promoção de ações de Enfermagem que ajudam a pessoa a manter, reter ou atingir a estabilidade no sistema em que se encontra inserida. Para que isto seja possível, é necessário identificar previamente os elementos *stressores*, dado que são estes os responsáveis pela mudança.

De forma a adquirir as competências enquanto EESMP houve uma questão formulada que permitiu o desenrolar deste percurso: ***“Quais as intervenções especializadas de enfermagem utilizadas para a auto-regulação de emoções nos Adolescentes que apresentam Comportamentos Autolesivos?”***

Para atender a esta necessidade da *praxis* atual foi essencial explorar conhecimentos, desenvolver e construir diferentes habilidades especializadas de intervenção, em torno da problemática Comportamentos Autolesivos (CAL) nos adolescentes. Enquanto Enfermeira, é de relevante importância *saber estar*, *saber fazer* e *saber ser*. Estes pressupostos são indissociáveis na prestação de cuidados, tornando-se assim prioritário otimizar o conhecimento e desenvolvê-lo no exercício profissional.

Da análise realizada, através da revisão da literatura e da vivência do cuidar, verifica-se uma crescente preocupação nas intervenções que devem ser aplicadas nos Comportamentos Autolesivos. Os diversos documentos mostram um aumento deste tipo de comportamentos

entre os adolescentes. Assim, foi privilegiado o desenvolvimento de conhecimentos no âmbito de estratégias de prevenção e intervenção precoce que se preveem vir a ser utilizadas.

O EESMP planeia e envolve o adolescente nas intervenções e nos cuidados, concedendo *empowerment* face ao seu processo de reabilitação biopsicossocial, optando por estratégias comunicacionais e relacionais, como mediadores para a gestão de comportamentos desta índole (Flórido, 2008).

A capacidade de auto-regulação desempenha um papel importante no funcionamento humano, na resiliência e no sentimento de bem-estar físico e psicológico (Dias, Del Castillo, Moilanen, 2014).

De entre as várias conceitualizações teóricas da auto-regulação, surge como ponto convergente o fato de se afigurar a utilização de funções executivas, através dos processos neuropsicológicos que concorrem para a capacidade de autocontrolo físico, emocional e social, as quais permitem manter ou atingir determinados objetivos (Zimmerman, 2000). Desta forma, é pertinente que o EESMP compreenda as causas, os fenómenos e as emoções que originam a autoflagelação, com vista a diminuir os seus efeitos colaterais e maximizar potencialidade no seu processo de *recovery*. Em contexto de reabilitação, de reconhecimento do potencial reabilitativo da pessoa com doença mental, o *recovery* surge como resposta, uma vez que se trata de um processo profundamente pessoal que envolve mudança de comportamentos de vida.

Embora os fenómenos de Comportamentos Autolesivos possam estar presentes em várias fases do desenvolvimento do ser humano, as primeiras manifestações ocorrem na adolescência (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012 cit Jorge, J., Queirós, O., Saraiva, J. (2015). Há uma grande lacuna sobre as intervenções psicoterapêuticas dirigidas aos adolescentes com este tipo de comportamentos e comportamentos da esfera suicidária, que implementem programas estruturados na sua prevenção (Simões, Santos e Martinho, 2019). A corroborar com estes autores Guerreiro & Sampaio (2013, p. 211) afirmam que: “*em grande carência (a nível global) estão os estudos intervencionais, investigando a utilização de programas de prevenção e tratamento deste importante problema que afeta uma elevada proporção dos nossos jovens*”.

Como paradigma de enfermagem, integram-se os contributos de Chalifour, centrado numa visão existencial-humanista, intervindo *com* e não *para* o cliente. O modelo de intervenção terapêutica situa a pessoa-cliente no centro da intervenção, onde a relação terapêutica estabelecida deve ser promotora do processo de tomada de consciência de si (*awareness*), do cliente (Chalifour, 2008).

Reportando-me à experiência Comunitária e Hospitalar onde desenvolvi o projeto planejado, as atividades de intervenção psico e socioterapêuticas elaboradas e concretizadas individualmente e em grupo levaram-me à compreensão dos Comportamentos Autolesivos, sob a perspectiva do desenvolvimento das suas capacidades auto-regulatórias.

Sendo que, as primeiras manifestações de Comportamentos Autolesivos surgem na adolescência, os cuidados prestados a esta população orientaram-me para uma melhor compreensão, possibilitando a construção de um cuidar precoce e preventivo, melhorando desta forma a minha intervenção enquanto Enfermeira.

No contexto Comunitário foram desenvolvidas em grupo e individualmente técnicas de intervenção com recurso a diferentes mediadores expressivos e foi aplicada a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional-Versão Adolescentes (EDRE-VA), a aplicação deste instrumento permitiu executar uma análise empírica quantitativa sobre as capacidades auto-regulatórias e a sua associação com os Comportamentos Autolesivos. Os resultados obtidos permitiram desenvolver intervenções mais sensíveis e adaptadas.

No contexto Hospitalar houve oportunidade de consolidar as técnicas de intervenção, explorar mediadores expressivos como a dança, de acompanhar uma adolescente com Comportamentos Autolesivos enquanto enfermeira de referência, e desenvolver também a prestação de cuidados especializados a crianças e adolescentes internados que se encontram em fase aguda e subaguda da doença.

O relatório encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte integra o enquadramento teórico que fundamenta as intervenções desenvolvidas, fazendo alusão aos conceitos de Comportamentos Autolesivos no adolescente, a sua correlação com as capacidades de auto-regulação e a importância de aplicar o modelo de enfermagem de Betty Neuman no planeamento de cuidados. Na segunda parte, apresento o percurso realizado em contexto clínico, explanando as intervenções realizadas, os resultados obtidos e as reflexões daí decorrentes, fundamentando através da articulação com as competências específicas do EESMP. Por último, surgem as considerações finais, onde reflito acerca dos pontos positivos do percurso efetuado e das limitações que surgiram, bem como propostas para percursos futuros.

1. PROBLEMÁTICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (PNSE, 2015). Esta estimativa é confirmada pela Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, indicando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica (cit. RRHPIA, 2018). Neste contexto, e de acordo com a OMS, os Comportamentos Autolesivos na Adolescência são considerados um problema de saúde pública, uma vez que vão ao encontro da sua prevalência na sintomatologia suicidária. Desta forma, requerem compreensão e acompanhamento na sua interação biopsicossocial, relacional e familiar pois o seu crescimento entre adolescentes coloca em risco um futuro saudável (Trinco e Santos, 2017; Guerreiro et al, 2014; DGS, 2013).

Os Comportamentos Autolesivos definem-se como um comportamento deliberado cuja intenção é provocar lesões a si mesmo, podendo existir ou não intenção suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013), pelo que, é difícil dissociar o suicídio de Comportamentos Autolesivos.

A opção de incidir este projeto sobre a temática da auto-regulação emocional nos adolescentes com CAL prende-se com o fato de os mesmos serem uma estratégia de *coping* para a diminuição e supressão de sentimentos e emoções desagradáveis.

Sendo a adolescência uma fase marcada por profundas alterações e desafios, a instabilidade emocional pode ser vivenciada como um período de crise que origina a adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, neste sentido, dando ênfase à elevada vulnerabilidade dos adolescentes para a depressão e suicídio, é importante conseguir implementar estratégias que facultem a auto-regulação de emoções.

Estudos estatísticos elaborados em 2008 revelam que os Comportamentos Autolesivos aumentam de forma preocupante entre os adolescentes, os dados apontam para uma prevalência de 11,5%. Em 2018, este mesmo indicador apresentava uma prevalência de 20% (OECD/EU, 2018; Guerreiro & Sampaio, 2013; Madge, Hewitt & Hawton, 2008).

Guerreiro & Sampaio (2013) referem que os Comportamentos Autolesivos, com ou sem intencionalidade suicida, constituem um relevante fator de risco no suicídio, uma vez que foram identificados em 40% dos suicídios concretizados. Desta forma, considera-se que adolescentes com Comportamentos Autolesivos têm maior predisposição para realização de tentativas de suicídio, assim, o estudo e a intervenção precoce pelos profissionais de saúde enquanto agentes

que promovem a saúde mental pode facultar o encaminhamento desta população para contextos de saúde mais adequados (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Há um elevado número de adolescentes que se magoam intencionalmente, que estão em sofrimento e se sentem sós, que recorrem a cortes, a sobredosagens de produtos tóxicos ou a outros métodos para aliviar a dor que sentem.

Na pesquisa bibliográfica efetuada, não há estudos em Portugal sobre as intervenções psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamentos autodestrutivos que implementem e avaliem programas estruturados em prevenção, nem se conhecem evidências de estudos de eficácia (Simões, Santos e Martinho, 2019). Tendo em conta que a diversidade de CAL nos adolescentes é incomensurável, é pouco provável que uma única abordagem seja eficaz, pelo que terá de haver flexibilidade e criatividade para gerir as emoções que daí advêm. Assim, o EESMP através da avaliação clínica e da intervenção precoce pode identificar quais os agentes *stressores* e desenvolver em conjunto com a família e o adolescente, a aquisição de estratégias de autocontrolo de emoções que apresentem como fim recuperar o equilíbrio.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A Adolescência

A palavra adolescência deriva do latim “*adolescere*” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006 citando Muuss, 1976).

A definição de adolescência apresenta várias perspectivas, é um conceito de difícil aceção. Várias entidades têm tentado delimitar esta fase nas mais diversas perspectivas, mas alcançaram resultados dispares (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne & Patton, 2018). Atualmente a mais consensual é a definição da OMS (2002) que designa os adolescentes como indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade.

De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência é um período de desenvolvimento e de maturação que ocorre entre a infância e a idade adulta e é caracterizado por importantes mudanças fisiológicas e psicossociais. É um período de mudanças físicas que acontecem de forma acelerada, e psicológicas onde o adolescente sente uma necessidade emergente de mudar os seus ideais, desejos, modelos de identificação e interesses que foi adquirindo durante a infância. Trata-se também de um processo de mudança familiar e social, onde o adolescente sente a necessidade de se afastar dos pais, pois estes já não conseguem fornecer os modelos, as satisfações e prazeres que, até então, eram capazes de lhes proporcionar (Braconnier & Marcelli, 2000).

Para Blos (1968, p. 104), a chegada da puberdade é sobretudo a “*necessidade do estabelecimento de um novo equilíbrio do sistema psíquico e dos mecanismos de defesa*”, a época em que se dão as mudanças sistémicas que levam a uma reestruturação do aparelho psíquico. Até à adolescência, a aprendizagem da adaptação à sociedade tinha sido feita através da sua identificação com as figuras parentais, agora o processo de desvinculação irá permitir desenvolver uma nova geração com novas ideias. Blos acrescenta ainda que a adolescência oferece uma “segunda hipótese” para lidar e resolver os conflitos infantis, nomeadamente o complexo de Édipo.

Segundo Erikson (1968), a adolescência inicia-se após os treze anos de idade, altura onde se inicia uma “revolução fisiológica” à qual se junta concomitantemente uma crise de identidade. O adolescente sente necessidade de se afirmar perante a população adulta, apesar da sua pouca maturidade biológica (Veríssimo, 2002). Depreende-se assim que, o adolescente está numa “balança” entre o infantil e o adulto, onde lhe são dados distintos papéis a experimentar

baseados em pessoas com quem se identificam, de forma a estabelecer um sentido de coerência no *self* (Veríssimo, 2002).

Para Braconnier & Marcelli (2000), o adolescente deve descobrir aquilo que gosta e o que deseja, resultante da herança do passado, consciente e inconsciente, dependente da identidade que o adolescente se atribui e se reconhece, assim como das relações estabelecidas com os seus pais e pares. Para estes autores, a necessidade de mudanças e de escolhas pode explicar a vulnerabilidade psíquica do adolescente. A adolescência é, portanto, um período frágil onde existe uma elevada probabilidade de mudança e de desequilíbrio (Jorge, Queirós e Saraiva (2015).

Nesta fase do desenvolvimento existe a evolução das várias dimensões: física, social, cognitiva, autoestima e intimidade. Esta ocorre rapidamente e constitui múltiplas mudanças que dificultam a integração e vivência desta fase da vida, podendo denotar a necessidade de ajuda para um percurso saudável (Papalia, 2001). Quando a adaptação não é bem-sucedida, podem surgir crises de desenvolvimento não adaptativas e eventualmente psicopatológicas (Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013).

Assim sendo, esta fase do ciclo de vida implica um conjunto de desafios e é importante o adolescente ter ao dispor fatores de proteção biopsicossociais e familiares que facilitem a resolução de conflitos internos e externos. Não dispondo dos fatores de proteção ficará mais vulnerável aos diversos *stressores*, que por sua vez irão desencadear os mais diversos comportamentos, sentimentos e emoções.

2.2. Capacidades de auto-regulação emocional na Adolescência

As emoções podem ser úteis na resolução de uma diversidade de situações e podem mudar consoante os contextos com que nos deparamos no dia-a-dia. No entanto, as emoções podem despertar sentimentos de inquietude em situações onde o contexto envolvente é diferente do esperado, quando nestas situações a resposta emocional é eficaz perante um *stressor* falamos em auto-regulação (Vaz, 2009).

O estudo da Regulação Emocional (RE) adquire notoriedade devido a James Gross nos anos 80, Gross (1998, p. 274) define-a como “*o processo através do qual o indivíduo influencia as suas emoções, o momento em que estas ocorrem e o modo como as expressa e experiencia. (...) Estes processos podem ser controlados ou automáticos, conscientes ou inconscientes e têm impacto ao longo do processo emocional, pelo que a regulação emocional vai envolver mudanças nas respostas comportamentais, experienciais e fisiológicas.*”

Em 2013, este mesmo autor refere que o sucesso na implementação de estratégias de regulação depende da capacidade que o indivíduo apresenta para definir um objetivo adequado, e ter a capacidade de o manter ou ajustar flexivelmente se as circunstâncias se modificarem.

Uma RE eficaz abrange a seleção de estratégias ajustadas e adequadas, integrando assim um indicador de ajustamento psicológico. Gratz e Roemer (2004) mostraram que a Regulação Emocional Adaptativa envolve transformar a intensidade ou duração de uma emoção, em vez de reformar a emoção vivenciada. Estes autores referem ainda que é necessário efetuar e experimentar as emoções e não as excluir. Assim, a Regulação Emocional Adaptativa abrange monitorizar e avaliar a experiência emocional, dando ênfase à consciência, compreensão e aceitação das emoções (Gratz & Roemer, 2004).

A RE tem um papel central na apresentação de sintomas e de comportamentos não adaptativos, Gratz e Roemer (2004) sugerem que esta finalidade indica ausência de aceitação emocional, fator que está associado ao aumento da dificuldade em regular emoções. Estes autores também referem que a desregulação emocional constitui um risco acentuado nas tentativas de controlo da expressão emocional quando a excitação fisiológica aumenta. A desregulação emocional poderá ser definida como o padrão regulatório que exerce influência negativa noutros sistemas comportamentais inviabilizando a manutenção dos objetivos pessoais, da interação com o ambiente ou até do bem-estar emocional (Bridges, Denham & Ganiban, 2004).

Desta forma, o que distingue a regulação e desregulação é a utilização transversal e inflexível das estratégias de regulação que, consequentemente, vão impossibilitar os outros sistemas comportamentais de realizar as suas funções (Bridges, Denham & Ganiban, 2004).

Os Comportamentos Autolesivos são vistos como uma estratégia para alívio de emoções negativas intensas e não desejadas, ou seja, a desregulação emocional que advém dos mesmos não é necessariamente a ausência de regulação, mas sim uma regulação não funcional. A desregulação emocional ocorre devido a falhas na regulação emocional ou devido a uma má regulação, que ocorre na tentativa de uma regulação emocional que não se adequa à situação (Gross, 2013). Na desregulação emocional encontram-se implícitos três fatores: (1) baixa consciência relativa entre as emoções e o contexto; (2) ausência de definição de objetivos a curto e longo prazo; (3) escolha e implementação ineficaz de estratégias de regulação emocional.

O Modelo Processual de Regulação Emocional proposto por Gross (1998), reforçado por Thompson (2007), sugere que a Regulação Emocional pode ser determinada conforme a circunstância em que as emoções exercem o primeiro impacto no processo emocional. Especifica a sequência temporal dos processos implicados no desenvolvimento das emoções e identifica cinco momentos nos quais os indivíduos podem regular as suas emoções e que representam cinco grupos de estratégias de regulação emocional: (1) seleção da situação; (2) modificação da situação; (3) modificação do foco atencional; (4) mudança cognitiva; (5) modulação de resposta.

O modelo de Gross oferece uma base estruturada para a investigação da regulação das emoções, revelando-se um suporte conceptual útil na perceção dos mecanismos, das causas e das consequências implícitas às diferentes formas de regular as emoções (Gross, 1998).

Sendo que, na adolescência, o desenvolvimento ocorre a vários níveis (neuronal, endócrino, cognitivo, comportamental, social e maturação fisiológica), este vai permitir a integração de novas experiências emocionais e de novas capacidades de Regulação Emocional. O desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro vai assumir grande relevância na adolescência, e é nesta fase que se formam os processos neuro cognitivos necessários para a Regulação Emocional. Durante a adolescência há uma maior reatividade emocional, maior intensidade e frequência de situações emocionalmente desafiantes, que derivam do maior conflito com os pais, da maior sensibilidade às relações com os pares e das relações amorosas e experiências sexuais (Riediger & Klipker, 2014). As estratégias de Regulação Emocional podem ser completadas através de experiências pessoais, que estão associadas a atividades que contribuem especificamente para a regulação daquele indivíduo, tais como ouvir música ou procurar apoio num amigo específico. Não existe um padrão linear relativamente às estratégias utilizadas neste período, no entanto, adolescentes com instabilidade emocional apresentam maior dificuldade na gestão de emoções, assim sendo, estão mais suscetíveis à autolesão como estratégia de auto-regulação.

As emoções associadas ao impulso, raiva, ansiedade e frustração podem estar presentes antes da prática dos Comportamentos Autolesivos, porque posteriormente poderão ser experimentadas sensações de alívio. Estes comportamentos podem ser a resposta a períodos de dissociação ou despersonalização e também podem ser utilizados como estratégia de *coping* para resistir a ideias ou intenções suicidas. A dor física pode ajudar o adolescente a recuperar o sentido do *Eu*.

Concisamente pode afirmar-se que os comportamentos de autoflagelação conseguem exercer a sua função no alívio do sofrimento, quando mais nenhuma outra estratégia saudável é visualizada pelo adolescente. Num estudo realizado por Sadeh, et al., (2014) este mostra que as práticas de CAL são maioritariamente utilizadas como mecanismos de regulação de afetos ou de autopunição. A corroborar este estudo Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado & Silva (2012) relatam que os Comportamentos Autolesivos servem como um meio para evitar ou cessar sentimentos negativos e imagens ou memórias dolorosas, para punição do próprio e ainda para evitar fazer algo de mal.

Apesar das diferentes perspetivas que existem para explicar os CAL, todas mostram que estes ajudam a regular as emoções (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006).

Para desenvolver competências de RE é necessário que o adolescente consiga apresentar autoconsciência da sua emoção, construir um raciocínio sobre a origem daquela emoção, perceber quais as potenciais consequências da sua expressão emocional nos diferentes ambientes e construir estratégias para modificar a emoção.

Minimizar o sofrimento poderá passar pela estratégia da não confrontação com a dor ou com a emoção que perturba, existindo assim uma evitação da experiência sentida. A evitação experiencial é uma categoria de comportamentos que visam evitar experiências internas indesejáveis (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006). Apesar de se propor que os CAL são principalmente comportamentos de evitação emocional, eles também funcionam para evitar pensamentos, memórias, sensações ou outras experiências aversivas.

Num estudo efetuado por Mckenzie e Gross (2014) cujo objetivo é verificar a relação entre a evitação experiencial, as estratégias de *coping* e os CAL, este mostra que, os participantes que se envolvem em CAL apresentam uma elevada tendência de evitamento experiencial comparativamente aos participantes que nunca os executaram.

Kranzler (2016) elaborou um estudo a 24 adolescentes com, com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos com Comportamentos Autolesivos. Os resultados mostram uma redução significativa nas emoções de raiva, ansiedade e medo. Quanto às emoções positivas, as que apresentaram aumentos significativos do Antes para o Depois dos CAL são: *Felicidade; Orgulho; Alívio; Calma/Relaxamento* e por fim, *Satisfação*.

Para Kistin Moilanen (2005) o processo de auto-regulação corresponde à capacidade de ativar de forma flexível, monitorizar, inibir e/ou adaptar o comportamento, atenção, emoções e estratégias cognitivas em resposta a sinais internos, estímulos ambientais e *feedback* de outros.

Esta abordagem considera a perspetiva do indivíduo como ser único, tendo em consideração o seu conhecimento anterior, bem como as suas experiências, como forma de atingir os seus objetivos atuais, de acordo com uma visão desenvolvimentista (Dias, Del Castillo, Moilanen, 2014).

Na adolescência, as capacidades de auto-regulação influenciam determinantemente o percurso de cada indivíduo. Pesquisas efetuadas nesta área mostram a importância da mesma como preditor de desenvolvimento saudável e equilibrado, sendo um indicador de saúde mental e física durante a adolescência. Jessor & Jessor (1997) citado por Moilanen (2005), referem que a auto-regulação é um dos fatores que contribui para a prevenção de comportamentos de risco. A corroborar com Moilanen, Quintal (2019, p.12) refere que *“Adolescentes com elevadas capacidades de regulação emocional são mais propensos a adotar comportamentos de vida saudáveis, graças ao seu autocontrolo, aliado a uma capacidade em adiar gratificações e a uma menor impulsividade do que adolescentes com menores capacidades de regulação emocional”*. Pelo contrário, a dificuldade de regular as emoções vai aumentar a predisposição para desenvolver CAL e consequentemente perturbações psiquiátricas (Moilanen, 2005; Dias, Del Castillo e Moilanen, 2014)

2.3. Comportamentos Autolesivos na Adolescência

Os Comportamentos Autolesivos transportam-nos para tempos longínquos, existindo vários relatos documentados da sua prática em diferentes populações, culturas, casos clínicos, registos literários e bíblicos. No final do século XIX, Émile Durkheim, tentou sistematizar os conceitos suicídio e CAL, no entanto, não conseguiu desagregar este tipo de comportamentos sem que os mesmos tivessem intencionalidade suicida. Posteriormente, Karl Menninger refere que os Comportamentos Autolesivos demonstram um esforço do indivíduo para se curar a si mesmo, ou seja, seria considerado um suicídio parcial de forma a evitar o suicídio completo (Guerreiro & Sampaio, 2013). Uma das grandes dificuldades em estudar este tipo de comportamentos, assenta no facto de tanto investigadores como clínicos utilizarem diferentes nomenclaturas e definições para estudarem o mesmo conceito (Nock, 2010).

A literatura mostra falta de consenso a nível da função, da etiologia e do conteúdo. Termos como auto-mutilação (*self-mutilation*), auto-agressão deliberada (*deliberate self-harm*), autolesão episódica e repetitiva (*episodic and repetitive self-injury*), auto-agressão (*self-harm*), corte (*cutting*) e parasuicídio (*parasuicide*), autolesão repetida (*repeated self-injury*), auto-ferimento (*self-wounding*) ou comportamento auto-destrutivo (*autodestructive behavior*) descrevem o fenómeno que é a agressão autodirigida (Nock, 2010).

Para que melhor se entenda este conceito Guerreiro & Sampaio (2013), recorrendo a um trabalho desenvolvido pelo PNPS, adotaram a nomenclatura CAL para comportamentos sem intencionalidade suicida, enquanto comportamentos com intencionalidade suicida, assumem a nomenclatura de Atos Suicidas. Embora a maioria dos autores concorde com esta dicotomia, Hawton, Saunders & O'Connor (2012) consideram que os CAL sem intenção suicida podem incitar intencionalidade suicida, havendo então um possível vínculo entre ambos. Tanto os atos suicidas como os Comportamentos Autolesivos envolvem dano tecidual deliberado, mas estes comportamentos são fenomenologicamente distintos, e a principal diferença é a intencionalidade.

Diversos estudos apresentam diferenças entre atos suicidas e CAL em relação à letalidade, cronicidade, métodos e cognições, em que as tentativas de suicídio tendem a ocorrer com pouca frequência, através de um único método e com a capacidade de criar lesões de elevada letalidade, enquanto os CAL tendem a ocorrer cronicamente, com alta frequência, através de vários métodos, porém com lesões com baixa letalidade (Saraiva C. B., Peixoto B., Sampaio D., (2014)). Apesar das diferenças, cerca de 70% dos adolescentes com CAL repetidos já realizaram, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, uma tentativa de suicídio. Para além disso, a ocorrência de pensamentos e CAL não está limitada apenas a si, mas frequentemente associa-se a ideação suicida. Por outro lado, segundo o PNPS, 77% dos adolescentes com tentativas de suicídio apresentam história de CAL, o que levou à conclusão de que estes comportamentos são um fator de risco para futuros comportamentos suicidários. O suicídio e os CAL estão desta forma relacionados, sendo difícil abordar separadamente os temas.

O porquê dos CAL é uma questão de grande pertinência na prática clínica, *“compreender as razões explicativas da prática de CAL é importante para providenciar o tratamento mais apropriado, e poderá prevenir futuros episódios de CAL”* (Scoliers et al., 2009, p. 607). Assim, para fazer face às dificuldades identificadas, e de modo a elaborar um plano de enfermagem com diagnósticos e intervenções adequados, foi necessário compreender a definição dos conceitos.

O suicídio pode ser definido como um *“dano fatal feito a si mesmo, intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago”* (Stengel, cit. in Werlang & Botega, 2004, p. 22), que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima. Mas os comportamentos suicidários não se resumem ao suicídio, de acordo com a literatura, compreende três conceitos: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e a ideação suicida (Hill, Castellanos, & Pettit, 2011). Os comportamentos suicidários abrangem todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de

intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Simões, Santos e Martinho, 2019).

A ideação suicida define-se por pensamentos e/ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte; a tentativa de suicídio refere-se a um ato levado a cabo com intuito efetivo de pôr termo à vida, mas que por diferentes razões resulta de um ato falhado; o suicídio consumado é o ato que culmina com a morte do sujeito (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Os CAL dividem-se em: comportamentos autolesivos deliberados (*Deliberate Self-Harm, DSH*), incluem todos os métodos de autolesão, desde sobredosagens ou cortes na superfície corporal, não diferencia se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio, evitando assim a questão da intencionalidade (Guerreiro, 2014); e comportamentos autolesivos não suicidários (*Non-Suicidal Self-Injury, NSSI*), que se refere apenas à lesão do próprio corpo, com ausência de intencionalidade de morrer, incluindo apenas cortes e comportamentos associados, como queimaduras ou arranhões (Guerreiro, 2014). A nomenclatura *NSSI* é encontrada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) como diagnóstico psiquiátrico, substituindo o termo “*parassuicídio*”, que designava estes comportamentos análogos do suicídio, não considerando, propositadamente, a orientação psicológica para a morte como essencial à definição (Saraiva C. B., Peixoto B., Sampaio D., (2014)).

No entanto, a nomenclatura *NSSI* não é consensual, pois há dificuldade em identificar a presença ou intenção suicida, excluem-se intoxicações, desvaloriza-se o ato “*non suicidal*” quando este é um fator de risco para o suicídio, e por contribuir para a estigmatização de vários adolescentes no que diz respeito à atribuição de um diagnóstico, aumentando desta forma a lacuna que já existe para identificar causas e tratamento adequados.

Na definição de CAL existem quatro conceitos que são comumente utilizados: método, resultado, letalidade e intencionalidade.

O método é o processo utilizado para a autolesão. O resultado deste comportamento pode ser a morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com lesões/ferimentos ou a sobrevivência sem lesões/ferimentos (Guerreiro, 2014). A letalidade refere-se ao perigo de morte, e está associada ao método utilizado. Por fim, o conceito de intencionalidade, este é difícil de mensurar, e pode ser definido como a determinação do sujeito em alcançar o seu objetivo, neste caso, o suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Para que o conceito de CAL fique mais claro, o PNPS define-o como: “*comportamentos sem intencionalidade suicida mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como por exemplo:*

cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objetos não ingeríveis, como por exemplo, lixívia, detergente, lâminas ou pregos” (Carvalho, et al., 2013).

De acordo com Nobre-Lima et al. (2017) os CAL podem ser subdivididos em comportamentos de auto-dano, que incluem infligir lesões no próprio corpo tais como: morder, beliscar, bater ou arranhar; comportamentos de auto-dano com recursos a objetos para se cortar ou queimar; ou comportamentos de auto-dano enquanto comportamento de risco, ingestão de bebidas alcoólicas em excesso, consumo estupefacientes ou comportamentos sexuais promíscuos.

Devido ao aumento de CAL entre a população adolescente, várias investigações foram feitas, muitas de forma empírica, no sentido de compreender a etiologia, a manifestação e qual a sua função no indivíduo. A preocupação face a esta problemática permitiu o desenvolvimento de modelos que explicam as funções destes comportamentos (Jorge et al., 2015).

Para Messina & Iwasaki (2011) existem três teorias para explicar os CAL: a) tentativa de suicídio falhada; b) um objetivo de chamar a atenção; c) uma estratégia de *coping*. No entanto, há um estudo de 2003 de Warm, Murray & Fox que mostra que 90% dos inquiridos apresenta CAL sem intenção suicida, ou seja, 87,6% dos participantes adotaram CAL como uma forma de “*ficar em controlo*”; 89,6% como uma forma de “*libertar a raiva*”; 96,7% como forma de “*expressar dor emocional*” e 95,9% como “*uma estratégia de coping*”.

O Modelo Teórico Integrado de Nock (2010) (**ANEXO I**), tenta dar resposta ao desenvolvimento e manutenção dos CAL. Este modelo refere que a predisposição para os CAL se deve a fatores de risco que criam vulnerabilidades intrapessoais e interpessoais, sendo que, essas dificultam soluções adaptadas e saudáveis para os eventos stressantes.

De acordo com este modelo os CAL mantêm-se porque os adolescentes os consideram um método eficaz para regular as suas experiências ou um método capaz de influenciar o ambiente social da forma que pretendem. A reprodução e repetição da autolesão é aumentada por vários fatores específicos associados aos próprios CAL e que levam os jovens a escolher esses comportamentos em vez de outros (Nock, 2010). Os CAL funcionam assim, como um método eficaz na regulação de experiências afetivas, cognitivas e que é capaz de influenciar o ambiente social.

Em 2004, Nock e Prinstein propuseram o Modelo de Quatro Funções, o qual consigna que os CAL se mantêm devido a quatro processos de reforço distintos, e que se dividem em Funções

de Reforço Automático e Funções de Reforço Social que podem ser positivas ou negativas.

As Funções de Reforço Automático Negativo, referem-se à forma de obter uma diminuição da tensão ou de outros estados afetivos negativos. A função de Reforço Automático Positivo refere-se à criação de estados psicológicos desejados, ou seja, sentir alguma coisa mesmo que seja dor. Há uma ambivalência na forma de sentir os CAL, pois podem ter a finalidade de extinção de sentimentos, ou podem ser usados como um meio de gerar sentimentos (Brown, Comtois, & Linehan, 2002). As Funções de Reforço Social referem-se ao uso dos CAL com o intuito de modificar ou regular o contexto social do próprio. Pode dividir-se em Reforço Social Negativo onde a envolvimento do adolescente aos comportamentos autolesivos é seguida pela diminuição ou cessão de algum evento social (Nock, 2010); e em Reforço Social Positivo, onde o adolescente tem o objetivo de ganhar a atenção do outro ou alguma coisa (Nock & Prinstein, 2004).

Num estudo elaborado por Nock e Prinstein (2004), as funções mais utilizadas são as de Reforço Automático, uma vez que, a maioria dos adolescentes tem como objetivo regular experiências emocionais ou fisiológicas.

Em 2015, Klonsky, Glenn, Styer, Olino, & Washburn, num estudo que envolvia 235 estudantes universitários, avaliaram 13 funções, assim como a frequência dos CAL. Os resultados obtidos concluíram que as 13 funções avaliadas compreendiam dois fatores conceptualizados como Funções Intrapessoais e Funções Interpessoais que correspondem aos Fatores Automáticos e Sociais de Nock e Prinstein (2004). **(ANEXO II)**

É de referir que a etiologia não é consensual entre os autores, e algumas das perspetivas até são contraditórias. Para Le Breton (2018) os CAL são uma forma paradoxal de comunicação, são, portanto, considerados como um pedido de ajuda. Para Miller et al. (2018) “(...)os CAL têm o objetivo de ganhar estatuto social ou atenção social positiva de outros”. No entanto, segundo o mesmo autor, estes também assumem funções comunicativas que “(...) têm sido corroboradas por estudos baseados em relatos, em que os indivíduos aprovam a utilização de CAL para expressar raiva e procurar apoio” (Miller, 2018, p. 6). No entanto, Messina & Iwasaki citando Murray et al. (2005) referem que, indivíduos com CAL, lesionam-se em áreas do corpo não visíveis, permitindo desta forma escondê-las mais facilmente dos outros, o que torna contraditório o pedido de ajuda.

Na maioria das vezes os Comportamentos Autolesivos manifestam-se na adolescência, entre os 13 e os 15 anos de idade, no entanto, há estudos que referem que se podem alargar até ao fim da adolescência e muitos apontam que os mesmos permaneçam na idade adulta, estando

relacionados a diagnósticos de saúde mental, tais como depressão e ansiedade (Nobre-Lima et al., 2017).

O método utilizado pelos adolescentes com CAL é variado, no entanto, a maioria envolve episódios de cortes (64,8%). Em relação ao local onde os adolescentes executam o comportamento, a maioria (87,1%) ocorre em casa, 17,7% ocorre na escola e 8,9% em sítios públicos. A corroborar com o estudo supracitado, um estudo feito pela *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) (2018), com 5695 adolescentes, mostra que cerca de 18% descrevem ter tido pelo menos um comportamento de autolesão. A HBSC já tinha efetuado estudos neste sentido a adolescentes que frequentavam o 8º e 10º ano, verificando-se um aumento bastante significativo dos comportamentos autolesivos de 2010 (15,6%) para 2014 (20,3%). Quando abordados acerca do que sentiam, 59% referem sentir-se tristes, 52,3% fartos, 39,4% desiludidos, 37% zangados, 34,9% nervosos, 27,3% desesperados e 12,2% inquietos (Matos et al., 2015).

Num estudo realizado por Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017), cujo objetivo era determinar a prevalência de CAL numa amostra representativa de estudantes a frequentar escolas portuguesas, conclui-se que, dos 1713 adolescentes estudados, com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, 125 praticaram CAL pelo menos numa ocasião.

Este estudo mostra ainda as causas que levam os adolescentes a praticar CAL. Acima de metade (54,4%) apresenta mais do que uma justificação, sendo as respostas mais frequentes: “*Eu quero obter alívio de um terrível estado de espírito*” (59%), “*Eu quero punir-me a mim próprio*” (41%), “*Eu queria mostrar o quão desesperado eu estava a sentir-me*” (36%), e “*Eu quero morrer*” (35%). A resposta mais frequente nos adolescentes que apenas selecionaram uma opção foi “*Eu queria mostrar o quão desesperado eu estava a sentir-me*” (56%), seguida de “*Eu quero obter alívio de um terrível estado de espírito*” (39%) (Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

2.3.1. Fatores de Risco

Não é possível determinar quais os fatores risco ou as combinações de contextos que levam à prática de CAL, e torna-se ainda mais difícil categorizá-los devido ao fato de não os conseguirmos dissociar do suicídio, uma vez que os comportamentos suicidas são complexos e englobam fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (Trinco e Santos, 2017).

No entanto, para se atuar ao nível da prevenção e para a realização de intervenções adequadas e individualizadas, a literatura menciona a necessidade de identificação destes fatores, pois é

através dos fatores de risco que se pode identificar melhor o que antecedeu a este tipo de comportamento.

Está descrito que são predominantes no gênero feminino. Alguns autores, assumem que os fatores de risco associados aos CAL têm origem na tríade: doença mental, fatores ambientais e fatores pessoais. Assim, diagnósticos de perturbação da personalidade *borderline*; depressão; perturbação do comportamento alimentar; ansiedade; perturbação de adição de substâncias e perturbação do comportamento são considerados fatores de risco nos CAL (Williams, Monsman & Chadwell, 2018; Nobre-Lima et al., 2017).

De acordo com dados publicados pela OMS, 2016, diariamente e em todo o mundo suicidam-se cerca de 3000 pessoas (uma a cada 40 segundos) e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio. Os CAL encontram-se associados ao suicídio, e a sua correlação torna-se evidente, pois a prevalência, repetição e severidade dos mesmos traduz-se num fator de risco, sendo reconhecidos antecedentes de CAL em 40% dos suicídios consumados (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Existe também uma correlação entre níveis baixos de educação, dificuldades ou abandono escolar e a prática de CAL. Os fatores familiares como, ausência de suporte, rigidez, conflitos, separação ou divórcio parental, morte de um dos progenitores, experiências adversas na infância, *stress* e história de suicídio e CAL na família, também se encontram relacionados com esta prática. Eventos como, ser vítima de *bullying*, abuso físico ou sexual também são considerados pertinentes na prática de CAL (Madge, et al., 2011; Guerreiro & Sampaio, 2013; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Guerreiro, Sampaio, & Figueira, 2014; Zhang, Song, & Wang, 2016).

Miller, Massing-Schaffer, Owens & Prinstein (2018), baseado numa meta análise de Fox et al. (2015), identificam como fatores de risco para os episódios de CAL: o desespero, a presença de pensamentos e comportamentos suicidas, a presença de psicopatologia e antecedentes familiares, a exposição a CAL pelos pares, apresentar distúrbios do comportamento alimentar, dificuldade na regulação emocional e impulsividade, experiências de abuso e disfunção familiar. Por sua vez, Hornor (2016), identifica fatores psicossociais de risco no seio familiar, que podem aumentar a prevalência de CAL, tais como: abuso sexual, físico ou emocional, negligência, consumo de álcool e/ou drogas, exposição a violência doméstica e dificuldades económicas. Com base na literatura existente realizou-se uma análise que permitiu estabelecer a similaridade entre Comportamentos Autolesivos e Regulação Emocional, criando-se padrões uniformes para compreensão do objeto de estudo segundo a literatura.

Em 2021, Robillard C. L., Turner B. J., Ames M. E., Craig S. G., num estudo efetuado durante a Pandemia por COVID-19, referem que dificuldades na regulação emocional provocadas pelo *stress* e isolamento social são fatores que aumentam os CAL entre adolescentes.

Palmer C.; Connor C., Channa S., Lavis A., Leung N., Parsons N., Birchwood M. (2019) mostram através do seu estudo que, as dificuldades de regulação emocional estão associadas ao desenvolvimento do primeiro episódio de CAL, ou seja, os resultados sugerem que a dificuldade em gerir emoções pode funcionar como uma barreira de adaptação, onde a deficiente capacidade para lidar com as emoções aumenta o risco de CAL. Este estudo sugere que, se os adolescentes identificarem e compreenderem as suas emoções as mesmas poderão tornar-se elementos-chave para prevenir CAL.

Em 2020, Wolff J. C., Thompson E., Thomas S. A., Nesi J., Alexandra H. Bettis A. H., Ransford B., Scopelliti K., Frazier A. E., Liu R.T., apresentam uma revisão meta-analítica abrangente da literatura sobre a associação entre *NSSI* e desregulação emocional. É verificado que, a desregulação emocional é frequentemente citada como a principal razão pela qual os indivíduos se envolvem em *NSSI*. Nesta revisão foram analisados 48 estudos e os resultados demonstraram uma associação significativa entre estes conceitos, ou seja, uma maior desregulação emocional foi associada a uma maior probabilidade de *NSSI*.

Em 2018, Plener P. L.; Kaess M; Schmahl C; Pollak S; Fegert J. M.; Brown R. C., numa revisão da literatura, referem que os CAL são frequentemente usados para regular estados emocionais aversivos. Em 2017, num estudo realizado por Carvalho C.; da Motta C.; Sousa M.; Cabral J., a adolescentes no Arquipélago dos Açores, os resultados mostram que a presença de CAL foi associada principalmente a comportamentos de alto risco, formas severas de autocrítica e emoções negativas (vergonha e ansiedade). Os resultados também sugerem que as funções dos CAL refletem predominantemente o reforço automático, com o objetivo de regular estados emocionalmente perturbadores, ou seja, criar um estado emocional desejado ou cessar sentimentos e emoções indesejáveis. Os resultados mostram ainda que os indivíduos que se autoflagelaram e que apresentam pontuações mais altas de ideação suicida também exibem associações mais fortes com sentimentos de depressão, vergonha, autocrítica, *stress* e ansiedade.

Para promover a auto-regulação nos adolescentes, a pertença a um grupo terapêutico e o recurso às técnicas expressivas pode tornar-se numa mais-valia. No próximo capítulo será explicada a sua importância.

2.4. Intervenção em grupo com recurso às técnicas expressivas

O Homem sempre utilizou o “grupo” para estudar, trabalhar e divertir-se, esta característica de estar em grupo é algo que advém dos antepassados, o homem é um ser social, que evolui através da interação com os outros. A partilha de experiências e o confronto com outras opiniões podem potenciar a correção de pensamentos e crenças disfuncionais relevantes, proporcionando a mudança (Zimerman & Osório, 1997). Nesta linha de pensamento, os programas de intervenção social em grupo são uma abordagem utilizada pelos EESMP, pois promover a psicoeducação, a autogestão de competências e as estratégias de regulação emocional contribuem para uma adaptação mais saudável. Esta abordagem é possível porque o EESMP detém conhecimentos técnicos e científicos que lhe facultam a compreensão e intervenção terapêutica eficaz em grupo.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento onde ocorrem várias transformações, Coimbra de Matos (2002, p.109), refere-se à intensidade da vida mental neste período como estando “(...) condicionada ... por um lado, pela enorme pressão dos instintos, por outro, pelo alargamento do conhecimento das pessoas, das coisas, dos fenómenos e si próprio.”. De acordo com o mesmo autor “quando os mecanismos comuns de regulação psicossocial falham ou se mostram insuficientes (...) 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 a esta fase, por corresponder à natural tendência dos adolescentes em procurar no grupo de iguais «o continente para as suas ansiedades»” (2002, p. 321). A terapia de grupo fornece uma oportunidade de apoio social e emocional entre os adolescentes, potencia a autoestima por possibilitar o confronto com a capacidade de ajudar os outros membros do grupo e fornece oportunidade para um *feedback* imediato. Corroborando com o supracitado Vinogradov e Yalom (1992, p. 12) referem que, a intervenção em grupo apresenta “um modo incomparável de psicoterapia, porque se baseia num instrumento terapêutico muito poderoso, o *setting* de grupo”, “(...) os membros dão e recebem *feedback* acerca do significado e efeito das suas várias interações uns com os outros” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 13).

O grupo torna-se o meio ideal para o adolescente praticar as suas habilidades contratuais, pois é o local onde toma consciência da interação com o outro, aprende a assumir responsabilidades e experimenta novos comportamentos, além disso, o contato com o grupo permite compreender que existem problemas, emoções e sentimentos semelhantes. No grupo, os adolescentes são naturalmente induzidos a reavaliar o seu comportamento à luz das relações com os outros.

Yalom e Leszcz (2005) referem que todos os indivíduos passam por etapas evolutivas durante

o processo de psicoterapia em grupo. A primeira fase dá ênfase à criação do vínculo, onde se destaca a promoção de sentimentos de confiança que são importantes para o reconhecimento do *setting* terapêutico como espaço fundamental para o bem-estar psicológico. Assim, como afirma Manes (2009), o primeiro encontro de um grupo é crucial, pelo que é importante o terapeuta exprimir solicitude, interesse, empatia e reciprocidade.

O modelo de Yalom & Ballinger (1995) identifica dez fatores terapêuticos interdependentes que atuam como agentes de mudança no grupo são eles: a esperança, a universalidade, a transmissão de informações, o altruísmo, a recapitulação corretiva da família primária, o desenvolvimento de técnicas de socialização, o comportamento imitativo, a catarse com reflexão cognitiva, a aprendizagem interpessoal e por fim a coesão de grupo.

O EESMP deverá ter a capacidade de reconhecer o que é ou não adequado para determinado adolescente e deverá reconhecer se determinada interação se torna traumática abrindo espaço à comunicação e expressão de sentimentos. A experiência nos grupos mostra que a estimulação mútua de emoções e sentimentos poderá trazer à superfície *insights* profundos, pelo que a relação estabelecida deverá ser de confiança e parceria, aumentando o conhecimento e consciência dos problemas e promovendo a capacidade de encontrar novas formas de resolução.

Pode desenvolver-se com os adolescentes, em grupo e individualmente, atividades de intencionalidade terapêutica recorrendo ao uso das técnicas expressivas. Segundo Bucho (2011, p.20): *“Tudo aquilo que sente, pensa e sabe pode ser expresso através de múltiplas formas de linguagem, pelo olhar, pelo movimento, gesto, choro, riso, mímica, desenho, pintura, modelagem, escultura, pelo teatro, pela música, pela dança, pela escrita, pela poesia. A expressão é parte integrante da vida de uma pessoa, de um povo, de uma sociedade, de uma cultura. Todo o ser humano tem potencial para se expressar, quer seja através da expressão artística, quer através de jogos e brincadeiras, o essencial é descobrir como e ampliarmos essa capacidade”*.

O princípio base das terapias expressivas é a crença de que todos os indivíduos possuem uma capacidade interna para a cura, assim os objetivos são estimular e auxiliar o impulso natural, envolvendo a mente, o corpo e as emoções num contexto de respeito pela natureza de cada indivíduo, permitindo assim a revelação de pensamentos, emoções e sentimentos de difícil verbalização.

A utilização dos diversos mediadores expressivos na intervenção terapêutica em adolescentes com sofrimento mental torna-se essencial, na expressão plástica a criatividade está presente e é

muito estimulada. Fonseca descreve a criatividade como sendo a *“capacidade de dar existência a alguma coisa, de tirar alguma coisa do nada (“do não existente”), de estabelecer relações até aí não concebidas no meio, de inventar, de descobrir algo novo, de inovar”* (Fonseca, 2007, p. 20). Sendo que é através do jogo e da brincadeira *“(…) que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu eu (self)”* (Winnicott, 1975, p. 89).

Os mediadores expressivos ajudam o indivíduo a solucionar várias questões emocionais, como a sua reestruturação emocional, resolução de conflitos, a melhorar a autoimagem, diminuir traumas, ultrapassar obstáculos, desenvolver competências pessoais e treinar as habilidades sociais (Ferraz, 2007). A técnica do desenho é um meio de comunicação que tem origem na infância, e a sua aplicação permite a expressão do momento interno através de traços e cores aplicadas na folha de papel. A técnica da pintura consiste na utilização de tintas e permite a sensação de liberdade, que é induzida através de um movimento de soltura, de expansão, desenvolvendo o relaxamento dos mecanismos defensivos de controlo (Valladares, 2008). A moldagem proporciona formas de diálogo entre quem manuseia e os seus sentimentos. Na técnica de moldar *“o sujeito faz o que deseja (...) significando a questão de o ego perder o controlo por instantes, mas posteriormente acontece a catarse do ato executado e o retorno à realidade pela materialização da imagem em escultura”* (Bozza, 2001, p12). Esta técnica estimula o sistema sensorial, permite a descarga de emoções que leva a pessoa a ter prazer do ato em si e oferece a sensação de sentimentos de controlo que advém do toque. O moldar promove a libertação de tensões e proporciona prazer e relaxamento, pois a obra criada vai ao encontro da sua satisfação.

Ensinar estratégias de redução de comportamentos autolesivos e autocontrolo através de técnicas como o relaxamento adaptado de Jacobson, a psicoeducação e a dança, identificam-se como úteis no processo de *recovery*. A aplicação da técnica de relaxamento consciencializa o indivíduo das tensões corporais e emocionais, faculta a redução de tensões e sofrimento psíquico através da indução de um estado de calma e da promoção de expressão de sentimentos (Payne, 2003). A psicoeducação é considerada uma intervenção de enfermagem especializada, pois educa e estimula o adolescente a adotar comportamentos de vida saudável, proporcionando a tomada de consciência, a autocrítica e a recuperação do bem-estar no processo de doença (OE, 2011). Esta intervenção é verificada sempre nos grupos terapêuticos.

O recurso da dança e movimento como mediador expressivo numa atividade terapêutica de enfermagem, não pretende exercer a prática de dança terapia, o objetivo é utilizar os seus

benefícios na prática de enfermagem de forma a possibilitar vivências gratificantes que muitas vezes se encontram escassas em situações de sofrimento mental. A prática da Atividade Terapêutica Dança e Movimento é baseada na metodologia *5Rhythms*, de *Gabriel Roth* (Pereira, 2011). Este modelo pressupõe uma organização sequencial das sessões que permite emergir e apaziguar diferentes emoções de forma simbólica. As sessões ocorrem numa sequência lógica, a prática destes ritmos coloca o corpo em sintonia com a mente, deste modo surgem movimentos que estão de forma íntima relacionados com as emoções. Os cinco ritmos trabalhados são: 1. *Flowing*; 2. *Stacatto*; 3. *Chaos*; 4. *Lyrical*; 5. *Stillness*. As sessões são adaptadas, iniciam-se com uma fase de aquecimento e posteriormente seguem a estrutura do modelo supracitado, no final terminam com o relaxamento. **1. Flowing:** fase de fluidez, aqui pretende-se proporcionar um clima de ativação baixa e fazer emergir o corpo no espaço; **2. Stacatto:** é a fase de gestos afiados, explora-se um ambiente de ativação média, mas crescente para que se possa entrar na fase seguinte; **3. Chaos:** é designada como a fase de desorganização, ou seja, deixa-se emergir as emoções, e o sujeito está disponível para vivenciar o mundo interno. O clima de ativação é alto. É uma fase que pode ser mais ou menos intensa dependendo do objetivo pretendido; **4. Lyrical:** é uma fase mais tranquila, há um retorno ao clima de ativação média, mas decrescente; **5. Stillness:** é a fase de calma e tranquilidade, onde se experimenta o relaxamento, é o retornar a si. O clima de ativação é baixo.

A pesquisa sobre a utilização da dança como mediador teve como base o trabalho realizado por Patrícia Pereira em 2011, que recorreu à dança como mediador na intervenção terapêutica grupal em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Em 2006, enfermeiros finlandeses afirmaram que a “(...) *dança pode ser utilizada como intervenção de enfermagem (...), que ajuda as pessoas a experienciarem a totalidade mental, física, social e espiritual (...)* que pode promover a interação social com outros e a compreensão pessoal a vários níveis (Ravelin, Kylmä e Koorhonen, 2006).” As intervenções decorrentes do projeto piloto de Pereira (2011), mostraram sentimentos de bem-estar, alegria e tranquilidade.

Reconhecendo a importância de uma enfermagem avançada que se deve basear na evidencia, será dado ênfase no próximo capítulo à teoria dos sistemas de Betty Neuman

2.5. Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman

Sendo a adolescência um período marcado por transições relacionais, onde ocorrem alterações físicas, psíquicas, sociais e familiares, que são influenciadas pela interação do adolescente com o meio envolvente e seus diversos contextos, denota-se, portanto, que o adolescente é um sistema aberto que está em permanente relação com os sistemas externos. Quando o adolescente

apresenta as suas defesas fragilizadas devido a *stressores* intra, inter e extrapessoais, torna-se necessário intervir, facultando o *empowerment* no restabelecimento da harmonia e o equilíbrio. Para o planeamento das intervenções de enfermagem optei pelo Modelo Teórico de Betty Neuman, “*Neuman descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades (...) sendo que a ausência da satisfação das mesmas, que constitui um stressor, pode perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente.*” (Tomey & Alligood, 2002, p. 336).

O Modelo Teórico de Betty Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas, ou seja, é a interação entre o sistema-cliente e o sistema-ambiente que define o domínio da Enfermagem, em articulação com as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sociocultural e espiritual (Neuman e Fawcett, 2011). O referido modelo apresentado define quatro conceitos elementares: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A *Pessoa* é conceptualizada enquanto cliente, um sistema aberto em constante interação com o *Ambiente*, ou seja, a *Pessoa* enquanto sistema não se restringe ao indivíduo, pode haver inclusão da família, do grupo, da comunidade e da dimensão social. Este sistema é composto por cinco variáveis: **1)** a fisiológica, respeitante ao corpo biológico e ao seu funcionamento; **2)** a psicológica que dá ênfase aos processos mentais e relacionais; **3)** a sociocultural que remete para o sistema de relações sociais, os papéis e estatutos sociais; **4)** o desenvolvimento que é relativo às fases do processo do ciclo de vida; **5)** a espiritual relativa aos sistemas de crenças na vida da pessoa (Neuman, 1995). O conceito de *Ambiente* refere-se ao contexto externo e interno. Neuman destaca a importância do fator *stress* enquanto força ambiental e estímulo produtor de tensão, que aumenta a necessidade de reajustamento e adaptação aos novos problemas (Neuman e Fawcett, 2011). O sistema é dinâmico, porque é um processo contínuo de relação com os fatores *stressores* ambientais, e de cariz multidimensional, pois pode potenciar reações, doenças, desequilíbrios, reconstituições ou reconfigurações do sistema cliente. A conceptualização de *Ambiente* é articulada com os *stressores*, estes podem ser notados a nível intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. Como resultado desta reciprocidade, o *Ambiente Interno* é intrapessoal (a interação é contida no cliente); o *Ambiente Externo* pode ser interpessoal ou extrapessoal, e envolve as interações que ocorrem fora do cliente; o *Ambiente Criado* é mobilizado pelo cliente para lidar com a ameaça dos *stressores* no sentido de sustentar um mecanismo de *coping* protetor (Neuman e Fawcett, 2011).

Esquemáticamente é representado por uma estrutura (**ANEXO III**) que inclui fatores como: a estrutura genética, a estrutura do ego ou a capacidade cognitiva. É exibido com uma cobertura de linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da

integridade do cliente enquanto sistema. Estas linhas são três: a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Neuman, 1995). A *Linha Flexível de Defesa*, a mais externa, previne em condições ideais a invasão do sistema por fatores de *stress*, ou seja, protege o sistema cliente livre das primeiras reações a *stressores*; a *Linha Normal de Defesa* representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente, esta linha consiste no acerto das variáveis do cliente aos fatores de *stress* a que se encontra submetido este sistema. Por último, as *Linhas de Resistência* que se encontram no interior, e são ativadas involuntariamente quando um fator de *stress* invade a *Linha Normal de Defesa*, para desta forma proporcionar estabilidade ao sistema.

Os fatores de *stress* podem atravessar a linha flexível ou normal de defesa e dar origem a tensões no sistema, originando resultados positivos ou negativos. A capacidade de resistência do sistema é o resultado da interdependência das cinco variáveis do sistema cliente e da interação com o contexto do cliente, que inclui os recursos próprios e a autopercepção relativamente aos fatores de *stress*.

As intervenções de Enfermagem devem ser intencionais e dirigidas para os fatores de *stress* (reais e/ou potenciais), que desestabilizam a harmonia e o funcionamento do cliente-sistema. Neuman elucida o Processo de Enfermagem, através das fases de diagnóstico, finalidades de Enfermagem e resultados de Enfermagem. Através do Diagnóstico pretende-se colher dados apropriados e necessários que permitem identificar, avaliar e classificar as interações dinâmicas entre as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema, e a presença real ou potencial, de fatores de *stress* (Neuman, 1995). Os fatores de *stress* que são percebidos pelo cliente-sistema devem ser articulados com as percepções do Enfermeiro, com o objetivo de construir um Diagnóstico de Enfermagem compreensivo. Assim, destaca três níveis de intervenção: **1)** intervenção primária que resulta da percepção do risco e das consequências da possível exposição a determinados fatores de *stress*; **2)** intervenção secundária, que resulta da mobilização dos recursos internos e externos do cliente, de modo a selecionar as estratégias de intervenção que visam o restabelecer do equilíbrio no sistema; **3)** intervenção terciária que resulta da mobilização dos recursos do cliente para prevenir novas reações aos *stressores* de modo a manter o equilíbrio conquistado. Como última etapa deste processo, surgem os Resultados, que avaliam e confirmam a mudança pensada ou reformulam novas estratégias de intervenção (Neuman, 1995).

A adolescência é uma fase de transição que pode assumir um processo patológico, que se revela por falta de esperança e incapacidade para lidar com as emoções (Guerreiro & Sampaio, 2013), organizar um sentido de pertença e manter um sentimento de equilíbrio podem apresentar-se

como fatores *stressors* no modelo de Betty Neuman. Os CAL na adolescência são sinal de adolescência patológica, neste sentido a doença surge como um processo de compensação ao desequilíbrio. Ou seja, os CAL, são reflexo da interação do organismo com o ambiente, representam ausência de equilíbrio no adolescente, causando assim um impacto negativo na saúde.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Inspiramo-nos na metodologia investigação-ação para desenvolver o projeto. Máximo-Esteves, (2008, p.20) define-a como: “(...) *um processo reflexivo que caracteriza uma investigação numa determinada área problemática cuja prática se deseja aperfeiçoar ou aumentar a sua compreensão pessoal*”. Os objetivos da investigação-ação são: **1)** Melhorar e/ou transformar a prática social ao mesmo tempo que procuramos uma melhor compreensão da referida prática; **2)** Articular de modo permanente a investigação, a ação e a formação; **3)** Aproximarmo-nos da realidade: veiculando a mudança e o conhecimento; **4)** Fazer dos educadores protagonistas da investigação. Afonso (2005) apresenta cinco características da metodologia investigação-ação: **a)** É uma investigação realizada por pessoas diretamente envolvidas na situação social que é objeto da pesquisa; **b)** O ponto de partida da pesquisa é constituído por questões práticas do trabalho quotidiano; **c)** A opção por esta abordagem implica o respeito e a adequação aos valores e às condições de trabalho na organização; **d)** Existe um grande ecletismo metodológico no que respeita às técnicas de recolha e tratamento dos dados, pois o que é relevante é que sejam compatíveis com os recursos disponíveis, e que não perturbem as práticas da organização; **e)** Implica perseverança num esforço contínuo para ligar, relacionar e confrontar ação e reflexão.

Apesar de não se tratar de um projeto de investigação científica, este trabalho desenvolve e aprofunda um conjunto de intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria requerendo que a sua metodologia denote carácter científico. Para dar ênfase e pertinência ao estudo, considerou-se importante elaborar uma Revisão da Literatura. Assim, com base na pergunta de partida foram selecionadas as palavras-chave que considerei pertinentes (*adolescent, self-injurious behavior, self-regulation, emotional*).

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*), Medline e *Psychology & Behavioral Sciences Collection*.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos sobre CAL em adolescentes; com um arco temporal de 5 anos; de acesso livre com texto integral; em língua portuguesa e inglesa. Como critérios de exclusão foram selecionados: estudos que não apresentem critérios de significância, exequibilidade e testabilidade e artigos em que se verificava uma influência cultural na sua abordagem.

A pesquisa foi iniciada com as seguintes palavras-chave: *adolescent and self-injurious behavior* (S1), desta obtiveram-se: 1110 artigos na Medline e 290 artigos na CINAHL; sentiu-se necessidade de restringir a pesquisa, assim juntamos a S1 or *emotional* (S2) desta surgiram:

141 artigos na Medline, 38 artigos da CINALH. Por fim, na *Psychology & Behavioral Sciences Collection* surgiram 42 artigos. Houve ainda necessidade de aumentar o arco temporal, selecionando assim um artigo de 2004, um de 2009, um de 2010, um de 2013 e um de 2015.

No final selecionaram-se 25 artigos, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão acima referidos (**Apêndice 1**).¹

3.1. Objetivos

Foram delineados como objetivos: **a)** Compreender a atuação e a importância do papel de Enfermeiro Especialista na gestão de Comportamentos Autolesivos; **b)** Identificar sinais que possam antecipar surgimento de Comportamentos Autolesivos; **c)** Desenvolver intervenções de grupo e individuais no âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico que promovam a auto-regulação emocional nos adolescentes com Comportamentos Autolesivos; **d)** Promover a relação terapêutica em grupo e individual através da utilização de técnicas expressivas;

3.2. Participantes

Adolescentes com idades compreendidas entre os 13-18 anos, em contexto de internamento e ambulatório que apresentem Comportamentos Autolesivos.

Em ambos os contextos clínicos não foi possível criar um grupo homogêneo só de Comportamentos Autolesivos, assim, as intervenções planeadas foram adaptadas ao grupo heterogêneo e à realidade existente. De entre todos os focos de atenção, alguns verificaram-se comuns à maioria dos adolescentes e por isso foram alvo de cuidados de enfermagem específicos. Assim sendo, considerámos que a intervenção especializada que faculte a auto-regulação das emoções deveria abranger também adolescentes que apresentem os seguintes diagnósticos de enfermagem: **1)** Comportamento autodestrutivo; **2)** Risco de tentativa de suicídio; **3)** Autoimagem comprometida; **4)** Autocontrolo comprometido; **5)** Uso de drogas.

Foram utilizados como critérios de exclusão: Adolescentes com agitação psicomotora e com patologia psicótica ativa.

3.3. Instrumentos utilizados

Para dar resposta aos objetivos propostos, foram utilizados os seguintes instrumentos de trabalho em **ambos os contextos clínicos**: **1)** Intervenções em grupo de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico com recurso a técnicas expressivas; **2)** Jornais de Aprendizagem segundo o

¹ A pesquisa científica baseada na evidência oferece ao enfermeiro conhecimentos que suportam a intervenção especializada, esta é uma tarefa que se encontra sustentada no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2018).

Ciclo Reflexivo de Gibbs; **3)** Reflexões diárias de caráter individual escritas; **4)** Participação nas reuniões de equipa multidisciplinar.

Em **contexto comunitário** utilizou-se ainda: um questionário clínico e sociodemográfico, a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional Versão Adolescentes (EDRE-VA) e a elaboração de um Estudo de caso. No **contexto de internamento** acompanhou-se uma adolescente com comportamentos autolesivos enquanto Enfermeira de Referência seguindo o processo de enfermagem.

A escala EDRE-VA e o questionário clínico e sociodemográfico apenas foram aplicados no contexto comunitário, decisão tomada em concordância com os Enfermeiros Orientadores após apresentação do projeto que se pretendia desenvolver.

Foram planeadas no total 12 sessões de intervenção em grupo com recurso às técnicas expressivas, tais como: o relaxamento, o desenho, a pintura, a escrita e a dança. Estas intervenções proporcionaram o desenvolvimento da espontaneidade e da criatividade, características que atualmente se consideram fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica.

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional Versão Adolescentes (EDRE-VA) (ANEXO IV), cuja versão original é de Gratz, K.& Roemer, L., (2004), sendo adaptada para adolescentes por Sousa, R., Ribeiro da Silva, D., & Rijo, D. (2018), é um instrumento que procura medir as dificuldades na RE através de uma variabilidade de dimensões, o que possibilita adquirir uma compreensão mais detalhada e específica do género de dificuldades apresentadas. O recurso a esta medida tornou-se relevante, uma vez que fornece informação sobre o modo como os adolescentes regulam as suas emoções e lidam com as dificuldades na sua regulação. Esta escala permite uma melhor abordagem no que concerne à sua aplicação terapêutica e à construção de futuros objetivos e intervenções psicoterapêuticas.

Trata-se de uma medida de autorrelato e foi desenvolvida para avaliar dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas. Inclui 36 itens que refletem diferentes dimensões de regulação emocional e que compõem seis subescalas: Não-Aceitação de Respostas Emocionais (6 itens: 11, 12, 21, 25, 29, 30), Dificuldades no Envolvimento em Objetivos (5 itens: 13, 18, 20R, 26, 33), Dificuldades no Controlo dos Impulsos (6 itens: 3, 14, 19, 24R, 27, 32), Ausência de Consciência Emocional (6 itens: 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R), Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional (8 itens: 15, 16, 22R, 23, 28, 31, 35, 36) e Clareza na Compreensão dos Sentimentos (5 itens: 1R, 4, 5, 7R, 9). Os itens são respondidos numa escala de 5 pontos (1

= “quase nunca” a 5 = “quase sempre”), sendo pedido aos participantes que indiquem o quanto se aplica a si próprio. A pontuação de itens com R será contabilizada de forma inversa. Os resultados das subescalas são obtidos através da soma dos itens correspondentes, pelo que os resultados mais elevados indicam maiores dificuldades na regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

As intervenções desenvolvidas bem como a aplicabilidade dos instrumentos serão apresentadas de forma detalhada no capítulo que dá alusão ao percurso efetuado nos contextos clínicos.

3.4. Questões éticas

As questões éticas e os aspetos deontológicos são as diretrizes centrais da prática de enfermagem. O respeito pelos direitos humanos e pela dignidade humana são o vínculo primordial na relação do enfermeiro com o outro, estabelecido no Código Deontológico dos Enfermeiros. Todo este percurso cumpriu esses requisitos, assim sendo, todas as atividades planeadas, a aplicação do questionário sociodemográfico, bem como a utilização da escala EDRE-VA, foram desenvolvidas e tiveram em conta a intencionalidade terapêutica, privilegiando cuidados de enfermagem especializados.

Os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. De acordo com Antunes (1998), a opinião do menor deve ser tida em conta, em proporção da idade e grau de maturidade. Assim, o adolescente deve ser envolvido no processo de decisão, quando atinge um grau de compreensão e inteligência para tal, sendo da competência dos pais partilhar o consentimento com os filhos. No Artigo 38º do Código Penal Português nº 3, é considerado que, a partir dos 14 anos, o adolescente já possui capacidade de tomar decisões no domínio ético. O adolescente tem direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a autonomia e individualidade estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Queiróz, 2001). A confidencialidade garante que as informações conhecidas pelos profissionais não são reveladas aos pais ou responsáveis legais sem a autorização do adolescente.

Os adolescentes concordaram integrar as sessões apresentadas, foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia, concedendo o seu consentimento oral. Foi garantida a privacidade, a confidencialidade e o sigilo profissional, bem como a liberdade de desistirem da atividade em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o próprio, procurando respeitar os princípios da declaração de Helsínquia.

4. PERCURSO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO CLÍNICO

Para adquirir as competências enquanto EESMP e em simultâneo implementar o projeto, foram realizados estágios em dois locais distintos que abrange ambulatório e internamento. Os contextos clínicos foram selecionados tendo em conta os objetivos, a sua relevância no âmbito da atuação e concretização do projeto delineado.

Ambos os serviços desempenham missões no âmbito profissional de enfermagem, que potenciam a aquisição de competências profissionais e pessoais. O estágio possibilitou o desenvolver e aplicar de conhecimentos, através da prestação de cuidados de enfermagem especializados. De acordo com Fonseca (2016), a realização do estágio possibilita ao profissional adquirir e desenvolver competências para o desempenho profissional. Assim, a atividade que decorre em ambiente real, proporciona ao profissional consolidar saberes teóricos, experimentais e vivenciais, tornando-se perito nos cuidados que presta.

No sentido de dar resposta aos objetivos de estágio, com base na aquisição das competências do EESMP, seguem-se as intervenções planeadas e desenvolvidas, metodologias utilizadas e os resultados obtidos em ambos os contextos de estágio.

O presente capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos (contexto comunitário e contexto de internamento), de forma a facilitar a organização e estruturação das atividades desenvolvidas.

4.1. Percurso em contexto comunitário

4.1.1. Caracterização do contexto

O Hospital de Dia é especializado na prestação de cuidados a adolescentes com problemas psiquiátricos e/ou psicológicos e recebe jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Os princípios pelos quais se rege implicam o respeito pelo outro e pela sua integridade física, psíquica e social. Funciona todos os dias da semana com uma equipa multidisciplinar. Aqui, os adolescentes beneficiam de intervenções terapêuticas, individuais ou em grupo, com recurso a estratégias terapêuticas, mantendo a sua inserção na comunidade. Tem como objetivo disponibilizar aos adolescentes uma alternativa ao meio familiar, através de modelos de identificação, num ambiente terapêutico adequado.

O Hospital de Dia assume um papel de mediador para o adolescente, sendo uma das suas funções a mediação feita entre o jovem e o seu ambiente “(...) *protege o adolescente graças à permanência e à estabilidade do quadro, onde este encontra pouco a pouco os seus limites*”

(Marcelli e Braconnier 2005, p. 648, 649). Corroborando com este conceito, Guimón (2002, p. 64) refere que *“um outro fator terapêutico fundamental encontra-se na continência, ou seja, na criação de um sentimento de segurança face à dor, à raiva e ao desespero (...)”* e acrescenta que *“esse conceito nos reenvia ao «elemento materno» dessas instituições. Existe também um «elemento paterno» que consiste em estabelecer limitações e regras, em reforçar fronteiras (...)”*.

Atendendo ao tipo de intervenção desta equipa, o grupo é liderado por dois EESMP, e que assumem o papel de terapeuta e coterapeuta. A este propósito Coimbra de Matos (2002) refere que, na composição [da] equipa é importante garantir a presença de elementos dos dois sexos. Os Enfermeiros que mediam os grupos de adolescentes no Hospital de Dia formam entre eles um “casal terapêutico”, *“na composição dessa equipa é importante garantir a presença de elementos dos dois sexos. A experiência mostra-nos que esta «bissexualidade» da equipa terapêutica é de uma grande importância, designadamente no tratamento de grupos de adolescentes. Útil ainda, é a existência de pessoas de mais do que uma geração entre o pessoal técnico”* (Coimbra de Matos 2002, p. 47).

Na admissão do adolescente e família em Hospital de Dia é elaborado um plano terapêutico, com os objetivos e com as áreas onde é necessário intervir. Na entrevista inicial o adolescente assina um contrato terapêutico, este princípio faculta a autorresponsabilização e valoriza o adolescente. É de notar que não tive oportunidade de assistir a nenhuma admissão, os grupos de intervenção terapêutica nos quais tive a possibilidade de intervir já se encontravam formados, e a escolha para colaborar como coterapeuta foi feita em conjunto com os Enfermeiros Orientadores, tendo em conta o projeto que pretendia desenvolver.

O acompanhamento dos grupos terapêuticos possibilitou implementar e avaliar o meu projeto, demonstrar os princípios de relação de ajuda e de técnicas de intervenção terapêutica, realizar a prática da supervisão e aprofundar o nível reflexivo, integrar novos conhecimentos teóricos na prática clínica, desenvolver competências de avaliação diagnóstica e aplicar instrumentos de avaliação orientadores na intervenção. Permitiu-me também desenvolver intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades do adolescente e família.

4.1.2. Intervenções e atividades planeadas

Desde o início de estágio até ao seu término, os grupos terapêuticos de adolescentes que acompanhei foram sempre os mesmos. No total estamos a falar de 11 adolescentes.

No que respeita às intervenções de enfermagem desenvolvidas, estas foram ao encontro da minha proposta de projeto e incidiram sobre o que está descrito na literatura enquanto modelos

de intervenção mais eficazes para a auto-regulação emocional de CAL, e que facultam uma diminuição dos fatores de risco.

A avaliação inicial foi concretizada, utilizando como recursos: **Um questionário clínico e sociodemográfico** (Apêndice 2) onde se verifica que dos 11 adolescentes (91% feminino, 9% masculino) a quem realizámos intervenção de enfermagem especializada, 73% apresentam CAL e 55% dos adolescentes já tinham tentado (pelo menos uma vez) suicídio.

Desta amostra observa-se ainda que, 38% dos adolescentes que apresentam CAL já tinham também tentado pelo menos uma vez suicídio. A tabela 1 mostra essa caracterização.

Tabela 1 - Caracterização consoante antecedentes de CAL e Tentativa de Suicídio

Sexo (F = 0 ; M = 1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	F=91% ; M=9%	
Idade	17	16	16	17	17	14	17	16	16	16	15		
Antecedentes pessoais de CAL (Não = 0 ; Sim = 1)	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8	73%
Antecedentes de Tentativa de Suicídio (Não = 0 ; Sim = 2)	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	6	55%
CAL e Tentativa de Suicídio (= 3)	3	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1	3	38%

A metodologia do projeto adaptou-se ao Hospital de Dia, desta forma, desenvolvemos um processo de intervenção especializada para adolescentes com CAL e outras alterações do comportamento que facultasse a auto-regulação das emoções, realçando as diversas fases do processo de enfermagem. A intervenção no grupo passou por desenvolver inicialmente competências de avaliação diagnóstica e estabelecer uma aliança terapêutica.

Abarcar neste projeto por meio da terapia em grupo, constituiu um grande desafio, encontrava-me perante adolescentes num contexto de ambulatório onde a própria intervenção específica e única constituíam uma novidade, no entanto, e no decorrer deste percurso, esta experiência transformou-se numa mais-valia na minha aprendizagem.

A intencionalidade terapêutica incide no sentido do adolescente se tornar mais autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade, sendo capaz de desenvolver mecanismos de defesa que lhe permitam um desenvolvimento equilibrado. Considerou-se importante abordar cada um dos adolescentes como um ser biopsicossocial, respeitando a sua individualidade e especificidade. Durante a permanência no Hospital de Dia foram desenvolvidas e monitorizadas várias atividades com o propósito de colocar em prática a avaliação diagnóstica e desenvolver os objetivos terapêuticos, de modo que estes fossem ao encontro da resolução de problemas e necessidades identificadas em cada avaliação. A intervenção proposta tem como base a classificação das intervenções de enfermagem (NIC, *Nursing Interventions Classification*, 2010).

Para o tratamento e gestão dos CAL foi importante ajudar o adolescente a identificar e a verbalizar os elementos desencadeadores (*triggers*), tais como: conflitos com pares, problemas de intimidade, emoções negativas e dissociação. O reconhecimento dos *triggers* pode ajudar a desenvolver um plano de segurança.

Intervenções em grupo com recurso a técnicas expressivas: Durante este percurso de aprendizagem e de intervenção desenvolvemos, com os adolescentes, atividades de intencionalidade terapêutica recorrendo ao uso das técnicas expressivas.

As Sessões de grupo foram sempre desenvolvidas por dois técnicos (terapeuta e coterapeuta), recorrendo a abordagens formais e informais. No final, realiza-se uma pequena discussão sobre o trabalho desenvolvido, respeitando a individualidade de cada adolescente. Os temas das atividades desenvolvidas foram discutidos e avaliados de modo informal numa vertente psicoeducacional.

No planeamento das sessões delinear-se os objetivos, os recursos, o desenvolvimento e a duração das mesmas. Foram estruturadas 6 sessões de grupo (**Apêndice 3**) que foram organizadas e planeadas em consonância com os Enfermeiros Orientadores do Hospital de Dia, de acordo com os objetivos definidos. É de referir que a realização das mesmas só ocorreu após estar estabelecida uma relação de confiança, ou seja, o *setting* terapêutico.

As sessões iniciavam-se com uma parte introdutória, onde se explicava a atividade a concretizar, seguia-se depois o desenvolvimento com um aquecimento específico, posteriormente em grupo refletíamos sobre a mesma. Nestas intervenções senti-me atenta ao grupo e às suas reações, e senti-me atenta também às minhas próprias emoções e pensamentos.

Apesar das sessões serem planeadas, o grupo construía as sessões, havia uma constante ativação e utilização do “aqui e agora”, isto implica que o terapeuta apresente uma atenção redobrada ao que está a acontecer e que tenha uma capacidade de análise para compreender as pequenas interferências que acontecem nas interações do grupo. Enquanto coterapeuta, sentia-me muitas vezes como um “elo” de ligação entre o terapeuta e os adolescentes, num papel contendor e de persistente observação.

O planeamento e a avaliação das sessões encontram-se descritos no apêndice 3, no entanto, consideramos pertinente explicar alguns dos principais resultados decorrentes das sessões.

Todos os nomes apresentados são fictícios de forma a preservar a identidade dos participantes.

Sessão nº1 - Utilização das cartas “*Baralhações*”

Esta sessão tinha como objetivos: 1) Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos; 2) Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico; 3) Promover o resgate de sentimentos/emoções positivos; 4) Facilitar o processo de interpretar sentimentos/emoções negativas.

O *Baralhações* é um material lúdico-pedagógico constituído por um conjunto de 80 cartas ilustradas e um manual de aplicação, que remetem para a abordagem do tema “*emoções*”. A exploração destas cartas permite criar um espaço de partilha e de vivências em grupo, no qual se pretende desenvolver a expressão oral, a aceitação do outro, o controlo e gestão de emoções e um sentimento de reconhecimento e de pertença, que são essenciais à consolidação do autoconceito e da integração social.

Nesta sessão participaram três adolescentes: a “Maria”, o “Tiago” e a “Joana”. Foi pedido aos adolescentes para escolher 4 ou 5 cartas que simbolizassem acontecimentos geradores de ansiedade. Posteriormente explicavam a sua escolha e escreviam numa folha algumas estratégias auto-reguladoras para ansiedade.

Os adolescentes aderiram com agrado à atividade proposta. A sessão tornou-se num momento gerador de partilha, onde se expuseram e se explicaram emoções, sentimentos e histórias de vida. A forma como comunicam mostra que há confiança, empatia, respeito e realça a relação estabelecida no grupo. Sentiu-se honestidade, autenticidade e veracidade nas palavras, houve alguns momentos onde emergiram sentimentos de angústia, revolta e tristeza pois foram abordados temas que lhes são sensíveis.

Durante a sessão houve necessidade de incentivar e encorajar a “Joana” a verbalizar o que sentia, perceber o porquê da sua ambivalência de sentimentos, apesar do discurso apresentar períodos de silêncio e não ser fluido, considero que conseguiu partilhar com o grupo o que sente. O “Tiago” e a “Maria” apresentam maior facilidade para exprimir as emoções e os sentimentos, o que facilitou positivamente a atividade. No final da sessão foram delineadas pelo grupo as seguintes estratégias de auto-regulação: ouvir música e praticar desporto. Esta atividade com recurso às cartas “*Baralhações*” revelou-se como um momento importante no desenvolvimento da coesão do grupo, na medida em que todos os seus elementos participaram ativamente, facultando um suporte emocional contentor à “Joana”.

Sessão nº2 - “Modelagem do objeto significativo”

Nesta sessão participaram três adolescentes (“Maria”, “Tiago” e “Joana”). O objetivo seria estimular e reconhecer emoções positivas, assim, foi proposto ao grupo criar com massa de

moldar um objeto de importância significativa, e que ao mesmo tempo lhes proporcione pensamentos e emoções positivas.

Antes de darmos início à sessão planeada, os adolescentes sentam-se à volta da mesa e fazemos um pequeno balanço semanal. Neste balanço faz-se alusão à semana e partilha-se com o grupo aspetos positivos e negativos, funciona como um “quebra-gelo”.

A “Maria” e o “Tiago” participaram na atividade terapêutica com agrado, a “Joana” apresentou dificuldade para a concretizar. Durante a sessão a “Joana” apresenta humor deprimido e adota uma postura aborrecida (põe o cotovelo em cima da mesa e encosta a cabeça à mão), permanece em silêncio, com a massa de moldar cria uma bola e durante o tempo da atividade faz movimentos circulatorios na mesa. Não consegue avançar na atividade e não está concentrada, perante o grupo apresenta um comportamento desadequado, no entanto, não consegue influenciar negativamente os outros dois elementos.

No final da sessão é feita a avaliação informal da atividade terapêutica, é dada a oportunidade aos adolescentes para expor o que sentiram. A “Maria” criou um microfone, a escolha do objeto deparou-se com o fato de gostar de cantar e ouvir música, menciona perante o grupo que a sessão a fez esquecer por alguns momentos os problemas do exterior, por isso classifica-a como tendo sido positiva. O “Tiago” criou um computador, perante o grupo verbaliza ser um objeto com o qual se identifica e que lhe causa emoções positivas, avaliou a atividade positivamente. A “Joana” construiu uma bola, na partilha de grupo refere que não tem nenhum objeto significativo e importante para si. Refere que não gosta deste tipo de atividades e que a mesma foi aborrecida.



Figura 1 - Objetos moldados pelos adolescentes

Sessão nº5 - “Relaxamento Progressivo de Jacobson Adaptado”

Durante o percurso no Hospital de Dia foram realizadas três sessões de relaxamento, aplicadas a grupos diferentes.

No total participaram 10 adolescentes (grupo 1: 5 adolescentes (“Cristiana”, “Elisa”, “Lara”,

“Érica”, “Nádia”); grupo 2: 3 adolescentes (“Maria”, “Tiago”, “Joana”); grupo 3: 2 adolescentes (“Jéssica”, “Raquel”). Os objetivos desta sessão são: 1) Fomentar a consciencialização das tensões corporais e emocionais; 2) Reduzir as tensões e sofrimento psíquico através da indução de um estado de calma; 3) Promover expressão de sentimentos; 4) Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam diminuição de estados de ansiedade.

Os Grupos 2 e 3 aderiram à técnica de relaxamento com agrado, senti que se encontravam disponíveis, ambas as sessões decorreram sem intercorrências e o ambiente proporcionado transmitiu tranquilidade, no final o *feedback* dado pelos adolescentes foi positivo. Na fase de partilha referiram sentimentos de bem-estar e proferiram palavras como “*calma*”, “*tranquilidade*” e “*corpo mais leve*”. Apontaram como dificuldade em relaxar na totalidade o “*barulho dos aviões*” e a “*sala estar fria*”. Considerámos que os adolescentes pertencentes aos grupos 2 e 3 estão preparados para a continuidade deste tipo de intervenção e que o relaxamento poderá ser útil para adquirir competências de auto-regulação de emoções e alívio de tensões corporais.

No Grupo 1 houve renitência por parte das adolescentes em realizar a sessão planeada. No decurso é perceptível a falta de concentração e dificuldade em realizar os exercícios. Para este grupo o permanecer em silêncio tem um significado de conotação negativa. No final da sessão sentimos que a técnica de relaxamento não deveria ter sido aplicada e foi um momento de frustração. Desta forma, foi possível perceber que o grupo não se encontrava preparado para participar na sessão de relaxamento. É feito destaque a dois momentos da sessão: o primeiro momento refere-se à “Cristiana”, que na fase do aquecimento inespecífico adere com agrado, encontra-se disponível e esboça sorrisos, mas quando passa para a fase de relaxamento o corpo fica rígido e não se consegue concentrar. Quando questionada no final “*como te sentiste?*”, refere que ficou com dor de cabeça e parecia ouvir vozes de conteúdo depreciativo. O segundo momento refere-se à “Elisa”, esta adolescente mostrou-se pouco disponível para a sessão desde o início, adotando uma postura desafiadora, verbaliza que não quer participar porque não gosta de relaxar. O comportamento é desadequado havendo necessidade de intervenção. Explicámos à “Elisa” que talvez fosse importante experimentar algo que está fora da sua zona de conforto pois eventualmente até poderá gostar. Acabou por ceder e participou na atividade até ao fim. Durante o aquecimento inespecífico ainda soltou gargalhadas em tom de voz aumentada, mas acabou por adequar o comportamento. Durante o relaxamento permaneceu deitada em decúbito lateral direito com os olhos abertos, permanecendo assim durante 20 minutos. Quando no final é questionada “*como te sentiste?*”, a “Elisa” verbaliza que detestou a sessão de relaxamento e que só gosta de ficar em silêncio quando é para dormir. Pediu para não repetir.

Em cada intervenção desenvolvida o mediador expressivo deverá ser escolhido consoante o potencial de expressividade do grupo, deverá ser facilitador de emoções positivas e de aprendizagem emocional. Neste grupo o relaxamento não devia ter sido utilizado nesta fase.

Sessão nº6 - “Desenhar ou pintar a ansiedade”

Nesta sessão participaram três adolescentes. Foi solicitado a este grupo: desenhar ou pintar a ansiedade. No final da sessão as adolescentes teriam de partilhar e explicar por palavras o seu desenho. Os objetivos desta sessão são: 1) Reconhecer emoções e sentimentos em si próprio e no outro; 2) Estimular a expressão de diferentes emoções e sentimentos.

Da sessão foram obtidos os seguintes trabalhos. Associa a cada um uma das frases proferidas pelas adolescentes aquando da partilha em grupo.

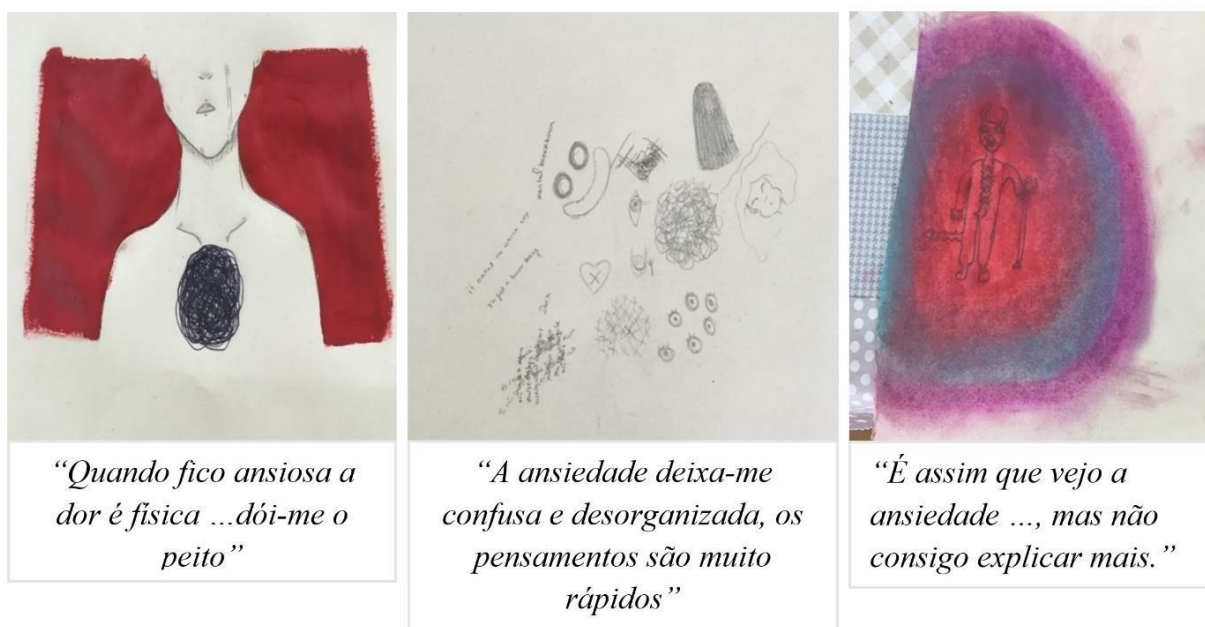


Figura 2 - Desenhos e pinturas que representam a ansiedade

As sessões decorriam associadas sempre a uma carga emocional que por vezes era elevada, o que certamente levou a um restauro psíquico e emocional. O conhecimento sobre mim mesma, a capacidade de reconhecer os meus limites, os meus receios e as minhas barreiras foram sem dúvida contemplados neste contexto de estágio. Posso dizer que encontrei a minha própria identidade profissional e pessoal. A aprendizagem duma intervenção especializada representa orgulhosamente ganhos positivos advindos dos cuidados prestados. Para o meu autoconhecimento contribuíram as reflexões orais conjuntas com os Orientadores, que precediam ao início das sessões e também no final das mesmas. Nestes momentos houve oportunidade para refletir e partilhar dúvidas, medos, receios e aspetos positivos ou outros que deveriam ser melhorados.

Durante as sessões procuramos criar um ambiente promotor de interações significativas, da expressão de emoções e sentimentos, e do estabelecimento de comunicação.

As intervenções não foram só em grupo. Pontualmente, e com base nas interações mantidas com os adolescentes, foi necessário realizar algumas entrevistas de enfermagem individuais, com o objetivo principal de validar as evoluções do adolescente, promovendo a reflexão ou ainda reforçar estratégias individuais para fazer face às suas dificuldades.

Em busca do sentido da intervenção terapêutica, tentámos compreender nas primeiras sessões, as características pessoais negativas e positivas de cada adolescente, comportamentos a mudar e projetos. Era importante perceber o que havia de semelhante no grupo. Ao fim das 10 semanas havia relações de confiança estabelecidas, o espaço tornou-se securizante para os adolescentes.

Um dos objetivos do EESMP é promover um espaço onde se partilhem dificuldades atuais entre os adolescentes, tendo em conta as suas vivências e permitindo libertarem-se dos agentes *stressores* através de experiências benéficas que ajudam a encontrar mais facilmente o equilíbrio. A criação de um espaço de partilha e reflexão em grupo permite uma influência mútua advinda dos adolescentes, que em vários momentos são agentes terapêuticos uns dos outros. Todas as intervenções de enfermagem deverão passar pelo processo de avaliação, esta está associada ao sucesso terapêutico, pois permite a possibilidade avaliativa dos cuidados prestados permite compreender se a contribuição do enfermeiro foi adequada e benéfica. A avaliação dos resultados traduz a excelência nos cuidados, contribui para a aquisição de conhecimentos e para o crescimento de novas perspetivas. Os resultados de cada sessão, foram registados em notas de evolução que refletem o comportamento de cada adolescente. Estas notas são complementadas com descrições sobre a avaliação do estado mental, a sua participação e posicionamento perante o grupo. A avaliação resulta da observação do terapeuta e coterapeuta, e permite adquirir uma visão integradora e sistematizada dos cuidados desenvolvidos.

Aplicação da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional Versão Adolescentes (EDRE-VA)

A aplicação da EDRE-VA permitiu fazer uma análise empírica quantitativa descritiva (**Apêndice 4**). A estatística descritiva ou análise exploratória de dados permite sintetizar e descrever os pormenores mais relevantes dos dados, utilizando a média, a moda e a mediana. Para efetuar esta análise foi utilizado o programa *MS EXCEL*. Este estudo não contempla grupo de controlo.

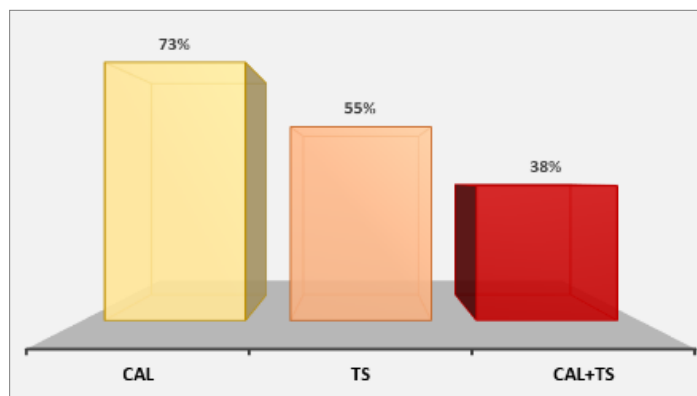


Figura 3 - Comportamentos na amostra

Relativamente à aplicação da EDRE-VA aos 11 adolescentes, uma vez que a mesma inclui 36 itens, que refletem as diferentes dimensões de regulação emocional, e se encontra dividida em 6 subescalas: Não-Aceitação de Respostas Emocionais; Dificuldades no Envolvimento em Objetivos; Dificuldades no Controlo dos Impulsos; Ausência de Consciência Emocional; Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional e Falta de Clareza Emocional, decidi então que iria interpretar os resultados atendendo a esta subdivisão.

Relativamente à subescala **Não-Aceitação de Respostas Emocionais**, 91% dos participantes afirmam que, a maioria das vezes ou quase sempre, quando estão chateados ficam irritados e começam a sentir-se muito mal consigo mesmos por se sentirem assim. Na globalidade da subescala, 82% dos adolescentes apresenta dificuldades na aceitação de respostas emocionais.

Relativamente à subescala **Dificuldade no Envolvimento em Objetivos**, 82% dos adolescentes refere ter dificuldade em concluir tarefas ou trabalhos quando estão chateados, 91% apresenta dificuldade em focar a sua atenção noutras coisas quando estão chateados e 73% têm dificuldade de concentração. Na globalidade da subescala, 91% têm dificuldade em apresentar comportamentos orientados a objetivos.

Em relação à subescala **Dificuldade no Controlo de Impulsos**, 82% dos adolescentes sentem que perdem o controlo sobre si próprios e não conseguem controlar os seus comportamentos. Na globalidade da amostra, 91% apresentam dificuldade em controlar a impulsividade e as emoções associadas.

No que concerne à subescala **Ausência de Consciência Emocional**, 55% dos adolescentes não prestam atenção ao que sentem, 64% não dão importância ao que sentem e não acreditam que os seus sentimentos são válidos ou importantes quando estão chateados. Na globalidade, 64% apresentam ausência de consciência emocional.

Em relação à subescala **Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional**, 91% dos adolescentes têm tendência a pensar que quando estão chateados vão permanecer assim por muito tempo, acreditam que não há nada que possam fazer para se sentirem melhor e demoram muito tempo até se sentirem melhor. Todos os adolescentes da amostra, quando estão chateados, têm tendência a pensar que vão ficar muito deprimidos, não sabendo se vão acabar por descobrir uma maneira de se sentirem melhor. Na globalidade da subescala, 100% dos adolescentes evidencia acesso limitado a estratégias de regulação emocional.

Por último, na subescala de **Falta de Clareza Emocional**, apenas 45% dos adolescentes afirma ser capaz de perceber as suas emoções de forma clara a maioria das vezes, 73% deles sentem-se confusos em relação àquilo que sentem. Na globalidade da subescala, 45% dos adolescentes apresenta dificuldades relativamente à clareza das suas emoções.

Numa visão global, os fatores em que se evidencia maior desregulação (pontuação 4 e 5) são: Aceitação da resposta emocional (82%), Comportamentos orientados a objetivos (91%), Controlo dos impulsos (91%) e Estratégias de regulação emocional (100%).

Nesta amostra, os adolescentes que tiveram CAL apresentam maiores dificuldades nos fatores Objetivos (83%) e Estratégias (84%). Os adolescentes que tiveram tentativas de suicídio, ou ambos (CAL e tentativa de suicídio), além das dificuldades nos fatores anteriores, apresentaram também maiores dificuldades no controlo de Impulsos (86% e 88%).

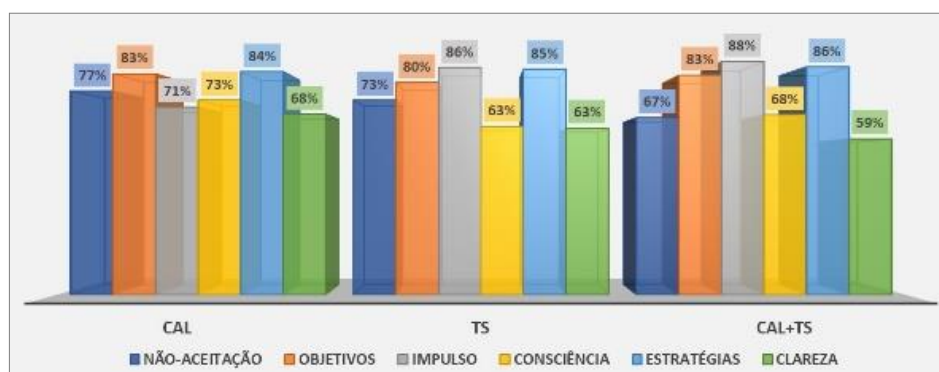


Figura 4 - % da pontuação máxima X fator de desregulação X comportamento

Pela análise da pontuação global na EDRE-VA, nesta amostra é verificado que 91% dos adolescentes evidencia dificuldades de regulação emocional (considerando uma pontuação individual total superior a 117, equivalente a 65% da pontuação máxima de 180). Portanto, conclui-se através deste estudo que os CAL e as tentativas de suicídio podem então estar intimamente ligadas à dificuldade de regular emoções.

Estudo de caso: Como já foi referido, é essencial que o enfermeiro compreenda o comportamento autodestrutivo do adolescente, quais as emoções associadas e os fatores de risco, para que o planeamento de intervenções seja o mais eficaz e adequado. Assim sendo, para conseguir compreender, explorar e descrever o fenómeno de estudo (CAL e auto-regulação) em maior profundidade foi elaborado um estudo de caso (**não apresentado em apêndice para proteção de identidade da adolescente**). Este vai incidir intencionalmente sobre uma situação específica e procura descobrir o que há nela de mais fundamental e específico (Araújo et al, 2008). Para a concretização do estudo de caso da “Cristiana”, elaborámos uma entrevista informal, mas estruturada, tendo presente autores como Chalifour, de forma a identificar e a clarificar o diagnóstico. A colheita de dados foi obtida em diferentes momentos e após estar estabelecida uma relação de confiança. Utilizámos também consulta de outros elementos da equipa de saúde, leitura de registos, exame físico de enfermagem e observação em contexto individual e de grupo. Após a avaliação foram elaborados os diagnósticos e as intervenções especializadas, de acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O planeamento de cuidados foi ao encontro do Modelo de Enfermagem de Betty Neuman.

4.2. Percurso em Contexto internamento

4.2.1. Caracterização do contexto

O serviço de internamento onde desenvolvi o meu percurso, apresenta como população crianças e jovens até aos 18 anos de idade com sintomatologia aguda e subaguda psiquiátrica que, pela sua gravidade, disfuncionalidade ou pelo risco que apresentam para si ou para os outros, dificulte ou inviabilize o tratamento em ambulatório.

O internamento é composto por uma equipa multidisciplinar que desta forma favorece o seu objetivo – *Millieu Therapy* - “(...) ambiente terapêutico para o qual concorrem a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social” (Almeida, Ferreira, Nabais, 2010, p. 2). No que concerne à organização dos cuidados de enfermagem e à metodologia de trabalho adotada pela equipa, é utilizado o método de enfermeiro responsável (de referência ou enfermagem primária). Durante o internamento é atribuído a cada criança e/ou adolescente um enfermeiro e um médico de referência, estes apresentam um papel preponderante na organização, construção, implementação e avaliação do projeto terapêutico. Este projeto é individualizado e reajustado em equipa multidisciplinar nas reuniões diárias e negociado com a criança e/ou adolescente e família, responsabilizando-os do processo de reabilitação.

O modelo de cuidados que se pratica nesta unidade vem demonstrar a essência dos pressupostos da relação terapêutica e da intervenção terapêutica individual e em grupo. Mostra a importância da utilização dos diversos mediadores expressivos para diminuição do sofrimento mental, desta forma, e devido à sua importância, existe na unidade um plano de atividades que envolvem técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducativas, distribuídas ao longo da semana. Estas atividades são desenvolvidas e planejadas pela equipe de enfermagem, com base na evidência científica e de acordo com as necessidades atuais do grupo. As atividades desenrolam-se sempre com 2 enfermeiros (terapeuta e coterapeuta) e há como atividades para realizar: expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, psicoeducação, terapia pelo cinema e atividade de reunião comunitária (existia culinária, no entanto, devido à pandemia por COVID-19 ficou suspensa por tempo indeterminado). No tempo mais livre a intencionalidade terapêutica encontra-se sempre implícita, o estabelecimento da relação de confiança é muitas vezes conseguido nestes momentos, nesta altura utilizamos jogos didáticos, ouvimos música e conversamos.

4.2.2. Intervenções e atividades planejadas

Quando iniciei a minha prática de cuidar neste contexto, percebi que seria mais rica a minha aprendizagem não centrando apenas os meus cuidados a adolescentes com CAL, tal iria facultar-me desenvolver e aperfeiçoar as competências enquanto EESMP. Houve oportunidade, para além do conjunto de intervenções de enfermagem individualizadas a adolescentes com CAL, de alargar os meus conhecimentos a outras crianças e adolescentes com outras patologias que envolvem o sofrimento mental. Todas as decisões foram acordadas com a Enfermeira Orientadora.

Em conjunto decidimos que iria planear algumas das intervenções terapêuticas de grupo que envolvessem crianças e adolescentes, manteria o processo de realização de reflexões que me levavam ao autoconhecimento, acompanharia como Enfermeira Responsável uma adolescente com CAL, para ir de encontro ao meu projeto, e ter um papel ativo na construção de todo o processo de enfermagem e que iria aprender e compreender de forma mais aprofundada a filosofia de prestação de cuidados às crianças e adolescentes ali internados. Benner (2001) refere que o profissional ao contatar com uma nova área necessita de se focar em questões essenciais compreendendo as suas especificidades para que possa evoluir. Assim sendo, irei descrever nos próximos parágrafos o percurso percorrido.

Senti-me muito insegura quando cheguei ao internamento de pedopsiquiatria, tudo era novo para mim. A dinâmica era completamente diferente e estruturada de uma forma para mim

desconhecida, os planos, as regras, as horas das atividades, as horas da refeição, as horas dos cuidados de higiene e de dormir, tudo tinha regras e limites. Posteriormente compreendi a importância de ser assim, ou seja, as rotinas apresentam uma função organizadora para crianças e/ou adolescentes que muitas vezes se apresentam desorganizadas internamente.

Prestar cuidados no internamento de pedopsiquiatria permitiu-me sair da minha área de conforto, percebi que na fase inicial não me encontrava ainda preparada para tal, era preciso realizar o caminho, conectar-me com o sofrimento alheio e saber gerir os fenómenos de transferência e contratransferência que se desenrolavam na relação estabelecida.

Todo o processo foi analisado e refletido com a Enfermeira Orientadora que me acompanhou, ela foi um elemento-chave para que eu conseguisse seguir em frente. Os momentos de partilha foram essenciais, deram sentido ao que sentia, tendo a liberdade de evoluir consoante o meu ritmo. Desta forma, foi possível criar a segurança necessária para desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico com aquelas crianças, adolescentes e famílias. É de referir que apesar de nos encontrarmos em contexto de pandemia devido à COVID-19, e apesar de restrições, houve adaptação desta unidade de forma a manter a família em constante contato com os profissionais e com as crianças e/ou adolescentes, através de videochamadas, chamadas telefónicas e algumas reuniões familiares presenciais.

O primeiro período de estágio em contexto de internamento foi sentido como um momento de integração nas dinâmicas da unidade, de perceber o papel do EESMP e adquirir segurança para construir, gerir e manter uma relação terapêutica. Posteriormente, numa segunda fase foi possível realizar uma intervenção terapêutica mais segura e desenvolver os pressupostos requeridos enquanto EESMP. Foi possível avaliar, formular diagnósticos de enfermagem, planear intervenções, intervir e avaliar resultados.

Intervenções em grupo com recurso a técnicas expressivas: Em contexto de internamento houve oportunidade de planear e desenvolver 6 atividades terapêuticas de grupo como terapeuta (**Apêndice 5**), e integrei várias atividades terapêuticas como coterapeuta, desenvolvendo intervenções do âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico, centrando-me nas necessidades individuais do cliente e família. É o conjunto destas técnicas associadas à criatividade que se afigura como relevante na diminuição do sofrimento mental.

As escolhas dos mediadores expressivos no planeamento das intervenções recaíram sobre aqueles que utilizei no contexto comunitário, à exceção da dança que se insere como uma novidade neste contexto. São diversos os autores que referem o benefício da dança na expressão

de emoções e sentimento, assim sendo, considerámos pertinente a sua inclusão no projeto, como sendo um mediador que poderá ser facilitador da regulação emocional nos adolescentes com CAL, pois, através do movimento conseguimos exprimir, através do corpo, aquilo que muitas vezes as palavras por si só não conseguem. As sessões de Dança e Movimento encorajam e facilitam a partilha de emoções, nesta atividade não é preciso saber dançar, o que interessa é sentir “o dançar” através de gestos, movimentos e olhares que se cruzam.

Para que se possa compreender melhor o percurso desenvolvido em contexto de internamento faço alusão a seguir a algumas das sessões de intervenção terapêutica realizadas.

Sessão nº2 - Terapia pela arte “Onde encontro a minha segurança”

Participaram nesta atividade 9 adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria. A atividade proposta foi: desenhar o sítio, o lugar ou o momento que transmita segurança e bem-estar. Esta atividade permite aos adolescentes perceber o que é importante para si e facultar pensamentos e emoções positivas. O planeamento da atividade terapêutica previamente estruturado foi cumprido. A sessão foi aceite pelo grupo com agrado. Considero que nesta sessão já me sentia mais confiante pelo que consegui articular de forma mais harmoniosa o desenrolar da mesma. As sessões de terapia pela arte apresentam como objetivos: oferecer à criança e adolescente suporte e reforço positivo, reforçar as suas capacidades de comunicação e oferecer ferramentas concretas que facultem o seu processo de reabilitação.

O ambiente proporcionado foi descontraído e leve. A postura e comportamento adotados pelos adolescentes foram adequados e ajustados. No final da sessão partilharam os seus desenhos individuais com o grupo e revelaram quais os sentimentos associados. Apresento algumas das obras criadas por estes adolescentes:



“este desenho representa o meu quarto, quando estou em casa é onde me sinto confortável, tem uma janela grande por onde entra muita luz”



“Gosto de ir ver o pôr-do-sol nas montanhas que existem ao pé de casa, sinto-me tranquila.”

Figura 5 - Obras no âmbito da atividade “Onde encontro a minha segurança”

As atividades planejadas tentaram ir ao encontro do tema do projeto, pelo que o falar de emoções, sentimentos e quais as estratégias que podem facultar a sua regulação estiveram quase sempre presentes.

Sessão nº4 - Uma História feita por Nós: “A BAGAGEM” (preparar para o futuro próximo e para a alta)

A sessão planeada incluía Crianças e Adolescentes que se encontravam internados. Na atividade não participaram aquelas que se encontravam com agitação psicomotora e com patologia psicótica ativa. Os objetivos propostos foram: 1) Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos; 2) Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico; 3) Promover o resgate dos sentimentos/emoções positivos.

Descrição da atividade: Dançar e movimentar o corpo utilizando como mediador expressivo a música. A dança que é proposta, tem como tema “Uma História feita por Nós: “A BAGAGEM” e significa o recomeço, o contar de uma história, é o fazer as malas para preparar o futuro próximo, consciencializar para o processo de alta, consciencializar para as estratégias que devem ser utilizadas neste processo, que possam ser facilitadoras no processo de saúde. As músicas são escolhidas tendo em conta o tema da sessão.

Nesta atividade participaram 9 adolescentes todos se mostraram agradados e satisfeitos, é de salientar que o grupo já me conhecia, sendo que a relação de confiança já se encontrava estabelecida. O balanço da sessão foi muito positivo, os adolescentes estiveram com uma postura descontraída, libertaram tensões e sorriram, dançaram e movimentaram o corpo como lhes apeteceu. Através do movimento, da dança, da música e da comunicação não-verbal revelaram liberdade e fomentaram a esperança. No final cada um proferiu uma palavra: “*esperança*”, “*felicidade*”, “*alegria*”, “*liberdade*”, “*amor*”, “*bem-estar*”, “*coragem*”, “*força*” e “*tranquilidade*”.

A sessão cumpriu os objetivos propostos, foram facultados momentos de prazer que permitiram exprimir sentimentos, uma maior consciência de si e que promoveram a interação de grupo. Considero que neste dia foi possível contribuir para o fortalecimento das linhas flexíveis de defesa destes adolescentes, contribuindo para a reconstituição do seu sistema.

Enfermeira de Referência, seguindo o processo de enfermagem: No contexto de internamento e considerando as competências específicas do EESMP, houve oportunidade de desenvolver junto da adolescente “Daniela” o trabalho como Enfermeira de Referência, seguindo o processo de enfermagem. De acordo com Townsend (2009), o enfermeiro de referência para além de ser o elemento que estabelece uma relação de maior proximidade com

o cliente e família, é também considerado como consultor no planeamento de intervenções de âmbito psicoterapêuticas e socioterapêuticas numa filosofia de continuidade de cuidados.

Embora não tenha realizado a admissão à “Daniela” procurei posteriormente realizar uma entrevista para colheita de dados e estudei o seu processo clínico. Esta análise permitiu-me elaborar a avaliação inicial, perceber as dinâmicas familiares e começar a planear quais os cuidados mais adequados a esta adolescente. A “Daniela” tem 14 anos de idade, ficou internada no serviço, após ter recorrido à urgência por tentativa de suicídio. Fez uma ingestão voluntária de medicamentos. A pessoa que recebeu o primeiro sinal de alerta foi o namorado, através de mensagem para o telemóvel, mas quem denotou alteração do comportamento foi a mãe, a “Daniela” estava mais sonolenta e lentificada e posteriormente acaba por confessar a ingestão de terapêutica. É referido um quadro depressivo com isolamento social associado e CAL que aparentemente se encontram associados ao *bullying* escolar que sofria.

À chegada ao internamento, através do acolhimento pretende-se compreender as especificidades da criança e /ou adolescente e família, através de uma avaliação que abrange as várias dimensões. É a partir deste momento que se inicia a relação terapêutica, nesta fase é demonstrado principal interesse sobre o que a criança e/ou adolescente pensa e sente, e são assim estabelecidos os primeiros laços de confiança.

A “Daniela” vive com os pais e um irmão mais novo. De acordo com a mãe, existe boa relação com os membros do círculo familiar, a relação que ficou mais danificada foi com o pai, devido à não aceitação do processo de doença.

De acordo com os progenitores, a “Daniela” apresenta uma grande dificuldade na integração na escola “*não é um lugar onde se sinta feliz*” (sic mãe), com frequentes sinais de ansiedade, tristeza e insónia. No entanto, apresenta um razoável aproveitamento escolar. A mãe da “Daniela” descreve-a como uma adolescente reservada, que gosta de música rock, mas pouco feliz e com diminuição da autoestima. A primeira interação com a “Daniela” ocorreu 24h após a admissão no serviço (**Apêndice 6**), este foi o ponto de partida para o estabelecimento da relação. A “Daniela” encontrava-se calma, o humor era tendencialmente deprimido e a *facies* pouco expressiva. A postura era reservada, retraída e encurvada, comunicando apenas quando interpelada em discurso breve. A linguagem era adequada, coerente, organizada, ajustada e seletiva. O tom era hipofónico e bradifémico. Refere que esconde da família o que sente, que já tinha havido uma tentativa de suicídio prévio e que adota CAL porque “*Distraí-me um bocado daquilo que sinto*” (sic “Daniela”). Não mostra arrependimento pelo ato cometido e mantém ideiação suicida, mas pouco estruturada. Verifica-se alguma ambivalência nos sentimentos. Não

apuro alterações da percepção e o pensamento está organizado.

Foi decidido em conjunto com a Enfermeira Orientadora que seria definida como enfermeira de referência da “Daniela”. Assim sendo, planeámos um projeto terapêutico que foi apresentado e discutido com a equipa multidisciplinar. Como principais necessidades levantadas destacavam-se dificuldades na socialização; insegurança e baixa autoestima; impulsividade relacionada com comportamentos autodestrutivos e falta de autocontrolo emocional; risco de suicídio; dinâmica familiar alterada por expectativas desajustadas dos pais.

Enquanto enfermeira de referência procurei dinamizar atividades terapêuticas individuais e de grupo com a “Daniela”, recorrendo aos diversos mediadores que permitissem promover a exteriorização do conflito interno; o reconhecimento da sua problemática; a identificação do *stressor* precipitante de CAL; identificar e executar em conjunto com a “Daniela” novas estratégias adaptativas aos *stressores*; ajudar a reconhecer novos modos de identificação positiva de si e na relação com o outro; promover a interação com o grupo de pares.

Durante os primeiros dias a “Daniela” esteve afastada do grupo, não recusava as atividades de grupo, no entanto, no seu *facies* e na sua postura era visível que preferia ficar sozinha, preferindo atividades recreativas individuais. Participava nas atividades terapêuticas de grupo manifestando pouco interesse. No contato com os pais, percebe-se que estão desconfortáveis com a situação e que se encontram preocupados, devido às diversas verbalizações de recusa face ao internamento, contudo, foi desenvolvido todo um trabalho que potenciasse a parceria e aumentasse a confiança. Promoveu-se a escuta ativa dos receios e preocupações da família face à situação da “Daniela”, apresentaram-se os objetivos das intervenções terapêuticas e reforçou-se a importância de desempenharem um papel ativo no seu processo de adesão ao projeto terapêutico proposto.

Na intervenção realizada individualmente, a “Daniela” não reconhecia os benefícios das atividades terapêuticas de grupo. Refere que durante a realização das atividades de grupo consegue empatizar com os outros elementos, no entanto, refere que a sua situação não é semelhante, pelo que não se consegue identificar. Ao longo do internamento estabeleci uma relação de proximidade e de confiança com a “Daniela”, permitindo a construção da relação terapêutica. Estes elementos foram conquistados através de vários momentos de relação dual, a disponibilidade demonstrada permitiu a desconstrução da rigidez postural e o discurso tornou-se mais fluído, através da exploração pelo seu gosto musical foi possível relacionarmo-nos com outra “Daniela”, mais livre e menos retraída. Gradualmente a sua presença em grupo foi-se alterando, e aderiu ao seu projeto terapêutico, começou a envolver-se de forma positiva nas

atividades terapêuticas individuais e de grupo e reconhece que as mesmas poderão ser importantes na sua recuperação. Percebi ao longo do internamento que os CAL se relacionavam a sentimentos de tristeza, a pensamentos intrusivos que muitas vezes eram potenciados através das redes sociais. A “Daniela” identifica como fatores *stressores*: gerir as expetativas dos pais e o *bullying* a que se encontra sujeita em contexto escolar. Partindo da verbalização sobre as suas maiores dificuldades desenvolveram-se estratégias ajustadas de gestão dos fatores *stressores* que originavam CAL.

Os pais apresentam um papel preponderante no desenvolvimento emocional das crianças e/ou adolescentes, e contribuem para facilitar ou prejudicar esse desenvolvimento, sobretudo a autoestima. A literatura expõe que, os pais que são envolvidos com os seus filhos, que são capazes de estabelecer orientações firmes e limites, que adequam expectativas de desenvolvimento e encorajam o filho a desenvolver as suas próprias crenças, tendem a ajudá-lo a desenvolver uma autoestima positiva. Assim sendo, as intervenções terapêuticas com a família tiveram como objetivo promoção de gestão de expectativas, ou seja, construir e entender que as expectativas devem ser realistas e individualizadas.

No processo de preparação para a alta é necessário recuperar gradualmente as relações familiares e sociais, permitindo a gestão de conflitos suportados por técnicos especializados (Townsend, 2009). A família mostrou-se renitente nesta fase, apresenta medos e receios relativamente aos CAL e que por sua vez sejam executadas outras tentativas de suicídio. Mas, através de uma intervenção multidisciplinar, foi possível desconstruir e desenvolver junto destes uma nova perspetiva sobre a “Daniela”, uma vez que já se encontrava noutra fase do seu processo de recuperação e que era importante confiar na sua evolução. Abordou-se também a importância do estabelecimento de limites na relação para que esteja estabelecida a diferenciação de papéis.

A avaliação do plano de cuidados ocorreu ao longo de todo o internamento, num processo contínuo, onde as intervenções de enfermagem planeadas e implementadas eram revistas. Durante o internamento pretendeu-se ajudar a “Daniela” a encontrar novas estratégias e mecanismos adaptativos que fizessem face aos agentes *stressores*. Exploraram-se opções mais ajustadas para exprimir emoções e sentimentos, bem como identificar repercussões do seu comportamento na sua vida. Considerando a fase de crise que a “Daniela” se encontrava a vivenciar, foi possível ajudá-la a desenvolver uma nova definição do seu Eu, com maior capacidade de proteção do *Self* e consequentemente potenciar alguma harmonia na sua vida.

Após ter descrito as atividades específicas que foram desenvolvidas em cada um dos contextos,

seguidamente irei abordar os métodos que foram utilizados comumente em ambos os contextos para adquirir as competências de EESMP.

Reflexões Individuais e Jornais de Aprendizagem: Ao longo do percurso foram elaboradas várias reflexões individuais, onde se encontram descritas emoções e sentimentos e onde de certa forma me confrontei enquanto pessoa e profissional. Estas reflexões permitiram uma maior consciência de mim na relação com o outro, de acordo com Chalifour (2008), o terapeuta precisa aceitar-se tal como é, e deve contemplar o que vai emergindo durante a interação com o cliente, desenvolvendo a sua autoconsciência.

Percebi que há várias formas de intervenção, mas o primeiro passo passa pelo autoconhecimento.

Os jornais de aprendizagem permitem esclarecer dúvidas e fazer face aos receios e medos, potenciando a prática reflexiva. Em ambos os contextos clínicos foram elaborados jornais de aprendizagem através do Ciclo de Gibbs. Estas reflexões estruturadas permitiram-me olhar para o mais profundo que havia em mim, aprendendo a distinguir aquilo que é meu e do outro, ou aquilo que é nosso, enquanto EU Ana e enquanto Ana que é coterapeuta no grupo.

Esta experiência confrontou-me com o que eu sou no “aqui” e no “agora”, permitiu-me perceber quais as minhas vulnerabilidades e limitações, quais as minhas necessidades, deu-me a oportunidade de recomeçar, de crescer e de aprender a lidar com situações menos confortáveis.

Nos jornais de aprendizagem abordei temas como o treino da assertividade, os limites da relação, a auto-estima, o amor e o suicídio. Na sua generalidade representam momentos de alguma inquietude e que suscitaram em mim várias questões.

A complexidade que envolve os comportamentos não adaptativos nos adolescentes, o envolvimento de sentimentos pode muitas vezes não permitir uma avaliação correta e impossibilitar a aliança terapêutica, pois as emoções e pensamentos hostis que se manifestam de forma inconsciente podem espoletar um processo de contratransferência negativa. É evidente, que em diversas situações e durante a nossa prática nos deparamos com sentimentos que advêm do outro, e que advêm de nós para com o outro. Os fenómenos de transferência e contratransferência fazem parte dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, considerar a sua existência é pensar na dinâmica e na complexa relação enfermeiro-cliente, a partir de noções como o inconsciente, o amor, o desejo e a subjetividade.

Neste percurso tão intenso considera-se ainda pertinente abordar o tema “Amor”, essa necessidade surge porque enquanto enfermeira e “Ana” sempre apliquei amor no cuidar. O

“amor” em enfermagem poderá ser encarado como uma força potenciadora que permite fazer melhor pelo outro. Na relação terapêutica é um ingrediente transformador da experiência de cuidar e é uma reflexão sobre nós, sobre o modo como estamos, e em que sentido queremos caminhar. Promover e planejar intervenções adequadas exige dedicação, exige Amor. A intervenção, o cuidar em enfermagem exige uma capacidade de gestão de sentimentos e atitudes, requer uma prática avançada no cuidar. Aprender a gerir situações que podem ser geradoras de *stress* e implementar intervenções adequadas e ajustadas é muito importante para o processo de reabilitação destas crianças e adolescentes. Nós enfermeiros fazemos parte deste projeto, facultamos e proporcionamos processo reabilitativo. Damos amor, cuidamos e criamos estratégias para que “eles” possam cuidar deles próprios.

Reuniões Multidisciplinares: Tive oportunidade de participar também nas reuniões com a equipa multidisciplinar. Estas reuniões são parte crucial na formulação das estratégias implementadas para cada adolescente e para cada grupo. É um espaço privilegiado de reflexão onde os aspetos relacionais de cada profissional são olhados. Marcelli e Braconnier (2005, p. 655) referem que *“cada membro da equipa deve aceitar, criticar os seus diversos papéis e saber ser criticado relativamente ao modo relacional que estabeleceu com o adolescente”*.

À medida que cada profissional abordava as diferentes intervenções, tornava-se possível pensar na pertinência das mesmas, refletindo sobre a forma como foram levadas a cabo e sobre os resultados obtidos. O trabalho desenvolvido nos grupos também era debatido, explicavam-se as opções escolhidas para as sessões e fazia-se referência a evoluções ou reações pertinentes. Mobilizaram-se os conhecimentos adquiridos em relação aos casos apresentados, com intuito de contribuir para a discussão e clarificação dos mesmos. Promoveu-se a continuidade dos cuidados e reforçou-se o planeamento desses mesmos cuidados.

Houve sentimento de pertença à equipa, pela forma como a equipa reagiu às intervenções feitas, pois as opiniões foram valorizadas, as questões pensadas, e o trabalho foi respeitado.

4.3. Uma abordagem futura no cuidar

As atividades terapêuticas realizadas permitiram compreender as dificuldades apresentadas e sentidas por cada adolescente, trabalhar as suas emoções com vista ao desenvolvimento de estratégias de auto-regulação que possam melhorar os seus padrões de resposta.

Resultante do tema estudado é perceptível que a maioria dos adolescentes com CAL apresenta dificuldades de RE, assim, devemos procurar encontrar estratégias que permitam desenvolver, entre os adolescentes, capacidades de RE positivas e essenciais ao seu bem-estar. A literatura

mostra-nos necessidade de uma intervenção especializada precoce, pelo que, o EESMP deve atuar inicialmente no sentido da prevenção dos comportamentos autodestrutivos, avaliando o risco e identificar quais os fatores protetores. Se o objetivo principal é trabalhar a prevenção, deverá então esta iniciar-se em âmbito escolar, onde ainda existe pouca intervenção a este nível porque uma deteção rápida de CAL torna-se essencial e influencia o curso dos mesmos.

Quando instalada a doença mental a intervenção especializada de enfermagem deve incidir na promoção de estratégia de reabilitação. A expressão dos CAL na adolescência assume diferentes configurações, o sofrimento e a dor psíquica são extremamente maiores que a física, atingem de uma forma exacerbada e violenta a pessoa que os vivencia e também as pessoas que a rodeiam. Os adolescentes têm dificuldade em desenvolver capacidades de tolerância à frustração ou aprender formas mais saudáveis e adaptativas para gerir emoções negativas, assim sendo, há que os ajudar a criar estratégias para lidar com estados afetivos aversivos.

Partindo da relação entre a presença de CAL, tentativa de suicídio e a dificuldade nas capacidades de RE, torna-se perentório pensar numa proposta de intervenção de enfermagem especializada e criativa, que olhe o adolescente numa perspetiva holística.

Do que foi analisado é perceptível que intervenções baseadas na utilização da psicoeducação, no desenvolvimento de competências recorrendo aos mediadores expressivos e intervenções de continuidade de cuidados podem ser úteis na reestruturação do equilíbrio e na auto-regulação emocional. Estas intervenções podem ser individuais ou em grupo e devem trabalhar a responsabilização, a autoconsciência, a consciência dos limites corpóreos e a assertividade.

Para que se atinja o objetivo esperado da intervenção deverão ainda estar associadas técnicas e habilidades da relação de ajuda, de forma a que se possa desenvolver uma relação terapêutica baseada no respeito mútuo, na flexibilidade e suporte, numa postura de acolhimento, compreensiva e sem juízos de valor.

5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Esta parte do relatório irá incidir na análise sobre a aquisição de competências enquanto EESMP e Mestre em Enfermagem. O desenvolvimento das competências foi encarado como um foco ao longo de todo o percurso, movido pela vontade de aprender mais e cuidar melhor do outro. Considero ter percorrido um caminho que me permite sem dúvida prestar cuidados de qualidade à pessoa com doença mental e sua família.

Todos os enfermeiros especialistas apresentam uma lista de competências comuns que são compostas por quatro domínios que incluem: responsabilidade profissional ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências específicas são definidas como *“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.4745). Assim, a primeira competência específica que deverá ser adquirida pelo EESMP é *“deve deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* (OE, 2018). Para desenvolver esta competência foram elaboradas reflexões formais e informais diárias, umas escritas outras através de momentos partilhados com os Enfermeiros Orientadores e Colegas Enfermeiros.

Foi ao descrever, relembrar e refletir acerca de algumas situações que foi possível identificar quais as dificuldades presentes, refletir acerca das reações, sentimentos e emoções que surgiram durante as mesmas. Foi um trabalho intenso que originou em mim incertezas e dificuldades sobre as quais não tinha refletido até então. Não foi fácil voltar atrás, enfrentar situações passadas remetendo-as ao presente, e posteriormente estabelecer relações profissionais e intervir. A introspeção e a confrontação interna que este percurso me deu, fez com que tomasse consciência de mim, do meu Eu, das minhas emoções e sentimentos levando-me ao autoconhecimento. Percebi as minhas fragilidades pessoais e isso permitiu-me desenvolver estratégias e habilidades que me possibilitam mobilizar enquanto instrumento terapêutico.

Esta competência permitiu-me ainda desenvolver uma relação baseada na autenticidade, no “aqui” e “agora”, porque ao reconhecer os meus preconceitos, medos e receios, adquiri maior capacidade para contornar fenómenos de transferência e contratransferência mantendo o contexto e os limites da relação profissional.

No que concerne à segunda e terceira competências do EESMP: *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”* e *“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”*. É expectável que o EESMP seja capaz de recolher a informação necessária à compreensão do estado de saúde mental dos indivíduos, para isso é necessário mobilizar habilidades e estratégias de comunicação, técnicas de entrevista, observação do comportamento, revisão e avaliação dos registos, analisar dados, determinar diagnósticos de saúde mental, identificar quais os resultados esperados, delinear e negociar em conjunto um plano.

Durante o percurso efetuado nos contextos clínicos foram desenvolvidas intervenções cujo objetivo foi promover a recuperação e qualidade de vida dos adolescentes, de maneira a serem reinseridos na sociedade. Para a criação de laços de confiança foi necessário utilizar as habilidades da relação de ajuda. Phaneuf (2005, p.324) define a especificidade da relação de ajuda como a *“compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano”*, assim quando se consegue estabelecer uma relação de ajuda, esta permite à pessoa *“compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal”*.

Para que melhor conseguisse avaliar e identificar o motivo do internamento ou permanência no Hospital de Dia e clarificar os problemas existentes dos adolescentes e famílias e, posteriormente, planear e implementar cuidados de acordo com as necessidades identificadas, foi necessário recorrer a instrumentos de análise que tenham uma linguagem comum e se baseiem na evidência. A análise dos dados possibilitou-me identificar de modo mais exacto e pormenorizado o sofrimento mental dos adolescentes, e assim, tendo por base esses resultados, permitiu-me planear e desenvolver juntamente com a equipa actividades terapêuticas que foram ao encontro das verdadeiras necessidades.

Foi ainda importante assistir e participar nas reuniões multidisciplinares e passagens de turno, uma vez que são momentos fundamentais na discussão e delineação de estratégias terapêuticas mais adequadas.

A observação efetuada e o recurso à entrevista também se revelaram instrumentos importantes na construção da relação de ajuda, deduzindo que o enfermeiro é capaz de entender a problemática na forma como ela é vivenciada por aquela pessoa única na sua vida particular.

No âmbito da terceira competência, uma das unidades de competências desenvolvida está relacionada com a metodologia da gestão de caso, pelo que foi elaborado um estudo de caso no qual é desenhada uma extensa avaliação da história de vida e saúde mental do adolescente, sendo posteriormente elaborado um plano de cuidados individualizado, tendo em conta um modelo de enfermagem. Outra interação significativa neste processo foi a oportunidade de acompanhar uma adolescente enquanto enfermeira de referência.

A quarta e última competência específica do EESMP é *“Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*. Esta competência envolve as capacidades do enfermeiro para utilizar estratégias como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21430). É importante que o adolescente perceba que apesar de haver toda uma equipa a orientar o seu processo de reabilitação, a sua opinião durante o percurso é relevante. A intencionalidade terapêutica incide no sentido do adolescente se tornar mais autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade sendo capaz de desenvolver mecanismos de defesa que lhe permitam um desenvolvimento equilibrado. Para conseguir alcançar esta competência: coordenei, desenvolvi e implementei várias atividades que contribuíram para a adesão dos adolescentes à intervenção terapêutica, que auxiliaram a melhoria da comunicação com os profissionais, família e com os pares e que facultaram a promoção da autonomia.

É através de intervenções que promovem a autoconsciencialização e o juízo crítico face ao processo de saúde e projeto terapêutico que os adolescentes percebem qual é o seu posicionamento no mundo, conseguem identificar e reconhecer emoções e sentimentos positivos e negativos e que posteriormente conseguem executar novas estratégias adaptativas aos *stressores*, potenciando assim o seu processo de reabilitação.

Competências de Mestre em Enfermagem

As competências de Mestre em Enfermagem, com base no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior que determina o grau de Mestre e com base nos objetivos de aprendizagem do Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem em Associação são:

1- *“Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.”* A supervisão clínica em Enfermagem assume um papel essencial

no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, é através da supervisão clínica que é possível oferecer apoio aos profissionais, estimular o desenvolvimento da perícia clínica, promover a inovação e as boas práticas, assegurar a proteção e segurança do cliente e garantir um elevado nível de qualidade nos serviços (Rocha, Santos, & Cruz, 2014).

A supervisão clínica encontra-se intimamente ligada à aprendizagem e reflexão dos cuidados. Nos contextos clínicos, atividades que envolvam a aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo e família necessitam de uma reflexão crítica, uma vez que estão envolvidos conhecimentos científicos, éticos, deontológicos e jurídicos.

O percurso realizado permitiu-me adquirir as competências de Mestre em Enfermagem no âmbito da especialização de saúde mental e psiquiátrica, pois teve por base o desenvolvimento de uma prática reflexiva onde todo o caminho percorrido e vivenciado foi analisado, discutido e supervisionado.

2- *“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”*. Esta competência é imprescindível para o crescimento pessoal e profissional do Enfermeiro, uma vez que o objetivo é prestar cuidados de qualidade, desta forma investir na formação contínua concede a atualização e aquisição de novos conhecimentos, possibilitando a consolidação de competências. Integrar um Mestrado mostra a aquisição desta competência pois surge como uma necessidade de formação especializada que apareceu no decurso da atividade profissional e à qual se quis dar resposta, com o objetivo de melhorar os cuidados e evoluir na *praxis*.

3- *“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”*. Considero que esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o percurso, pois colaborei e integrei as equipas multidisciplinares enquanto estudante do mestrado. Consegui desenvolver habilidades de comunicação, planear e intervir, promovendo desta forma um ambiente contentor.

4- *“Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.”* Na prestação de cuidados ao doente em sofrimento mental e família, o EESMP deverá apresentar um nível elevado de julgamento crítico, e precisará de fundamentar em conhecimentos científicos, teóricos, éticos, deontológicos e jurídicos a sua tomada de decisão para determinada intervenção. Assim, torna-se imprescindível apostar na formação contínua e na investigação, para que a sua prática seja baseada na evidência científica.

5- *“Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.” e “Realiza análise diagnóstica, planejamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”*. Estas duas competências considero que estão interligadas, pelo que a sua análise será feita em conjunto. Devido à complexidade da profissão de enfermagem, esta deverá prever uma formação que permita o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, de forma a possibilitar adaptação às mudanças e evoluções que surgem. É indispensável que este desenvolvimento tenha como base um aporte científico. Assim, o processo realizado desde a identificação da problemática, à revisão da literatura e posteriormente a sua aplicação e avaliação, contribuíram para a aquisição das competências de Mestre.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste percurso que é a especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria as competências que adquirir dependeram da minha capacidade de avaliar situações, de conseguir mobilizar conhecimentos e recursos e de tomar decisões consciencializadas, tendo em conta que cada indivíduo é um Ser único.

Articulei conhecimentos teóricos e práticos, habilidades relacionais, estratégias e recursos, para conseguir adaptar-me a novas situações. Este caminho representou um passo fundamental na construção da minha identidade pessoal e profissional, onde refletir sobre mim nos vários contextos e perspetivas me fez crescer e dar um novo sentido à profissão de enfermagem e ao estabelecimento da relação terapêutica.

Fui confrontada com inúmeros desafios que facultaram a tomada de consciência da diversidade de respostas humanas que existem perante um “problema”. Esta perceção fez-me refletir sobre qual a essência da prestação de cuidados centrados na pessoa. As intervenções realizadas com recurso às técnicas expressivas permitiram-me construir novas formas de atuação especializadas. Associados aos CAL e às emoções sentidas que advêm destes comportamentos, existem vários fatores que os podem impulsionar ou atenuar, assim, foi importante realizar uma avaliação global, refletida e adequada, atribuindo enfoque especial à disponibilidade, empatia e autenticidade.

Nesta projeção do cuidado individualizado, onde me apoio na Teoria de Betty Neuman, consegui desenvolver e maximizar capacidades no adolescente, de auto-regulação de emoções e sentimentos.

Para adquirir as competências de EESMP foi importante desenvolver o autoconhecimento, e partilhar com os outros o meu “Eu” e o meu saber, tendo em conta os valores da profissão de Enfermagem. Este percurso permitiu-me desenvolver outras capacidades e mobilizá-las no sentido do auto crescimento e autossatisfação, com a intenção posterior de as aplicar na relação que estabeleço com o outro, aquele que precisa de ajuda para fazer face ao seu problema e para, nesse sentido, também ele mesmo crescer e atingir o seu bem-estar.

Após a revisão da literatura, cujo objetivo foi compreender os CAL e a sua relação direta com os mecanismos de regulação emocional, percebi e identifiquei na evidência científica que existe uma ligação direta entre ambos. A corroborar com a evidência científica, enquadro a minha análise descritiva quantitativa elaborada e desenvolvida em contexto comunitário, numa amostra de 11 adolescentes. Os resultados retirados desta pequena

amostragem, mostram que os mesmos apresentam dificuldades em perceber as suas emoções e que não apresentam estratégias e capacidade de concentração em outras atividades quando ficam chateados.

Da análise efetuada também se verifica a importância da criatividade e o recurso às várias técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, pois a utilização das diversas abordagens terapêuticas potencia: a capacidade de o adolescente expressar aspetos positivos sobre si próprio e sobre a sua situação de vida, a auto-regulação de emoções e a capacidade de tentar novas experiências.

As dificuldades e limitações encontradas ao longo deste percurso foram:

- Dificuldade em trabalhar os CAL, numa fase inicial quando elaborei o projeto de estágio, porque durante a pesquisa bibliográfica e revisão da literatura, percebi que a nomenclatura para denominar CAL era muito divergente e porque há poucas fontes que trabalham este tema, sendo que as intervenções de enfermagem pouco específicas. Assim sendo, planejar intervenções de enfermagem que se considerassem adequadas tornou-se num desafio. Houve necessidade de pesquisar temas como: ansiedade, *stress*, comportamento agressivo e suicídio.
- A pandemia causada por COVID-19, limitou-me a intervenção familiar e com o meio exterior, dado que seria importante explorar os antecedentes familiares, bem como a organização e o suporte familiar, uma vez que estes podem representar fatores de risco e ser potenciais *stressores*, ou pelo contrário, ter uma ação privilegiada junto do adolescente.
- Houve também necessidade de adaptação das intervenções planeadas porque os grupos são heterogêneos, ou seja, quando pensei neste projeto, o objetivo era apenas trabalhar a auto-regulação em adolescentes com CAL, o mesmo não foi possível. Atualmente considero que foi positivo porque me facultou uma aprendizagem mais rica e desafiadora.
- A EDRE-VA devia ser reaplicada no final da intervenção em grupo, tal não aconteceu, porque o acompanhamento dos grupos decorreu apenas durante 10 semanas de estágio.

Este percurso significou para mim o abrir de novos caminhos que me orientam no sentido de olhar para uma enfermagem sustentada num saber multidisciplinar, que garante a qualidade dos cuidados de saúde. Permitiu-me ainda o desenvolver um projeto para mulheres com cancro de mama, que se encontram a realizar tratamentos de quimioterapia em fase curativa da doença.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, Natércio (2005). *Investigação naturalista em educação – um guia prático e crítico*. Porto: Edições ASA.
- Almeida, M., Ferreira, L., Nabais, A. (2010). *Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*. Norma 61. HDE – CHLC.
- Araújo C. et al. (2008). *Estudo de Caso. Métodos de Investigação em Educação*. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Antunes, A. (1998). *“Consentimento Informado”*. Em Serrão, D. e Nunes, R. (eds.). *Ética em cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Blois, P. (1968). *Character Formation in Adolescence*. *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 23, p. 245.
- Bozza, M. (2001). *Argila: Espelho da Auto-Expressão: Um método para manifestação do inconsciente*. Curitiba: Ed. do Autor
- Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). *Definitional issues in the emotion regulation research*. *Child Development*, 75, 340-345
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). *Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*. 111(1), 198–202.
- Buchó, J. L. C. (2011). *As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Carvalho C.; Motta C.; Sousa M.; Cabral J. (2017). *“Biting myself so I don’t bite the dust : prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths”* *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017; (39) 252–262.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1. Loures: Lusodidata. Chapman, A. L., Gratzb, K. L., & Brown, M. Z. (2006). *Solving the puzzle of deliberate selfharm: The experiential avoidance model*. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 371- 394.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *A Adolescência: o triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz M., Pereira, C.; Sampaio, D. (2013). *Adolescents and self-destructive behaviours: an exploratory analysis of family and individual correlates*. *Psicologia Conductual*, Vol. 21, Nº 2. pp. 271-288.

- Decreto-Lei nº63/2016. (2016). *Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, 1.ª série, nº176 (13 de Setembro de 2016), 3519-3191.
- Dias, P., Del Castillo, J., Moilanen, K. (2014). *The Adolescent Self-Regulatory Inventory (ASRI) Adaptation to Portuguese Context*. 24 (58), 155-163. DOI: 10.1590/1982-43272458201403.
- DGS (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio* (2013/2017).
- Erikson, E. (1968/1972). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ferraz, M. (2007). *Os fins terapêuticos das expressões artísticas*. <http://www.psicologia.pt/artigos/imprimiro.php?codigo=AOP0194>.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). *Adolescências... adolescentes...*. In Educação. Ciência e Tecnologia. 32, 141-160.
- 5Rhythms. (2018). *5 Rhythms: Why We Dance Them*. Retrieved from <https://www.5rhythms.com/gabrielle-roths-5rhythms/why-we-dance-them/>.
- Fonseca, A. F. (2007). *A psicologia da criatividade*. 3ªed. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, M. (2016). *Avaliação de aprendizagens em ensino clínico de enfermagem: contributos para a praxis*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Flórido, P. (2008). *O enfermeiro e o doente agressivo em psiquiatria*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. 8º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Unidade Curricular: Enfermagem Natureza e Tendências.
- Gonçalves, S.; Martins, C.; Rosendo, A.; Machado, B.; Silva, E. (2012). *Self- Injurious in Portuguese adolescents*. Psicothema. 24 (4). Nov. pp. 536-541.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 26(1): 41-54.
- Gross, J. J. (1998). *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review*. *Review of General Psychology*. 2(5).
- Gross, J. J. (2013). *Emotion regulation: Taking stock and moving forward*. *Emotion*. 13(3), 359–365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. In J. J.
- Guerreiro, D. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa*. Revista portuguesa de saúde pública.
- Guimon, J. (2002). *Introdução às terapias de grupo*. Climepsi Editores, 1ªed. Lisboa. ISBN 972-796-055-3.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., & Figueira, M. L. (2014). *Relatório da Investigação: Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). *Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal*. Archives Of Suicide Research. DOI: [10.1080/13811118.2015.1004480](https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480)
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. Vol. 379. Lancet.
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). *Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review*. Clinical Psychology Review.
- Hornor, G. (2016). *Nonsuicidal self-injury*. Journal of Pediatric Health Care. 30(3), 261–267. Doi:10.1016/j.pedhc.2015.06.012
- Jorge, J., Queirós, O., Saraiva, J. (2015). *Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. Análise Psicológica*. Vol.33, nº2. Lisboa, pp 207-219.
- Kranzler, A. (2016). *An Ecological Momentary Assessment Study Of the Emotion Regulation Functions Of Nonsuicidal Self-Injury Among Adolescents And Young Adults*. Graduate School-New Brunswick | Rutgers University. New Jersey, New Brunswick: Tese de Doutoramento.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). *The Functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure*. Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, pp. 1-9.
- Le Breton, D. (2018). *Understanding skin-cutting in adolescence: Sacrificing a part to save the whole*. Body and Society, 1(22), 33–54. Doi:10.1177/1357034X18760175
- Lima, Luiza Isabel Gomes Freire Nobre; Barreira, Alexandra Castilho, Paula (2017). *A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses*. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, vol.8:1, (Janeiro-Junho 2017) 33-48.

- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014 - Relatório do estudo HBSC 2014* (www.aventurasocial.com).
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., Jan de Wilde, E., Arensman, E. (2011). *Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. European Child & Adolescent Psychiatry. DOI: [10.1007/s00787-011-0210-4](https://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4).
- Manes, S. (2009). 83 *Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos* (J. J. C. Serra, Trad.). (9ªed.). Apelação: Paulus Editora. (trabalho original do Italiano 83 Giochi Psicologici per la conduzione dei gruppi, 1997, Milão: Franco Angeli Edizioni)
- Máximo-Esteves, Lúcia, (2008). *Visão panorâmica da investigação-acção*. Porto: Porto Editora.
- Messina, E. S., & Iwasaki, Y. (2011). *Internet use and self-injurious behaviors among adolescents and young adults: An interdisciplinary literature review and implications for health professionals*. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14(3), 161–168. Doi:10.1089/cyber.2010.0025
- Miller, A. B., Massing-schaffer, M., Owens, S., & Prinstein, M. (2018). *Nonsuicidal Self-Injury Among Youth*. In Ollendick, T., White, S. & White, B. (Ed.), The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology. [https://Doi: 10.1093/oxfordhb/9780190634841.013.34](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190634841.013.34)
- Moilanen, K. (2005). *The Adolescent Self-Regulatory Inventory: The Development and Validation of a Questionnaire of Short-Term and Long-Term SelfRegulation*. *Journal Youth Adolescence*. 36, 835-848. Doi: 10.1007/s10964- 006-9107-9.
- McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). *Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective*. Psychopathology.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Edição), East Norwalk: Appleton&Lange.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª Ed.), Estados Unidos da América: Pearson
- Nock, M. (2010). *Self-Injury*. *Annual Review of Clinical Psychology*. (6): 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). *A Functional Approach to the Assessment of SelfMutilative Behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, pp. 885-890.
- Oliveira, C (2019). *Regulação Emocional na Adolescência: Validação da Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE-VA) Numa Amostra de Adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 515/2018*. Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development & European Union (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. Paris: OECD. doi: 10.1787/23056088.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde*. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Palmer C.; Connor C., Channa S., Lavis A., Leung N., Parsons N., Birchwood M. (2019). *The Development of First-Episode Direct Self-injurious Behavior and Association with difficulties in Emotional Regulation in Adolescence*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49 (5), 1266-1280.
- Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). Porto Alegre, Brasil: McGrawHill.
- Phaneuf, M. (2005) - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pereira, P. (2011). *Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsrca&AN=rcaap.portugal.10400.26.15653>
- Plener P. L.; Kaess M; Schmahl C; Pollak S; Fegert J. M.; Brown R. C. (2018). *“Nonsuicidal Self-injury in Adolescents”* Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 23–30. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0023
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2015). Norma DGS 015/2015 de 12/08/2015. Lisboa: DGS.
- Queiróz, A. A. (2001). *“Ética e Enfermagem”*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Quintal, S. F. (2019). ***Estratégias de regulação emocional e a sua relação com a satisfação com a vida***. Covilhã, Castelo Branco, Portugal.
- Ravelin, Teija, Kylmä, Jari, & Korhonen, Teija. (2006). ***Dance in mental health nursing: a hybrid concept analysis***. Issues in Mental Health Nursing, 27, 307-317.
- Rede de Referenciação Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Lisboa, 2018.
- Reis, Marta Sofia Pereira et al (2019): ***Comportamentos autolesivos nos adolescentes: resultados do estudo HBSC 2018***. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. ISSN 1647-4120. 10(1) 207-217.
- Riediger, M., Klipker, K. (2014). ***Emotion regulation in adolescence***. In Gross, J. J. (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York, NY: The Guilford Press.
- Robillard C. L., Turner B. J., Ames M. E., Craig S. G.(2021). ***Deliberate self-harm in adolescents during COVID-19: The roles of pandemic-related stress, emotion regulation difficulties, and social distancing***. Psychiatry Research. Vol.304.
- Rocha, A., Santos, M., & Cruz, S. (2014). ***Supervisão clínica em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados***. Congresso Internacional de Supervisão Clínica.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNie, D. E., Ozer, E. M. (2014). ***Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms***. Psychiatry Research (217- 222).
- Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (2014). ***Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica*** (541-552). Lisboa: Lidel.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. 2018). ***The age of adolescence***. The Lancet Child & Adolescent Health (1-6).
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., & van Heeringen, K. (2009). ***Reasons for Adolescent Deliberate Self-Harm: a Cry of Pain and/or a Cry for Help? Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study***. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (44): 601-607.
- Sequeira Carlos & Sampaio Francisco (2020). ***Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções***. Lousã: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Simões, R., Santos J., Martinho M (2019). ***Eficácia das intervenções psicoterapêuticas dirigidas a adolescentes com comportamento suicidário: revisão integrativa da literatura***. Revista de Enfermagem Referência. Serie IV (20) disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18027>

- Trinco, M.; Santos, J. (2017). ***O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro.*** Revisto Portuguesa de Saúde Mental. nº5. Porto.
- Washburn, J., Richardt, S., Styer, D., Gebhardt, M., juzwin, K., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 6(14): 1-8.
- Werlang, B., & Botega, N. (Eds.) (2004). ***Comportamento Suicida.*** São Paulo: Artmed Editoras.
- Townsend, M. (2011). ***Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceito de cuidado na prática baseada na evidência.*** Lisboa: Lusociência. 6ª ed.
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). ***Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).*** Loures: Lusociência. 5ªed.
- Valladares, A. (2008) - ***A Arteterapia humanizando os espaços de saúde.*** São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vaz, F. J. (2009). ***Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa.*** Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Braga.
- Veríssimo, R. (2002). ***Desenvolvimento Psicossocial*** (Erik Erikson). Faculdade de Medicina do Porto.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1992). ***Manual de Psicoterapia de grupo.*** (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Yalom, I. D. & Ballinger, B. (1995). ***Group therapy in practice in Comprehensive book of psychotherapy.*** New York: Oxford University Press.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2005). ***The Theory and Practice of Group Psychotherapy.*** New York: Basic Books.
- Warm, A., Murray, C., & Fox, J. (2003). ***Why do people self-harm?***. Psychology, Health & Medicine, 8(1), 71–79. Doi:10.1080/1354850021000059278.
- Winnicott, D. W. (1971/1975). ***O brincar e a realidade.*** Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago.
- Williams, K., Monsman, H., & Chadwell, J. (2018). ***Why do adolescents engage in nonsuicidal self-injury?*** American Nurse Today, 13(8), 37-40.
- Wolff J. C., Thompson E., Thomas S. A., Nesi J., Alexandra H. Bettis A. H., Ransford B., Scopelliti K., Frazier A. E., Liu R.T. (2020). ***“Desregulação emocional e autolesão não suicida: uma revisão sistemática e meta-análise”.*** Psiquiatria Europeia. Vol.59.

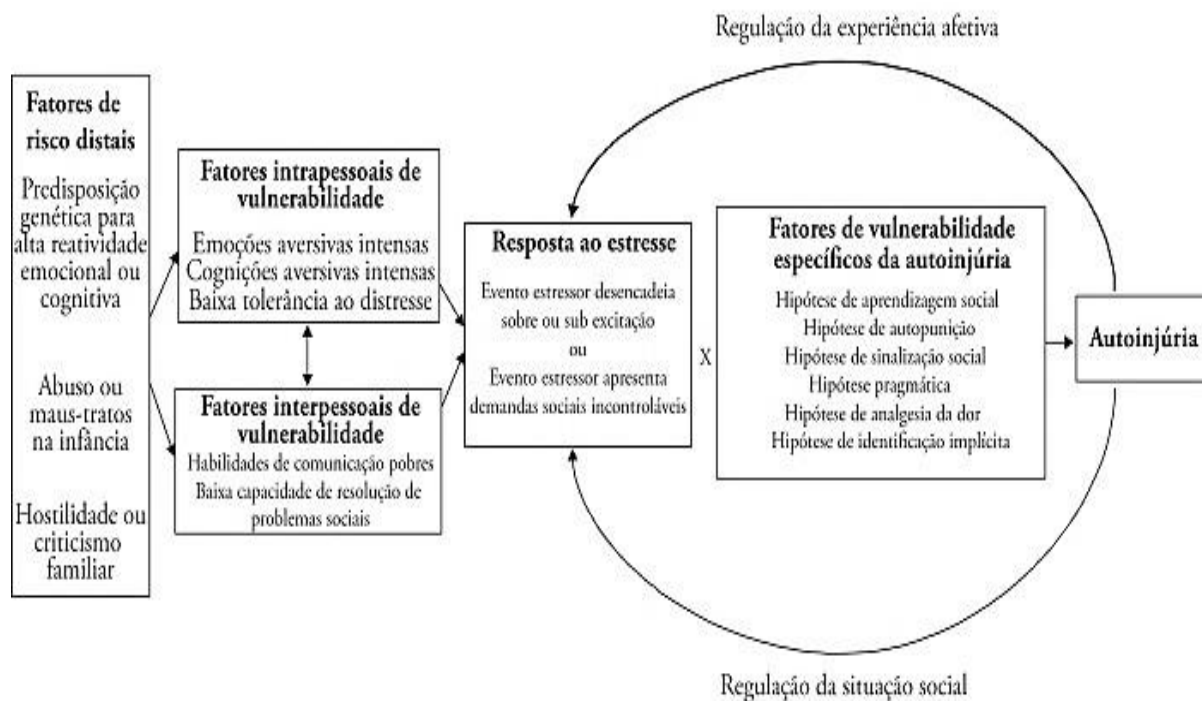
- Zhang, J., Song, J., & Wang, J. (2016). *Adolescent self-harm and risk factors*. Asia-Pacific Psychiatry ISSN. 287-295.
- Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining self-regulation. A social cognitive perspective*. In M. Boekaerts, P. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*. New York (13-39). San Diego: Academic Press.
- Zimmerman, D. E., Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO I

MODELO INTEGRATIVO ETIOLÓGICO PARA EXPLICAR OS CAL

Modelo integrativo etiológico para explicar os CAL Nock (2009, p.2)



ANEXO II

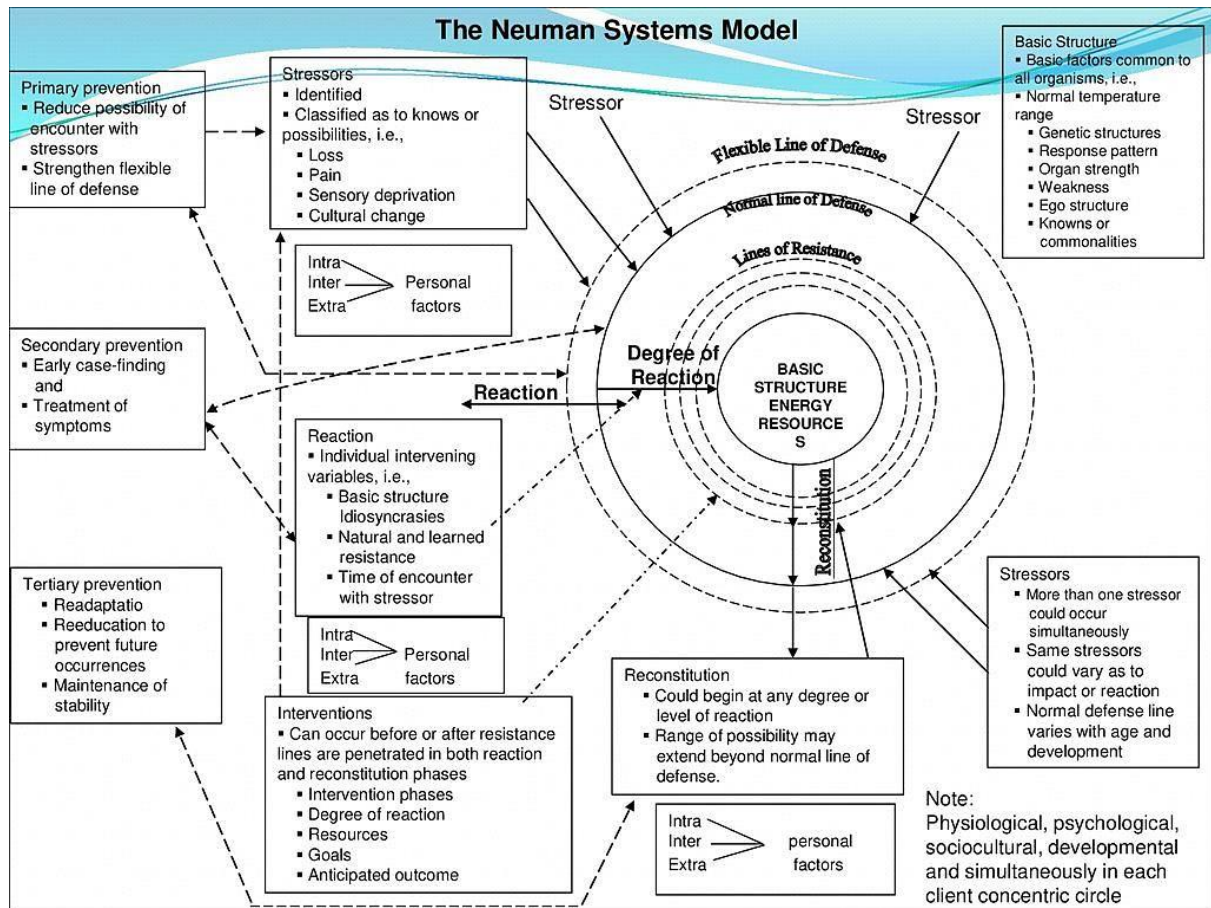
FUNÇÕES DOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS

Funções dos Comportamentos Autolesivos (adaptado de Klonsky & Glenn, 2009)

	Função	Descrição da função
Dimensão Interpessoal	<i>Autocuidado</i>	Para dar ao próprio uma forma de cuidar de si, focando-se no tratamento da ferida física, o que pode ser gratificante e satisfatório.
	<i>Autonomia</i>	Para o indivíduo se assegurar que é autossuficiente, autônomo e independente, que não necessita dos outros para o ajudar.
	<i>Influência Interpessoal</i>	Para que os outros tomem conhecimento da extensão da dor emocional do indivíduo, que se preocupem ou tentem ajudar ou para impedir que alguém significativo o abandone.
	<i>Ligação aos Pares</i>	Para se ligar aos pares, se integrar ou sinalizar afinidade e amizade com outros de quem gosta.
	<i>Limites Interpessoais</i>	Para criar um limite ou barreira entre o próprio e os outros ou demonstrar que se encontra separado dos restantes.
	<i>Procura de Sensação</i>	Para agir de modo a gerar emoção ou excitação, entreter o próprio ou os outros ou para forçar os próprios limites realizando atividades extremas.
	<i>Resistência</i>	Para o indivíduo perceber se consegue suportar a dor ou demonstrar que é forte e resistente.
	<i>Vingança</i>	Para se vingar de alguém ou magoar alguém próximo.
Dimensão Intrapessoal	<i>Anti-Dissociação</i>	Para o indivíduo deixar de se sentir tão vazio ou irrealista, permitindo-lhe ter a certeza que está vivo e que sente algo.
	<i>Anti-Suicídio</i>	Para interromper pensamentos suicidas, agir quando estes surgem, sem tentar realmente o suicídio, ou evitar o impulso para o fazer.
	<i>Autopunição</i>	Para exprimir tristeza, nojo ou raiva sobre o próprio, derivada de sentimentos de inutilidade e estupidez, em que o indivíduo se pune a ele mesmo.
	<i>Regulação de Afetos</i>	Para se acalmar, libertar tensão emocional e reduzir ansiedade, frustração, raiva ou outras emoções esmagadoras.
	<i>Sinalização de Mal-Estar</i>	Para o indivíduo atribuir um significado ao seu sofrimento emocional, criar um sinal físico de quão mal se sente, provar, ao próprio, que a sua dor emocional é real.

ANEXO III

THE NEUMAN SYSTEMS MODEL



Fonte: Tomey, A.; Alligood, M. (2004)

ANEXO IV

ESCALA DE DIFICULDADES NA REGULAÇÃO EMOCIONAL - VERSÃO ADOLESCENTES (EDRE-VA)

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional – Versão Adolescentes (EDRE – VA)

Versão original: Gratz, K.& Roemer, L., 2004; Adaptação para adolescentes: Sousa, R., Ribeiro da Silva, D., & Rijo, D. (2018), a partir das versões portuguesas para adultos de Pinto Gouveia, J.& Veloso, M. (2007) e Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010).

INSTRUÇÕES:

Estamos interessados em perceber como as pessoas lidam com as suas emoções. Lembra-te de que não há respostas certas nem erradas. Lê, cuidadosamente cada afirmação e indica com que frequência se aplica a ti, no último mês, utilizando a escala abaixo.

Quase nunca	Algumas vezes	Metade das vezes	A maioria das vezes	Quase Sempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(90-100%)
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Sou capaz de perceber as minhas emoções de forma clara.					
2. Presto atenção àquilo que estou a sentir.					
3. Sinto as minhas emoções de modo muito intenso e tenho dificuldade em controlá-las.					
4. Tenho muita dificuldade em perceber como me sinto.					
5. Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.					
6. Sou uma pessoa atenta aos meus sentimentos.					
7. Sei exatamente aquilo que estou a sentir.					
8. Dou importância àquilo que sinto					
9. Sinto-me confuso/a em relação àquilo que sinto.					
10. Quando estou chateado/a, apercebo-me das minhas emoções.					
11. Quando estou chateado/a, fico zangado/a comigo mesmo/a por me sentir assim.					
12. Quando estou chateado/a, fico atrapalhado/a por me sentir assim.					
13. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em concluir tarefas ou trabalhos.					
14. Quando estou chateado/a, fico fora de controlo.					
15. Quando estou chateado/a, tenho tendência a pensar que vou ficar assim por muito tempo.					
16. Quando estou chateado/a, acredito que vou acabar por ficar muito deprimido/a.					
17. Quando estou chateado/a, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.					
18. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em focar a minha atenção outras coisas.					
19. Quando estou chateado/a, sinto que perco o controlo sobre mim próprio/a.					
20. Mesmo quando estou chateado/a, continuo a ser capaz de fazer as coisas.					
21. Quando estou chateado/a, sinto vergonha de mim mesmo/a por me sentir assim.					
22. Quando estou chateado/a, sei que vou acabar por descobrir uma maneira de me sentir melhor.					
23. Quando estou chateado/a, sinto-me um/a fraco/a.					
24. Quando estou chateado/a, sinto que continuo a poder controlar os meus comportamentos.					
25. Quando estou chateado/a, sinto-me culpado/a por me sentir assim.					
26. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em concentrar-me.					
27. Quando estou chateado/a, tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.					
28. Quando estou chateado/a, acredito que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.					
29. Quando estou chateado/a, fico irritado/a comigo mesmo/a por me sentir assim.					
30. Quando estou chateado/a, começo a sentir-me muito mal comigo próprio/a.					
31. Quando estou chateado/a, acredito que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.					
32. Quando estou chateado/a, perco o controlo sobre os meus comportamentos.					
33. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.					
34. Quando estou chateado/a, dedico algum tempo para tentar perceber o que realmente estou a sentir.					
35. Quando estou chateado/a, demoro muito tempo até me sentir melhor.					
36. Quando estou chateado/a, sinto que as minhas emoções são demasiado intensas.					

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUADRO RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Quadro Resumo dos Artigos Seleccionados

Título	Autor	Tipo de estudo	Ano	Objetivo de estudo	Conceitos base	Síntese das conclusões
<i>“Deliberate self-harm in adolescents during COVID-19: The roles of pandemic-related stress, emotion regulation difficulties, and social distancing”</i>	Robillard CL; Turner BJ; Ames ME; Craig SG;	Estudo prognóstico	2021	O objetivo foi perceber a prevalência de CAL durante a pandemia por COVID19. Associou-se <i>stress</i> , COVID-19 e DSH, com as dificuldades de regulação emocional.	Comportamento autodestrutivo; Regulação Emocional; COVID-19; Adolescente;	Os resultados mostram que a não aceitação de respostas emocionais e o acesso limitado a estratégias de RE desempenham um papel fulcral na associação de <i>stress</i> , COVID19 e DSH. O <i>stress</i> provocado pela pandemia, pode provocar emoções que são difíceis para os jovens e aumentar a percepção de que nada pode ser feito. O distanciamento social, dificultou a utilização de estratégias de RE.
<i>“Self-Injurious Behavior in Community Youth”</i>	Son Y; Kim S; Lee JS;	Estudo observacional	2021	Investigar o comportamento autolesivo entre os adolescentes na Coreia e os fatores de risco.	Comportamento autolesivo ; jovens ; fator de risco;	Os resultados deste estudo sugerem que as intervenções precoces devem incluir a avaliação da autoimagem e da estabilidade emocional dos adolescentes para diminuir o risco de lesões autoprovocadas.
<i>“High-school students and self-injurious thoughts and behaviours: clues of emotion dysregulation.”</i>	Zanus, C.; Battistutta,S.; Aliverti,R.; Monasta,L.; Montico,M.; Ronfani,L.; Carrozzi,M.	Estudo transversal quantitativo	2021	Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de pensamentos negativos e CAL numa amostra de adolescentes da comunidade e perceber a relação	Adolescente; CAL; Desregulação emocional;	Os resultados deste estudo mostram prevalência de CAL na população adolescente associado à desregulação emocional.

				entre CAL e os perfis emocionais e comportamentais.		
<i>“What young people say about impulsivity in the short-term build up to self-harm: A qualitative study using card-sort tasks”</i>	Lockwood J.; Townsend E.; Allen H.; David D.; Kapil Sayal;	Estudo qualitativo	2020	Este estudo procurou explorar e compreender os CAL em jovens com comportamento impulsivo.	<i>Impulsive Behavior physiology; Self injurious; Behavior psychology; Adolescent;</i>	Os estudos qualitativos são uma mais-valia para a compreensão de como a impulsividade, a cognição e a emoção podem aumentar o risco de CAL. Adolescentes com história de CAL relatam vivenciar um aumento das emoções apresentando dificuldade para as controlar, o que provoca um comportamento impulsivo e prejudicial.
<i>“The relationship between self-harm and alexithymia: A systematic review and meta-analysis”</i>	Norman H.; Oskis A.; Marzano L.; Coulson M.;	Análise sistemática da literatura	2020	Relação entre automutilação e alexitimia.	Autoagressão; Alexitimia;	A meta-análise atual identificou efeito médio da relação entre autoagressão e alexitimia. Dificuldade em identificar e descrever sentimentos potencia CAL.
<i>“How should we respond to non-suicidal self-injury disclosures? An examination of perceived reactions to disclosure, depression, and suicide risk”</i>	Park Y.; Ammerman BA.;	Estudo qualitativo	2020	O objetivo do presente estudo foi perceber a associação entre NSSI e o risco de suicídio	Autolesão não suicida; Reações; Depressão; Suicídio;	Os resultados mostram a importância de fornecer suporte emocional para aliviar o risco de CAL, pensamentos e comportamentos suicidas. Mostra ainda a importância da divulgação de informação de forma adequada.
<i>“Do styles of emotion dysregulation</i>	Kim KL; Galione J;	Estudo comparativo	2020	Perceber se há diferenças na	<i>Adolescent Behavior psychology;</i>	Os dados obtidos mostram que adolescentes com NSSI

<i>differentiate adolescents engaging in non-suicidal self-injury from those attempting suicide?"</i>	Schettini E; DeYoung.LLA Gilbert AC; Jenkins GA; Barthelemy CM; MacPherson.HA Radoeva PD; Kudinova AY; Dickstein DP;			desregulação emocional em tentativas de suicídio e autolesão não suicida.	<i>Affective Symptoms psychology;</i> <i>Emotional Regulation;</i> <i>Self-Injurious;</i> <i>Behavior psychology;</i> <i>Suicide;</i>	apresentam maior desregulação emocional (tolerância mais baixa ao sofrimento e alta reatividade emocional) em comparação com adolescentes com tentativa de suicídio.
<i>"Emotion reactivity, nonsuicidal self-injury, and regulatory emotional self-efficacy: A moderated mediation model of suicide ideation."</i>	Liu S; You J; Ying J; Li X; Shi Q;	Estudo transversal quantitativo	2020	O objetivo é verificar a relação entre: reatividade emocional, NSSI e ideação suicida	Ideação suicida; Reatividade emocional; Autolesão não suicida; Autoeficácia emocional regulatória; Adolescente;	Os resultados deste estudo mostram que há relação entre reatividade emocional, NSSI e ideação suicida. Mostra também que a autoeficácia emocional regulatória pode ser um fator de proteção na prevenção e intervenção de adolescentes com ideação suicida e NSSI.
<i>"Peer Socialization of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents. Close Friendships."</i>	Schwartz-Mette RA; Lawrence HR;	Estudo quantitativo transversal	2020	Este artigo testa a influência dos pares nos NSSI. As dificuldades de regulação emocional e a qualidade da amizade foram avaliadas como fatores que podem influenciar a suscetibilidade aos efeitos da influência dos pares.	Autolesão não suicida; Influência de pares; Socialização; Adolescência; Amizades;	Os resultados mostram que amigos de jovens com CAL estão em risco. Em adolescentes com CAL este estudo mostra que os amigos pode ser um fator protetor pois facultam o companheirismo. Por outro lado, os grupos pares podem potenciar os CAL. Este estudo mostra a importancia da intervenção especializada, refere a importancia na criação de programas que promovam o

						uso de técnicas para regular o humor e o comportamento.
“Desregulação emocional e autolesão não suicida: uma revisão sistemática e meta-análise”	Wolff J. C., Thompson E., Thomas S. A., Nesi J., Alexandra H. Bettis A. H., Ransford B., Scopelliti K., Frazier A. E., Liu R.T	Revisão meta-analítica da literatura	2020	O presente estudo apresenta uma revisão meta-analítica abrangente da literatura sobre a associação entre <i>NSSI</i> e desregulação emocional.	Desregulação emocional; <i>NSSI</i> ;	A desregulação emocional é frequentemente citada como a principal razão pela qual os indivíduos se envolvem em <i>NSSI</i> . Foram analisados 48 estudos. Consistente com as teorias prevaletentes de <i>NSSI</i> os resultados demonstraram uma associação significativa entre estes conceitos. A aplicação da subescala EDRE mostrou que dificuldades na RE potenciam <i>NSSI</i> . Este achado é consistente com outros estudos que sugerem que a disponibilidade de múltiplas estratégias de regulação são uma faceta importante a ser considerada na avaliação e tratamento de <i>NSSI</i> e sintomas relacionados. É ainda mencionada a importancia de haver intervenções especializadas que facilitem o uso de estratégias de regulação emocional.
<i>“The Development of First-Episode Direct Self-injurious Behavior and Association with difficulties in Emotional</i>	Palmer C.; Connor C.; Channa S.; Lavis A.; Leung N.;	Estudo transversal	2019	O objetivo deste estudo é investigar como as dificuldades na regulação emocional podem	<i>Self-injurious behaviors;</i> <i>Emotional Regulation;</i> <i>Adolescent;</i>	Os resultados sugerem que a dificuldade em gerir emoções funciona como uma barreira de adaptação para alguns adolescentes. A pouca

<i>Regulation in Adolescence</i>	Parsons N.; Birchwood M.;			estar associadas ao desenvolvimento do primeiro episódio de CAL.		capacidade para lidar com as emoções aumenta o risco de CAL. Adolescentes que mantêm comportamentos repetidos de CAL podem apresentar uma diminuição de consciência emocional e dificuldade em controlar impulsos. Este estudo sugere que se os adolescentes identificarem e compreenderem as suas emoções as mesmas poderão tornar-se elementos-chave para prevenir CAL
<i>“Reciprocal risk: The Longitudinal Relationship between Emotion Regulation and Non-suicidal Self-Injury in Adolescents”</i>	Robinson K.; Garisch JA.; Kingi T.; Brocklesby M.; O`Connell A.; Langlands RL.; Russel L.; Wilson MS.;	Estudo longitudinal quantitativo	2019	O presente estudo mostra um teste mais rigoroso da relação entre a regulação das emoções e os CAL.	Regulação emocional; CAL;	Foram encontradas evidências para uma relação bidirecional que uma diminuição da regulação das emoções aumenta dos adolescentes se envolverem em CAL.
<i>“Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury”</i>	Dawkins JC.; Hasking PA.; Boyes ME.; Greene D.; Passchier C.;	Estudo observacional	2019	O objetivo desde estudo foi testar empiricamente o modelo cognitivo-emocional, ou seja, mostrar que há associação entre reação emocional e NISS.	<i>Cognitive-emotional model of NSSI; Emotion regulation; NSSI; Outcome expectancies; Self-efficacy;</i>	Os resultados dão suporte ao Modelo Cognitivo-Emocional de NISS e em particular às intervenções específicas para este tipo de comportamentos. Este modelo é um potencial para servir de base ao desenvolvimento da intervenção especializada.

<i>“Nonsuicidal Self-injury in Adolescents”</i>	Plener PL; Kaess M; Schmahl C; Pollak S; Fegert JM; Brown RC;	Estudo observacional transversal	2018	Revisão da literatura que sugere que os CAL podem surgir como um sintoma no contexto de vários tipos de doença mental.	NSSI; Doença mental; CAL;	Este artigo mostra-nos que 1/4 e 1/3 dos adolescentes na Alemanha infligem automutilação intencional pelo menos uma vez. A autolesão não suicida acompanha diferentes transtornos mentais que devem ser considerados adequadamente ao tratar a NSSI. O NSSI é frequentemente usado para regular estados emocionais aversivos. Para perceber de onde advém este comportamento é fundamental avaliar-se primeiro o estado psicopatológico do paciente.
<i>“The mediating effect of depressive symptoms on the relationship between bullying victimization and non-suicidal self-injury among adolescents: Findings from community and inpatient mental health settings in Ontario, Canada.”</i>	Baiden P; Stewart SL; Fallon B;	Estudo observacional	2017	Os objetivos deste estudo foram examinar o efeito do <i>bullying</i> nos CAL.	Bullying; CAL; Sintomas depressivos; Adolescentes;	Os resultados mostram uma relação importante entre o mecanismo de <i>bullying</i> e os CAL. O <i>bullying</i> e os sintomas depressivos aumentam o risco de CAL. É dada importância ao desenvolvimento de intervenções individualizadas que devem ser iniciadas em contexto escolar e por profissionais especializados na área de saúde mental.

<i>“Nonsuicidal Self-injury as a Risk Factor for Purging Onset: Negatively Reinforced Behaviours that Reduce Emotional Distress.”</i>	Riley EN; Davis HA; Combs JL; Jordan CE; Smith GT;	Estudo observacional	2016	Acredita-se que os NSSI e os comportamentos purgativos estão interligados. Acredita-se que ambos os comportamentos cumprem uma função semelhante: o alívio do sofrimento. Assim o objetivo deste estudo foi verificar se ambos os comportamentos se potenciam		O estudo revela que o envolvimento no comportamento de purga prevê o início subsequente de NSSI e o envolvimento em NSSI prevê o início subsequente do comportamento de purga.
<i>“Non-Suicidal, self-injury:clinical presentation, assessment and management”</i>	Dhingra, K. & Ali, P.	Revisão sistemática da literatura	2016	Revisão da literatura sobre adoção de CAL, os porquês e de que forma o fazem. Pretende-se também perceber quais as melhores formas para avaliar este comportamento e quais as melhores opções de tratamento.	Cuidados de emergência; Saúde Mental; Comportamento Autolesivo; Suicídio;	Os CAL são uma prática comum entre adolescentes. Os enfermeiros podem ocupar uma posição privilegiada para identificar, avaliar e intervir. É necessário compreender os CAL na perspetiva do adolescente e estabelecer uma relação terapêutica de confiança, pois só assim se conseguirá uma melhor intervenção.
<i>“Nonsuicidal self-injury”</i>	Hornor, G.	Revisão sistemática da literatura	2016	Revisão da literatura que pretende explorar a epidemiologia, diagnóstico, comorbilidades relacionadas, fatores de risco, relação com o	CAL; Saúde Mental; Adolescente;	Os enfermeiros que trabalham em pediatria apresentam um vasto conhecimento sobre as várias dimensões dos CAL, sendo que uma intervenção precoce e apropriada poderá resultar

				comportamento suicidário e implicações na prática de enfermagem.		na cessação deste tipo de comportamentos.
“Mapeando a autolesão não suicida na adolescência: Desenvolvimento e análise fatorial confirmatória do Questionário de Impulso, Autolesão e Ideação Suicida para Adolescentes (ISSIQ-A)”	Carvalho CB; Nunes C; Castilho P; Motta C; Caldeira S; Pinto-Gouveia J.	Estudo transversal quantitativo	2015	O objetivo principal deste estudo foi desenvolver uma medida confiável de impulso, comportamento de autolesão e as respetivas funções e pensamentos suicidas em adolescentes (ISSIQ-A), e testar a validade fatorial e propriedades . Este estudo pretende também explorar a relação entre impulsividade, <i>NSSI</i> , ideação suicida e variáveis sociodemográficas.	Adolescência; <i>NSSI</i> ; Ideação suicida; Impulsividade; Propriedades psicométricas;	Entre adolescentes o <i>NSSI</i> , é uma resposta cada vez mais comum para controlar ou inibir emoções adversas. As pesquisas avaliam que as motivações para o <i>NSSI</i> incluem redução dos estados emocionais, distração das emoções e alívio da solidão. Além disso, os indivíduos que praticam automutilação relatam que esses comportamentos transformam a dor emocional em dor física permitindo que sejam mais facilmente compreendidos e enfrentados. Por sua vez, a relação entre <i>NSSI</i> e comportamentos suicidas é complexa, e há uma evidência consistente que mostra esta associação. A <i>NSSI</i> está associada à impulsividade e a uma regulação emocional que se encontra prejudicada. Este estudo fornece evidências preliminares de que o ISSIQ-A é, portanto, uma medida confiável e válida de Impulso, Autolesão

						e Ideação de Suicídio, assim o seu uso é incentivado em ambientes clínicos e de pesquisa.
“Comportamentos autolesivo em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa”	Guerreiro, D. F. & Sampaio, D.	Revisão sistemática da literatura	2013	Revisão de conceitos, epidemiologia e clínica dos CAL. Sistematizar a investigação do tema na comunidade científica portuguesa.	CAL; Suicídio; Adolescência; Saúde pública;	Os principais resultados desta revisão apontam para que os CAL sejam um problema de saúde pública, revelando elevada prevalência a nível comunitário e clínico. No entanto, ainda se verifica pouco consenso na definição do problema e da sua nomenclatura.
“Self-Injury”	Nock, M. K.	Revisão sistemática da literatura	2010	Situações comportamentais, fisiológicas e de autorrelato sugerem que os CAL apresentam uma função intrapessoal e uma função interpessoal. Esta revisão da literatura apresenta um modelo teórico integrado do desenvolvimento e manutenção da autolesão que sintetiza dados empíricos anteriores e propõe várias hipóteses para próximas pesquisas.	Automutilação; Comportamento autodestrutivo; Suicídio;	Há muitos anos que as automutilações existem, no entanto, há falta de trabalhos científicos sobre este tipo de comportamento. Apesar de atualmente existirem alguns avanços sobre esta temática, ainda há muito para compreender o que os origina. Investigações futuras com base em hipóteses que poderão ser testadas, serão importantes e responsáveis por melhorar a compreensão, a avaliação e o tratamento mais adequado para os CAL, de forma a diminuir a sua prevalência.

“Razões para a autolesão deliberada em adolescentes: um grito de dor e/ou um grito de ajuda? Descobertas do estudo de automutilação em crianças e adolescentes na Europa (CASE)”	Scoliers,G. ; Portzky,G; Madge N.; Hewitt A. Hawton, K.; Wilde, E.J; Ystgaard, M.; Arensman, E.; Leo, D.; Fekete S.; Heeringen, K.;	Estudo observacional analítico transversal	2009	O objetivo deste estudo observacional analítico transversal é comparar e analisar os dados do estudo CASE realizado em diversos países sobre os CAL nos adolescentes	CAL; Adolescentes; <i>Cry of pain</i>; <i>Cry for help</i>;	A maioria dos adolescentes com CAL relatou pelo menos uma vez: “<i>cry of pain</i>” (morrer, para me punir, e para obter alívio de um estado de espírito terrível) e “<i>cry for help</i>” para “<i>mostrar o quão desesperado eu estava</i>”, “<i>para assustar alguém</i>”, “<i>para descobrir se alguém me amava</i>” e “<i>para obter atenção</i>”. A avaliação sistemática das razões para os CAL podem ajudar os profissionais a entender melhor o significado deste comportamento e assim, selecionar o tratamento mais apropriado, sugerir estratégias e prevenir futuros comportamentos de autopunição.
<i>“Living on the Edge: The current phenomenon of self-mutilation in adolescents.”</i>	Derouin, A. & Bravender, T.	Revisão sistemática da literatura	2004	Revisão da literatura que pretende partilhar conhecimentos sobre CAL na adolescência e discutir abordagens terapêuticas a ser utilizadas.	Adolescentes; Mecanismos de <i>coping</i>; CAL;	Compreender a prevalência dos CAL permite aos profissionais de saúde estarem mais despertos para determinados comportamentos e necessidades. As relações contínuas e de confiança permitem discutir mecanismos de <i>coping</i> e estratégias preventivas a adotar nos momentos de maior ansiedade, tristeza e

						<i>stress.</i> São moldadas as formas de comunicação verbal e não verbal mais eficientes e eficazes.
<i>“Biting myself so I don’t bite the dust : prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths”</i>	Carvalho, C.; Motta, C.; Sousa, M.; Cabral, J.;	Estudo observacional	2017	O objetivo do estudo foi caracterizar os comportamentos de NSSI e a ideação suicida na população adolescente da Ilha de São Miguel, Açores. Este estudo também teve como objetivo explorar a relação entre NSSI e outras variáveis relatadas na literatura: ideação suicida, impulsividade, comportamento de alto risco, autocrítica, estados emocionais perturbadores (raiva e vergonha) e sintomatologia psicopatológica.	Non-suicidal Self-injury; Risk-behaviors; Health Surveys; Impulsivity; Self-Injurious Behavior;	Os resultados mostram que a presença de NSSI foi associada principalmente a comportamentos de alto risco, formas severas de autocrítica e emoções negativas (vergonha e ansiedade). Os resultados também sugerem que as funções dos comportamentos NSSI refletem predominantemente o reforço automático, com o objetivo de regular estados emocionalmente perturbadores, ou seja, criar um estado emocional desejado ou cessar sentimentos e emoções indesejáveis. A presença de comportamentos submissos e de alto risco, raiva, ansiedade, autocrítica severa e ideação suicida, apoia a hipótese de que NSSI pode surgir como um mecanismo de enfrentamento com mais estados emocionais disfuncionais. Os resultados mostram

						também que os adolescentes que se autoflagelaram e que apresentam pontuações mais altas de ideação suicida também exibem associações mais fortes a sentimentos de depressão, vergonha, autocrítica, <i>stress</i> e ansiedade. É importante enfatizar que os comportamentos <i>NSSI</i> não estiveram entre os preditores de ideação suicida, apesar de ambas as variáveis apresentarem associações significativas.
--	--	--	--	--	--	---

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Clínico e Sociodemográfico

Idade:

Sexo:

Data de Admissão no Grupo	Antecedentes Pessoais de CAL (se sim quanto tempo)	Antecedentes de TS	Emoções associadas nos CAL	Motivo pelo qual foi proposto acompanhamento em Hospital de Dia

APÊNDICE 3

SESSÕES PLANEADAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

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

Sessões Planeadas em Contexto Comunitário

Ana Isabel Balixa Rosado

**Lisboa
2020/2021**

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

Sessões Planeadas em Contexto Comunitário

Ana Isabel Balixa Rosado



**Orientador:
Professor Luís Nabais
Enfermeiros Orientadores**



**Lisboa
2020/2021**

ÍNDICE

SESSÃO Nº 1 “UTILIZAÇÃO DE CARTAS “ <i>BARALHAÇÕES</i> ”	4
SESSÃO Nº 2 “MODELAGEM DO OBJETO SIGNIFICATIVO”	7
SESSÃO Nº 3 “O MEU BRASÃO”	10
SESSÃO Nº 4 “ESPANTA ESPÍRITOS”	14
SESSÃO Nº 5 “RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON ADAPTADO”	18
SESSÃO Nº 6 “DESENHAR A ANSIEDADE”	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

SESSÃO Nº 1 “UTILIZAÇÃO DE CARTAS “*BARALHAÇÕES*””

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeiros Especialistas.

Tempo da sessão: 90 minutos.

Material: Folhas em branco, canetas e cartas do jogo.

População Alvo: Grupo heterogéneo de adolescentes dos 13 aos 18 anos.

Critérios de Exclusão: Não existe.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento;
- Promover *Insight* e Juízo Crítico face às emoções e sentimentos;

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;
- Promover o resgate de sentimentos/emoções positivos;
- Facilitar no processo de interpretar sentimentos/emoções negativas;

Descrição da atividade:

Grupo composto por 3 adolescentes.

Os adolescentes deverão escolher 4 ou 5 cartas que considerem simbolizar fenómenos de ansiedade. Posteriormente deverão explicar a sua escolha e escrever numa folha estratégias que diminuam a ansiedade.

O *Baralhações* é um material lúdico-pedagógico constituído por um conjunto de 80 cartas ilustradas e um manual de aplicação, que remetem para a abordagem do tema “*emoções*”. A exploração destas cartas permite criar um espaço de partilha e de vivências em grupo, no qual se pretende desenvolver a expressão oral, a aceitação do outro, o controlo e gestão de emoções e um sentimento de reconhecimento e de pertença, que são essenciais à consolidação do autoconceito e da integração social.

1.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se em roda da mesa disponível na sala.		10 min
DESENVOLVIMENTO	Aquecimento específico	- Após se explicar a atividade, são facultados os mediadores necessários para desenvolver a mesma: - Cartas do jogo “<i>Baralhações</i>”; - Folhas em branco; - Canetas; - A atividade será desenvolvida de forma individual por cada um dos participantes. - Cada participante escolhe 4 ou 5 cartas que possam ser geradoras de ansiedade; - As cartas são divididas em três partes iguais, e distribuídas aleatoriamente, posteriormente são trocadas entre os elementos do grupo. - Será facultado a cada um dos participantes uma folha de tamanho A4 e canetas; - Na folha deverão escrever cerca de 3 estratégias que vão utilizar para conseguir alcançar os objetivos.	- Folhas de papel A4; - Canetas; - Jogo “<i>Baralhações</i>”;	30 min
FINALIZAÇÃO	Reflexão e partilha conjunta sobre as cartas escolhidas	- Partilha do momento individual para o grupo, proporcionar o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.		40 min
CONCLUSÃO	Avaliar os resultados da sessão	-Avaliação informal; -Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		10 min

1.2 AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nesta sessão participaram 3 adolescentes. Todos aderiram com agrado à proposta de sessão que iria ser desenvolvida. Foi um momento de partilha onde expuseram e explicaram as suas emoções, sentimentos e histórias de vida.

A partilha realizada mostrou que no grupo a confiança se encontra estabelecida, quer na relação com os Enfermeiros, quer na relação com os restantes participantes. Sentiu-se honestidade e veracidade no que estava a ser exposto, por períodos foram observados sentimentos de angústia e tristeza provocados pela exposição de fatos vivenciados com conotação negativa.

Esta sessão não durou os 90 minutos planeados, houve necessidade de a prolongar para outro dia por mais 90 minutos.

Adolescentes	Participação	Partilha
“Maria”	Integrou a atividade com agrado, <i>facies</i> expressivo, comportamento adequado e ajustado, humor tendencialmente deprimido, postura disponível e tranquila, mostrado disponibilidade na partilha de emoções.	Refere a família, ex-namorado e amigas como fator desencadeante de emoções negativas; Apresenta dificuldade em apresentar estratégias que aliviam a ansiedade, no entanto, ouvir música deixa-a mais tranquila.
“Tiago”	Mostrou disponibilidade em participar na sessão, adequado e ajustado. Humor eutímico e <i>facies</i> tranquilo. Partilhou emoções e sentimentos sem necessidade de ser incentivado.	Fator desencadeante de emoções negativas: apresentar muito tempo livre. Como estratégias de auto-regulação apresenta: jogar computador e fazer desporto escolar.
“Joana”	Apresenta postura mais retraída, tem dificuldade em escolher as cartas, humor deprimido e <i>facies</i> pouco expressiva. Dificuldade em verbalizar o que sente tendo que ser incentivada.	Fator desencadeante de emoções negativas: namorado e ambivalência face à sexualidade. As estratégias de auto-regulação utilizadas: desporto.

SESSÃO Nº 2 “MODELAGEM DO OBJETO SIGNIFICATIVO”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeiros Especialistas.

Tempo da sessão: 90 minutos.

Material: Massa para moldar e tintas.

População Alvo: Grupo heterogêneo de adolescentes dos 13 aos 18 anos.

CrITÉRIOS de Exclusão: Não existe

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento;
- Promover *Insight* e Juízo Crítico face às emoções e sentimentos;

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos positivos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;

Descrição da atividade:

Grupo composto por 3 adolescentes.

Os adolescentes deverão elaborar com massa de moldar um objeto que considerem ser importante para si e que ao mesmo tempo seja algo que lhes proporcione pensamentos e emoções positivas. No final deverão partilhar com o grupo o porquê da escolha.

2.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e fazer um pequeno balanço semanal; - Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se e é oferecido material pertinente para a sessão		10 min
DESENVOLVIMENTO	Aquecimento específico	- Após se explicar a atividade, são facultados os mediadores necessários para desenvolver a mesma: - Massa para moldar; - Tintas (facultativo para quem quiser pintar o objeto); - A atividade será desenvolvida de forma individual por cada um dos participantes.	- Massa para moldar; - Tintas;	40 min
FINALIZAÇÃO	Reflexão e partilha conjunta sobre o objeto construído	- Partilha do momento individual para o grupo, proporcionar o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.		30 min
CONCLUSÃO	Avaliar os resultados da sessão	-Avaliação informal; -Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		10 min

2.2 AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nesta sessão todos os adolescentes aderiram à proposta de sessão que iria ser desenvolvida. Foi um momento individual que facultou a criatividade e a identificação de emoções positivas.

Esta sessão durou os 90 minutos planeados.

Adolescentes	Participação	Partilha
“Maria”	Apresentou-se disponível para participar na atividade. Verbaliza que a semana não correu como gostava, partilhou com o grupo que fez anos, e que não comemorou o seu aniversário com os amigos devido à pandemia. Passou o aniversário com os pais e os irmãos. De presente de aniversário recebeu da mãe dinheiro para comprar algo que gostasse, ficou desiludida com o gesto, referindo que ficaria mais feliz se a mãe lhe tivesse oferecido um presente (algo pensado e que fosse significativo). Tem tido insónias (preocupação com ex-namorado). Tem faltado às aulas sendo que a justificação é porque não consegue dormir de noite. Na atividade participou com agrado, humor eutímico, esboçou sorrisos e interagiu com o grupo adequadamente.	O objeto que construiu foi um microfone porque gosta de cantar e ouvir música.
“Tiago”	Apresenta humor eutímico, <i>facies</i> expressiva, afetos mantidos e congruentes. O discurso é organizado e fluido. Postura tranquila e comportamento ajustado e adequado perante o grupo. Participa com agrado na atividade proposta.	O “Tiago” moldou um computador porque é um objeto com o qual se identifica e que lhe causa emoções positivas.
“Joana”	A Joana refere sentir pouca disponibilidade para participar na atividade. O pensamento está ruminante no assunto “namorado”. Apresenta humor deprimido e <i>facies</i> pouco expressiva, adota uma postura de vitimização perante o grupo. Na atividade não consegue avançar, não está concentrada, e acaba por apresentar um comportamento desadequado perante o grupo.	A “Joana” construiu uma bola, na partilha refere não haver nenhum objeto significativo e importante para si.

SESSÃO Nº 3 “O MEU BRASÃO”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeiros Especialistas.

Tempo da sessão: 90 minutos.

Material: folhas de papel brancas; lápis de cor e carvão; canetas de feltro.

População Alvo: Grupo heterogéneo de adolescentes dos 13 aos 18 anos.

CrITÉRIOS de Exclusão: Não existe

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento e autoconsciencialização;
- Promover *Insight* e Juízo Crítico face às emoções e sentimentos;

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de aspetos positivos e negativos;
- Reconhecimento de conquistas e perspetivas para o futuro;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;

Descrição da atividade:

Grupo composto por 3 adolescentes.

Os adolescentes deverão desenhar e/ ou pintar um Brasão que os identifique. O Brasão encontra-se dividido em duas partes (ano 2020 – ano 2021).

Em 2020 tem de identificar os aspetos positivos e negativos e algo que poderiam ter mudado. Em 2021 devem escrever os desejos, os projetos e algo que os represente.

3.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO								
INTRODUÇÃO	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e fazer um pequeno balanço semanal; - Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se e é oferecido material pertinente para a sessão		10 min								
DESENVOLVIMENTO	Aquecimento específico	- Após se explicar a atividade, são facultados os mediadores necessários para desenvolver a mesma: - Folha branca de tamanho A4, lápis de cor e carvão, canetas de feltro; - A atividade será desenvolvida de forma individual por cada um dos participantes. - Estrutura apresentada e pela qual se devem orientar: <table><tr><td>2020</td><td>2021</td></tr><tr><td>Aspetos Positivos</td><td>Desejos</td></tr><tr><td>Aspetos Negativos</td><td>Projetos</td></tr><tr><td>Algo que poderia ser mudado</td><td>Algo que vos represente</td></tr></table>	2020	2021	Aspetos Positivos	Desejos	Aspetos Negativos	Projetos	Algo que poderia ser mudado	Algo que vos represente	-Lápis de cor; -Papel; -Lápis de carvão; -Canetas de feltro;	40 min
2020	2021											
Aspetos Positivos	Desejos											
Aspetos Negativos	Projetos											
Algo que poderia ser mudado	Algo que vos represente											
FINALIZAÇÃO	Reflexão e partilha conjunta sobre o que foi desenhado e escrito	- Partilha do momento individual com o grupo, proporcionar o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.		30 min								
CONCLUSÃO	Avaliar os resultados da sessão	-Avaliação informal; -Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		10 min								

3.2 AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nesta sessão participaram 3 adolescentes. Todos aderiram com agrado à proposta de sessão que iria ser desenvolvida. Foi um momento individual que faculta a criatividade e a identificação de emoções.

Esta sessão durou 180 minutos, onde os primeiros 90 minutos foram dedicados à construção do Brasão e os outros 90 foram dedicados à partilha de grupo.

Adolescentes	Participação/Partilha
“Maria”	Apresentou-se disponível para a atividade proposta. Humor tendencialmente eutímico e <i>facies</i> expressivo. Postura tranquila. Comportamento adequado e ajustado. Concentrada na elaboração da atividade. Interação de grupo e partilha feita espontaneamente, sem angústia, receio ou medo.
“Tiago”	Apresenta humor eutímico e <i>facies</i> expressivo. Postura tranquila e comportamento ajustado e adequado perante o grupo. Participa com agrado na atividade proposta. Posteriormente partilha o seu Brasão com o grupo mostrando disponibilidade e agrado.
“Joana”	Participou na atividade com disponibilidade. Mantém humor deprimido, <i>facies</i> pouco expressivo. Houve necessidade de incentivar a “Joana” para participar na atividade planeada. No entanto, posteriormente elabora o seu Brasão sem dificuldade, e no final partilha com o grupo de forma expressiva o que escreveu.

SESSÃO Nº 4 “ESPANTA ESPÍRITOS”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeiros Especialistas.

Tempo da sessão: 90 minutos.

Material: Arame, lãs coloridas, linhas coloridas, botões, cochas, fitas coloridas.

População Alvo: Grupo heterogêneo de adolescentes dos 13 aos 18 anos.

CrITÉRIOS de Exclusão: Não existe

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento;
- Promover *Insight* e Juízo Crítico face às emoções e sentimentos;

Objetivos específicos:

- Estimular a resiliência;
- Reconhecimento de conquistas;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam diminuição de estados de ansiedade;

Descrição da atividade:

Esta atividade terapêutica foi planeada especificamente para dois grupos, o objetivo seria estimular e promover através de um trabalho minucioso a calma e a tranquilidade. As atividades mais morosas e que requerem alguma disponibilidade física (moldar e criar através das mãos) e mental (concentração) poderão ser utilizadas como estratégias reguladoras de impulsos e estados de ansiedade. Em ambos os grupos apenas compareceu uma adolescente. Decidiu-se em concordância com os Enfermeiros Orientadores que a atividade se desenvolvia na mesma.

As adolescentes deverão construir um “Espanta Espíritos” com os materiais facultados. No final é oferecido um pequeno papel, para escreverem algo que queiram conquistar, e aplicá-lo no objeto construído.

4.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e fazer um pequeno balanço semanal; - Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se e é oferecido material pertinente para a sessão		10 min
DESENVOLVIMENTO	Aquecimento específico	- Após ser explicada atividade, são facultados os mediadores necessários para desenvolver a mesma: arame, lãs coloridas, linhas coloridas, botões, cochas, fitas coloridas. - A atividade será desenvolvida de forma individual por cada um dos participantes. - Escrever num papel que será dobrado e aplicado no final no “espanta espíritos”, um objetivo realista de concretizar.	- Arame; - Lãs coloridas; - Linhas coloridas; - Botões e cochas - Fitas coloridas.	40 min
FINALIZAÇÃO	Reflexão e partilha sobre emoções sentidas	- Partilha do momento individual com o grupo, proporcionar o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.		30 min
CONCLUSÃO	Avaliar os resultados da sessão	-Avaliação informal; -Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		10 min

4.2 AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Adolescentes	Participação	Partilha
“Nádia”	A “Nádia” apresenta humor ansioso e irritável, utiliza como estratégias de compensação: drogas e CAL. A equipa multidisciplinar tem tentado ajudar a “Nádia” a arranjar estratégias que reduzam a ansiedade, a impulsividade, a irritabilidade e o medo. A “Nádia” apresenta dificuldade na concentração, em controlar a sua inquietude e em regular as suas emoções, então foi proposto que criasse um “espanta espíritos”. Inicialmente adotou um <i>facies</i> aborrecido, mas à medida que a atividade decorria conseguiu concentrar-se. O comportamento foi adequado e ajustado. Colaborou com satisfação e no final ficou feliz com o resultado do objeto criado.	A “Nádia” esteve calma e tranquila durante a atividade. O discurso é coerente e organizado, aparentemente com algum <i>insight</i> face ao seu processo de doença. Esteve concentrada e empenhada em construir o seu “espanta espíritos”. No final mostrou-se feliz por ter conseguido realizar a atividade. Em relação ao objetivo que pretende conquistar não partilhou (respeitou-se a decisão).
“Jéssica”	A “Jéssica” mostrou pouco interesse na atividade. A “Jéssica” é reservada no contato, apresenta humor apreensivo e um <i>facies</i> triste. É acompanhada em Hospital de Dia por CAL, anorexia nervosa e absentismo escolar. O discurso é coerente, organizado, breve e em tom de voz hipofónico, apresenta dificuldade em exprimir o que sente. Quando questionada sobre assuntos sensíveis e que lhe causam desconforto utiliza a frase “<i>não me recordo</i>”. A “Jéssica” é uma adolescente que não apresenta dificuldade na aprendizagem mas considera a escola um lugar que a estimula pouco a nível intelectual. Durante a atividade não esteve disponível nem motivada pelo que não terminou o seu “espanta espíritos”.	Durante a realização da atividade há oportunidade de partilhar o que se está a sentir, os pensamentos, os receios e as angústias. Abordámos com a “Jéssica” o tema absentismo escolar e demos-lhe a conhecer as alternativas desenhadas juntamente com Diretora de Turma e a mãe para regressar às aulas. Ouviu-se a sua opinião reforçando que mesma é importante e válida no seu processo de reabilitação. Falámos sobre dança e sobre o grupo a que pertence. Quando questionada sobre o objetivo que pretende alcançar responde: conseguir entrar em medicina. Foram trabalhadas técnicas de comunicação e confiança com a “Jéssica” apesar da não conclusão da atividade considero que a mesma foi positiva.

4.3 FOTOGRAFIA DO ESPANTA ESPÍRITOS



SESSÃO Nº 5 “RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON ADAPTADO”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeiros Especialistas.

Tempo da sessão: 90 minutos.

Material: colchões; *spotify* com lista de músicas; cobertores

População Alvo: Grupo heterogêneo de adolescentes dos 13 aos 18 anos.

CrITÉrios de Exclusão: Não existe

Objetivos:

- Fomentar a consciencialização das tensões corporais e emocionais;
- Reduzir as tensões e sofrimento psíquico através da indução de um estado de calma;
- Promover expressão de sentimentos;

Objetivos específicos:

- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam diminuição de estados de ansiedade;

Descrição da atividade:

O Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) de Jacobson tem como base “*o alívio de tensão na musculatura esquelética, tem o efeito de acalmar a mente*” (Payne, 2003, p. 7). Baseia-se na realização de técnicas de contração e descontração muscular, que visam a tomada de consciência do corpo por parte do indivíduo por forma a libertar eventuais tensões (Payne, 2003).

Para realizar esta técnica de intervenção, o ambiente deve ser tranquilo e deve ser estabelecida uma relação de confidencialidade, a posição de realização dos exercícios deve ser preferencialmente a posição de decúbito dorsal, uma vez que, se o corpo estiver totalmente apoiado torna-se mais fácil libertar eventuais tensões acumuladas (Payne, 2003).

Durante a sessão, o tom de voz deverá ser calmo, dando tempo aos participantes para efetuarem os exercícios solicitados. Quando se dá por finalizada a sessão, esta deverá ser feita de forma gradual para que o regresso ao estado de vigília não ocorra de forma abrupta. (Payne, 2003).

Numa primeira fase é feito o aquecimento inespecífico, este tem como finalidade, promover um momento de relaxamento e facultar a interação de grupo. Os participantes serão distribuídos pela sala. Neste momento e ao som de uma música incorporam o espaço onde se encontram. O ritmo da música será aumentado progressivamente segundo as indicações do dinamizador, simultaneamente os participantes devem reconhecer a presença dos diferentes elementos na sala interagindo e comunicando uns com outros.

O aquecimento específico tem como objetivo facultar ao grupo uma melhor compreensão do tema da sessão, assim cada participante deve escrever numa folha branca uma emoção e/ ou sentimento que considere originar ansiedade/*stress*/desgaste emocional/raiva. Depois é requerido ao grupo que se disponham em círculo na sala e que coloquem as folhas no centro. Nos próximos 10 minutos, pretende-se que os participantes partilhem com o grupo o que escreveram. Quando a partilha de sentimentos termina é proposta a realização do relaxamento. Os elementos do grupo serão orientados para se deitarem nos colchões dispostos pela sala e ao som de uma música calma e tranquila damos início à atividade.

No final a sessão o grupo é convidado a narrar a sua opinião sobre a forma como esta decorreu.

5.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema da sessão e a sua pertinência	- Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se em roda na sala.		5 min
DESENVOLVIMENTO	- Aquecimento inespecífico	- Os participantes distribuem-se pela sala, caminhando pela mesma ao som de uma música. Procura-se que neste momento, vão incorporando o espaço onde se encontram (sala). Progressivamente o ritmo será aumentado segundo as indicações do dinamizador e simultaneamente procurar-se-á que os intervenientes vão reconhecendo a presença dos diferentes elementos, interagindo e comunicando através do olhar e do toque.	- Música Gotan Project: Santa Maria – Tango - Colchões	03:18min
DESENVOLVIMENTO	- Aquecimento Específico	- Período dedicado à dinâmica “Partilha de um sentimento/emoção que cause desconforto”. Sugere-se que cada elemento do grupo escreva numa folha branca (fornecida pelos dinamizadores), de forma anónima, um momento que considere de grande ansiedade. Será pedido aos participantes que se disponham em círculo e que coloquem as folhas no centro. De seguida, é proposto que cada elemento retire uma das folhas e aleatoriamente leia.	- Folhas de Papel - Canetas	10 min
DESENVOLVIMENTO	Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson - Aplicação da técnica	- Proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e ao som de uma música calma, o dinamizador levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson.	-Colchões - Música	20 min

FINALIZAÇÃO	- Reflexão conjunta sobre o momento	- Partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada.		20 min
CONCLUSÃO	- Avaliar os resultados da sessão	- Avaliação informal - Agradecimento da participação e colaboração do grupo		10 in

5.2 GUIÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO

Adaptado de Manes, S. (2011). 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora. (Traduzido do original do italiano 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi) e Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional).

Desenvolvimento da sessão de relaxamento:

O dinamizador convida os participantes a deitarem-se em decúbito dorsal sobre os colchões que se encontram dispostos pela sala. Escurece a sala, coloca música de fundo e prossegue com a apresentação do relaxamento como intervenção:

COLOCAR MÚSICA

Coloquem-se o mais confortável possível.... Descansem as pernas.... Coloquem os braços numa posição confortável.... Fechem os olhos...

QUERO QUE DIRIGAM A VOSSA ATENÇÃO PARA A RESPIRAÇÃO...

Respirem lentamente, deixando entrar o ar pelo nariz... chegar aos pulmões... sair pela boca suavemente... deixem que a respiração siga o seu ritmo natural: suave e lento... tornando-se cada vez mais suave e mais lento...

AGORA vão respirar lentamente, fazendo:

(2 VEZES)

INSPIRAÇÃO PROFUNDA – 3’’

PAUSA

EXPIRAÇÃO PROFUNDA – 3’’

Retomem o ritmo natural da respiração: CALMO, LENTO, DESCONTRAÍDO...

AGORA, dirijam a vossa atenção para os MÚSCULOS DA FACE e sintam qualquer tensão: NA FACE... Nos OLHOS.... Descerrem os dentes...

Sintam a LINGUA na BOCA... sintam a SALIVA... SINTAM A FACE E OS OLHOS tornarem-se DESCONTRAÍDOS...

(2 VEZES)

AGORA, CONTRAIAM COM FORÇA OS OLHOS, APERTANDO AS PÁLPEBRAS... FORÇA... AGORA RELAXA, DESCONTRAI...

SINTAM O RELAXAMENTO A ESPALHAR-SE...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA (inspira...expira...) (2 VEZES)

AGORA CONTRAIAM OS MAXILARES... COM FORÇA...APERTEM OS DENTES...FORÇA... AGORA RELAXA, SENTE A LÍNGUA NA BOCA... A SALIVA... SINTAM O RELAXAMENTO A PERCORRER O VOSSO CORPO...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA (2 VEZES)

ESTÃO CALMOS... REPOUSADOS... SINTAM O RELAXAMENTO...

AGORA CONTRAIAM OS MÚSCULOS DO PESCOÇO... COM FORÇA... ECOLHENDO OS OMBROS... FORÇA...

AGORA, DESCONTRAI, RELAXA... DEIXEM CAIR OS OMBROS... SINTAM UMA ONDA DE RELAXAMENTO A ESPALHAR-SE PELO CORPO...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA (2 VEZES)

AGORA VAMOS CONTRAIR OS MÚSCULOS DAS COSTAS... COMPRIMAM OS MÚSCULOS CONTRA O COLCHÃO... COM FORÇA, FORÇA... DESCONTRAIAM, RELAXEM... SINTAM O RELAXAMENTO A ESPALHAR-SE PELO CORPO...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA (2 VEZES)

AGORA ESTIQUEM OS BRAÇOS... FECEM AS MÃOS, EM PUNHO... CONTRAIAM AS MÃOS COM FORÇA ... CONTRAIAM OS BRAÇOS COM FORÇA... FORÇA...AGORA RELAXEM, DEIXEM CAIR OS BRAÇOS... ABRAM AS MÃOS... AFASTEM OS DEDOS UM A UM... DESCONTRAIAM... SINTAM AS MÃOS... OS BRAÇOS... OS OMBROS... RELAXEM...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA (2 VEZES)

A VOSSA RESPIRAÇÃO É SUAVE E LENTA... SINTAM O RELAXAMENTO

AGORA VAMOS CONTRAIR OS MÚSCULOS DAS PERNAS... FORÇA... CONTRAI OS PÉS... FORÇA... AGORA DESCONTRAÍ, RELAXA... MEXAM OS DEDOS DOS PÉS... SINTAM UMA ONDA DE RELAXAMENTO A PERCORRER O VOSSO CORPO...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

AO EXPIRAREM, É COMO SE DEITASSEM PARA FORA TODAS AS TENSÕES E PROBLEMAS...

ESTÃO CALMOS... DESCONTRAÍDOS... REPOUSADOS...

SINTAM O RELAXAMENTO...

(2 VEZES)

AGORA QUERO QUE SINTAM OS PONTOS DO CORPO QUE ESTÃO EM CONTACTO COM O COLCHÃO... SENTIR AS COSTAS... AS PERNAS... VÃO AGORA SENTIR UMA SENSACÃO DE PESO... COMO SE ESTIVESSEM A AFUNDAR NO CHÃO... SENTEM-SE PESADOS... SENTEM OS MÚSCULOS DAS COSTAS CONTRAÍREM-SE... AS PERNAS A APERTAREM CONTRA O COLCHÃO... FORÇA... FORÇA...

AGORA RELAXA... DESCONTRAÍAM AS COSTAS... DEIXEM CAIR OS OMBROS... RELAXEM OS MUSCULOS DAS PERNAS... SINTAM UMA ONDA DE RELAXAMENTO A PERCORRER O VOSSO CORPO...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

ESTÃO CALMOS.... REPOUSADOS... DESCONTRAÍDOS... CONFORTÁVEIS.... SINTAM ESSA CALMA...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

AGORA DESCONTRAÍAM OS MÚSCULOS DA PALPEBRAS... PREPAREM-SE PARA ABRIR OS OLHOS...

TOMEM CONSCIENCIA DA SALA... ABRAM OS OLHOS... MEXAM AS MÃOS...

MEXAM AS PERNAS... SENTEM-SE CALMAMENTE NO COLCHÃO... **(2 VEZES)**

VAMOS FAZER UMA INSPIRAÇÃO PROFUNDA ESTICANDO OS BRAÇOS (TIPO ESPREGUIÇAR) E EXPIRA DEIXANDO CAIR OS BRAÇOS...

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nesta sessão participaram 10 adolescentes da amostra identificada (grupo1: 5 adolescentes; grupo 2: 3 adolescentes; grupo 3: 2 adolescentes).

Grupo 2 e grupo 3: a adesão à técnica de relaxamento foi aceite com agrado, senti disponibilidade por parte dos adolescentes, as sessões decorreram sem intercorrências e o ambiente proporcionado transmitiu tranquilidade, no final o *feedback* foi positivo. Na fase de partilha os adolescentes referiram sentimentos de bem-estar e proferiram palavras como “*calma*”, “*tranquilidade*” e “*corpo mais leve*”. Apontaram como dificuldade em relaxar o “*barulho dos aviões*” e a “*sala estar fria*”.

Considero que os adolescentes pertencentes ao grupo 2 e 3 estão preparados para a continuidade desde tipo de intervenção e que o relaxamento poderá ser útil para adquirir competências de auto-regulação.

No primeiro grupo houve desde logo renitência para a sessão planeada, apercebi-me ao longo da sessão que nenhuma das adolescentes relaxou. Houve dificuldade na concentração, no parar o pensamento e no silêncio.

O silêncio para estas adolescentes significa um barulho interno maior, portanto, aquilo que devia ter sido uma experiência tranquilizadora tornou-se num pesadelo de 20 minutos. Percebi que o grupo não estava preparado para se aplicar este tipo de técnica. Sintomas de ansiedade, irritabilidade e impulsividade ainda se encontram muito presentes.

Considero, no entanto, que a sua aplicabilidade numa fase posterior poderá ser benéfica e que as estratégias que advém do relaxamento, como o controlo da respiração, o alívio de tensões de certas partes do corpo possam ser utilizadas no dia-a-dia com alguma eficácia e satisfação.

Adolescentes Grupo 1	Participação/Partilha
“Cristiana”	Apresentou-se disponível para a sessão, comportamento adequado e ajustado. Na fase do aquecimento inespecífico descontraindo e disponível, colaborante e a esboçar sorrisos. Quando passamos para a parte do relaxamento a “Cristiana” não consegue usufruir, o corpo fica rígido e segue a minha voz com alguma dificuldade. Os olhos estão fechados e assim se mantém durante a sessão. Quando questionada como decorreu a sessão, se relaxou, e quais as dificuldades, a “Cristiana” refere que ficou com dor de cabeça porque parecia ouvir vozes de conteúdo depreciativo (associa isso ao silêncio). Não relaxou e sente-se nauseada.
“Elisa”	Pouco disponível para a sessão e com uma postura desafiadora verbalizando que não ia participar, que não gosta de relaxar, nem das músicas que são utilizadas neste tipo de atividade. Comportamento desadequado perante o grupo com necessidade de intervenção e mediação. Foi explicado à “Elisa” que talvez fosse importante experimentar algo que está fora da sua zona de conforto pois eventualmente até poderia gostar. Pouco convencida acabou por ceder, ajustou comportamento e participou na atividade até ao fim. Durante o aquecimento inespecífico ainda desencadeou gargalhadas em tom de voz aumentado. No relaxamento permaneceu deitada em decúbito lateral direito com os olhos abertos, adotando posição fetal. Quando questionada como decorreu a sessão, se relaxou e quais as dificuldades, a “Elisa” verbaliza que detestou a sessão, que para relaxar houve música <i>metal</i> e que só gosta de ficar em silêncio quando é para dormir. Pediu para não repetir.
“Lara”	Pouco disponível para a sessão, participou com pouco agrado. Postura retraída. Dificuldade na interação com o grupo observada desde o aquecimento inespecífico. Cumpriu a sessão de relaxamento, mas o corpo estava tenso e aparentemente não ouvia a minha voz. Quando questionada como decorreu a sessão, se relaxou, e quais as dificuldades, a “Lara” refere que não relaxou, que ficou com frio e que não gosta do silêncio, refere que este a deixa mais ansiosa.
“Érica”	Participou com pouco agrado. Postura tensa e rígida que se manteve em toda a sessão. Não relaxou. A região cervical esteve contraída durante 20 minutos, períodos de olhar perplexo e assustado. Quando questionada como decorreu a sessão, se relaxou, e quais as dificuldades a “Érica” refere que não relaxou, aparenta estar mais ansiosa e tem dificuldade em verbalizar e partilhar os seus sentimentos com o grupo.
“Nádia”	A “Nádia” não queria realizar a sessão de relaxamento, no entanto acabou por participar. No aquecimento inespecífico esteve descontraindo e colaborante, adequada e ajustada. Durante a sessão começou a chorar e não relaxou. Quando questionada como decorreu a sessão, se relaxou, e quais as dificuldades, a “Nádia” verbaliza que a sessão lhe faz lembrar o internamento, pelo que não gostou.

SESSÃO Nº 6 “DESENHAR A ANSIEDADE”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeiros Especialistas.

Tempo da sessão: 90 minutos.

Material: Tintas, lápis de cor, canetas de feltro, lápis de cera, lápis de carvão, pastel e papel de cenário.

População Alvo: Grupo heterogéneo de adolescentes dos 13 aos 18 anos.

CrITÉrios de Exclusão: Não existe

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento;
- Promover Insight e Juízo Crítico face às emoções e sentimentos;

Objetivos específicos:

- Reconhecer emoções e sentimentos em si próprio e no outro;
- Estimular a expressão de diferentes emoções e sentimentos.

Descrição da atividade:

Grupo composto por 3 adolescentes (JJ, RA, UM).

Aquilo que é proposto nesta atividade é transpor para o papel através do desenho e pintura a “ansiedade”.

6.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e fazer um pequeno balanço semanal; - Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se e é oferecido material pertinente para a sessão		10 min
DESENVOLVIMENTO	Aquecimento específico	Todas as adolescentes vão trabalhar o painel ao mesmo tempo; Deverão exprimir através do desenho ou pintura o que é para si a “ansiedade”; Durante a elaboração da atividade será proporcionado o diálogo que facilita a interação entre o grupo e proporciona a intervenção terapêutica.	- Tintas; - Lápis de cor; - Canetas de feltro; - Lápis de cera; - Lápis de carvão; - Pastel; - Papel de cenário;	40 min
FINALIZAÇÃO	Reflexão e partilha sobre emoções sentidas	- Partilha do momento individual com o grupo, proporcionar o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.		30 min
CONCLUSÃO	Avaliar os resultados da sessão	-Avaliação informal; -Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		10 min

6.2 AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Adolescentes com CAL e tentativa de suicídio apresentam maior dificuldade em compreender as suas emoções e também a dos outros. Esta atividade pretende ajudar os adolescentes a compreenderem melhor o que sentem e o que os outros sentem. Pretende fomentar o autoconhecimento e a auto-regulação. A adesão à atividade foi positiva, participaram com agrado e partilharam os seus desenhos com o grupo.

Adolescentes	Participação/Partilha
“Jéssica”	Calma e tranquila, humor eutímico, mais expressiva. Discurso mais fluído. Quando foi proposta a realização desta atividade gostou da ideia, verbaliza que gosta de desenhar. Partilhou com o grupo que quando se sente mais ansiosa a manifestação da mesma é física, refere que fica com dor no peito. Quando está triste prefere ficar sozinha, refere que demora muito tempo para se desligar do que sente. Atenta à partilha das outras adolescentes, não dá para perceber se há identificação com o grupo.
“Raquel”	Com dificuldade em iniciar a atividade, mas depois de incentivada começa a desenhar. A “Raquel” apresenta humor eutímico e <i>facies</i> expressiva. Discurso fluído, coerente e organizado. Participa na atividade com agrado. Na partilha de grupo refere que a ansiedade a deixa confusa e desorganizada e que os pensamentos são muito rápidos. Refere que nestas alturas prefere ficar sozinha.
“Marta”	A “Marta” participa na atividade com agrado. Humor deprimido, <i>faceis</i> triste, mas esboça sorrisos. Postura descontraída e comportamento adequado e ajustado. Quando lhe é pedido para desenhar a ansiedade faz um diabo, não consegue exprimir por palavras o seu desenho, mas é perceptível que a ansiedade simboliza o negativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manes, S. (2011). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde*. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional*).

APÊNDICE 4

ANÁLISE EDRE-VA

Valores originais das respostas ao questionário da EDRE-VA

		Quase nunca	Algumas vezes	Metade das vezes	A maioria das vezes	Quase sempre																
		0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%																
		1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Xmed	M	M _o	> 3	< 3
Não-aceitação de respostas emocionais (NÃO-ACEITAÇÃO)	11. Quando estou chateado/a, fico zangado/a comigo mesmo/a por me sentir assim.	2	5	4	4	5	2	2	2	5	2	5	3	4	2			6	55%	5	45%	
	12. Quando estou chateado/a, fico atrapalhado/a por me sentir assim.	2	3	4	3	4	5	1	5	5	5	5	4	4	5			7	64%	2	18%	
	21. Quando estou chateado/a, sinto vergonha de mim mesmo/a por me sentir assim.	2	1	4	3	5	2	1	2	5	3	5	3	3	2			4	36%	5	45%	
	25. Quando estou chateado/a, sinto-me culpado/a por me sentir assim.	2	1	4	3	5	3	1	3	5	3	5	3	3	3			4	36%	3	27%	
	29. Quando estou chateado/a, fico irritado/a comigo mesmo/a por me sentir assim.	5	5	4	4	4	4	1	4	5	4	5	4	4	4			10	91%	1	9%	
	30. Quando estou chateado/a, começo a sentir-me muito mal comigo próprio/a.	5	5	4	4	4	5	1	5	5	5	5	4	5	5			10	91%	1	9%	
	SOMA	18	20	24	21	27	21	7	21	30	22	30										
Dificuldades no envolvimento em objetivos (OBJETIVOS)	13. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em concluir tarefas ou trabalhos.	2	3	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4			9	82%	1	9%	
	18. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em focar a minha atenção outras coisas.	5	2	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5			10	91%	1	9%	
	20. Mesmo quando estou chateado/a, continuo a ser capaz de fazer as coisas.	1	5	1	2	1	1	3	1	3	1	2	2	1	1			1	9%	8	73%	
	26. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em concentrar-me.	5	5	4	3	5	5	2	5	4	5	1	4	5	5			8	73%	2	18%	
	33. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.	5	5	4	2	4	3	5	3	5	3	5	4	4	5			7	64%	1	9%	
	SOMA	18	20	17	15	19	19	20	19	20	19	16										
Dificuldades no controlo dos impulsos (IMPULSO)	3. Sinto as minhas emoções de modo muito intenso e tenho dificuldade em controlá-las.	5	5	3	4	3	5	2	5	5	5	4	4	5	5			8	73%	1	9%	
	14. Quando estou chateado/a, fico fora de controlo.	5	1	4	3	4	4	1	4	4	4	4	3	4	4			8	73%	2	18%	
	19. Quando estou chateado/a, sinto que perco o controlo sobre mim próprio/a.	5	5	4	3	5	5	1	5	4	5	4	4	5	5			9	82%	1	9%	
	24. Quando estou chateado/a, sinto que continuo a poder controlar os meus comportamentos.	1	3	1	2	1	1	5	1	2	1	2	2	1	1			1	9%	9	82%	
	27. Quando estou chateado/a, tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.	5	5	4	3	5	5	1	5	2	5	2	4	5	5			7	64%	3	27%	
	32. Quando estou chateado/a, perco o controlo sobre os meus comportamentos.	5	5	4	3	4	5	1	5	3	5	4	4	4	5			8	73%	1	9%	
SOMA	26	24	20	18	22	25	11	25	20	25	20											
Ausência de consciência emocional (CONSCIÊNCIA)	2. Presto atenção àquilo que estou a sentir.	2	3	3	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2	2			0	0%	6	55%	
	6. Sou uma pessoa atenta aos meus sentimentos.	3	4	3	2	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3			1	9%	4	36%	
	8. Dou importância àquilo que sinto	4	4	2	2	2	1	1	1	4	1	4	2	2	4			4	36%	7	64%	
	10. Quando estou chateado/a, apercebo-me das minhas emoções.	5	4	2	4	1	3	2	3	3	3	2	3	3	3			3	27%	4	36%	
	17. Quando estou chateado/a, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.	3	5	1	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2			1	9%	7	64%	
	34. Quando estou chateado/a, dedico algum tempo para tentar perceber o que realmente estou a sentir.	2	4	2	2	2	3	1	3	3	3	4	3	3	2			2	18%	5	45%	
SOMA	19	24	13	15	12	13	9	13	18	14	18											
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional (ESTRATÉGIAS)	15. Quando estou chateado/a, tenho tendência a pensar que vou ficar assim por muito tempo.	5	4	4	4	5	5	2	5	5	5	5	4	5	5			10	91%	1	9%	
	16. Quando estou chateado/a, acredito que vou acabar por ficar muito deprimido/a.	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5			11	100%	0	0%	
	22. Quando estou chateado/a, sei que vou acabar por descobrir uma maneira de me sentir melhor.	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2			0	0%	11	100%	
	23. Quando estou chateado/a, sinto-me um/a fraco/a.	3	1	4	4	4	5	1	5	5	4	5	4	4	4			8	73%	2	18%	
	28. Quando estou chateado/a, acredito que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	5	5	5	2	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5			10	91%	1	9%	
	31. Quando estou chateado/a, acredito que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	5	5	4	3	4	2	4	2	4	2	5	4	4	4			7	64%	3	27%	
	35. Quando estou chateado/a, demoro muito tempo até me sentir melhor.	5	5	4	4	4	5	5	5	3	5	4	4	5	5			10	91%	0	0%	
	36. Quando estou chateado/a, sinto que as minhas emoções são demasiado intensas.	5	5	4	3	4	5	1	5	4	5	4	4	4	5			9	82%	1	9%	
SOMA	34	31	30	26	30	33	25	33	32	33	34											
Falta de clareza emocional (CLAREZA)	1. Sou capaz de perceber as minhas emoções de forma clara.	4	4	3	2	3	4	2	4	2	4	2	3	3	4			5	45%	4	36%	
	4. Tenho muita dificuldade em perceber como me sinto.	2	3	1	3	2	3	5	3	4	4	3	3	3	3			3	27%	3	27%	
	5. Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.	2	3	1	4	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3			3	27%	3	27%	
	7. Sei exatamente aquilo que estou a sentir.	4	3	2	1	2	4	1	4	3	4	3	3	3	4			4	36%	4	36%	
	9. Sinto-me confuso/a em relação àquilo que sinto.	2	4	4	3	4	5	2	5	4	5	4	4	4	4			8	73%	2	18%	
	SOMA	14	17	11	13	13	19	13	19	17	21	15										

Sexo (F = 0 ; M = 1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idade	17	16	16	17	17	14	17	16	16	16	15	
Antecedentes pessoais de CAL (Não = 0 ; Sim = 1)	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
Antecedentes de Tentativa de Suicídio (Não = 0 ; Sim = 2)	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	
	3	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1	

Valores com itens invertidos da EDRE-VA

Quase nunca 0-10% Algumas vezes 11-35% Metade das vezes 36-65% A maioria das vezes 66-90% Quase sempre 91-100%																				
1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Xmed	M	M _o	Reversed	
Não-aceitação de respostas emocionais (NÃO-ACEITAÇÃO)	11. Quando estou chateado/a, fico zangado/a comigo mesmo/a por me sentir assim.	2	5	4	4	5	2	2	2	5	2	5	2	5	3	4	2		1	5
	12. Quando estou chateado/a, fico atrapalhado/a por me sentir assim.	2	3	4	3	4	5	1	5	5	5	5	5	5	4	4	5		2	4
	21. Quando estou chateado/a, sinto vergonha de mim mesmo/a por me sentir assim.	2	1	4	3	5	2	1	2	5	3	5	3	5	3	3	2		3	3
	25. Quando estou chateado/a, sinto-me culpado/a por me sentir assim.	2	1	4	3	5	3	1	3	5	3	5	3	5	3	3	3		4	2
	29. Quando estou chateado/a, fico irritado/a comigo mesmo/a por me sentir assim.	5	5	4	4	4	4	1	4	5	4	5	4	5	4	4	4		5	1
	30. Quando estou chateado/a, começo a sentir-me muito mal comigo próprio/a.	5	5	4	4	4	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	5			
	SOMA	18	20	24	21	27	21	7	21	30	22	30								
Dificuldades no envolvimento em objetivos (OBJETIVOS)	% da pontuação máxima da subescala (30)	60%	67%	80%	70%	90%	70%	23%	70%	100%	73%	100%								
	13. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em concluir tarefas ou trabalhos.	2	3	4	4	4	5	5	5	4	5	4			4		4			
	18. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em focar a minha atenção outras coisas.	5	2	4	4	5	5	5	5	4	5	4			4		5			
	20. Mesmo quando estou chateado/a, continuo a ser capaz de fazer as coisas.	5	1	5	4	5	5	3	5	3	5	4			4		5			
	26. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em concentrar-me.	5	5	4	3	5	5	2	5	4	5	1			4		5			
	33. Quando estou chateado/a, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.	5	5	4	2	4	3	5	3	5	3	5			4		4			
	SOMA	22	16	21	17	23	23	20	23	20	23	18								
Dificuldades no controlo dos impulsos (IMPULSO)	% da pontuação máxima da subescala (25)	88%	64%	84%	68%	92%	92%	80%	92%	80%	92%	72%								
	3. Sinto as minhas emoções de modo muito intenso e tenho dificuldade em controlá-las.	5	5	3	4	3	5	2	5	5	5	4			4		5			
	14. Quando estou chateado/a, fico fora de controlo.	5	1	4	3	4	4	1	4	4	4	4			3		4			
	19. Quando estou chateado/a, sinto que perco o controlo sobre mim próprio/a.	5	5	4	3	5	5	1	5	4	5	4			4		5			
	24. Quando estou chateado/a, sinto que continuo a poder controlar os meus comportamentos.	5	3	5	4	5	5	1	5	4	5	4			4		5			
	27. Quando estou chateado/a, tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.	5	5	4	3	5	5	1	5	2	5	2			4		5			
	32. Quando estou chateado/a, perco o controlo sobre os meus comportamentos.	5	5	4	3	4	5	1	5	3	5	4			4		4			
Ausência de consciência emocional (CONSCIÊNCIA)	SOMA	30	24	24	20	26	29	7	29	22	29	22								
	% da pontuação máxima da subescala (30)	100%	80%	80%	67%	87%	97%	23%	97%	73%	97%	73%								
	2. Presto atenção àquilo que estou a sentir.	4	3	3	4	3	4	5	4	3	4	3			4		4			
	6. Sou uma pessoa atenta aos meus sentimentos.	3	2	3	4	3	4	5	4	3	3	3			3		3			
	8. Dou importância àquilo que sinto	2	2	4	4	4	5	5	5	2	5	2			4		4			
	10. Quando estou chateado/a, apercebo-me das minhas emoções.	1	2	4	2	5	3	4	3	3	3	4			3		3			
	17. Quando estou chateado/a, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.	3	1	5	3	5	4	3	4	4	4	4			4		4			
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional (ESTRATÉGIAS)	34. Quando estou chateado/a, dedico algum tempo para tentar perceber o que realmente estou a sentir.	4	2	4	4	4	3	5	3	3	3	2			3		3			
	SOMA	17	12	23	21	24	23	27	23	18	22	18								
	% da pontuação máxima da subescala (30)	57%	40%	77%	70%	80%	77%	90%	77%	60%	73%	60%								
	15. Quando estou chateado/a, tenho tendência a pensar que vou ficar assim por muito tempo.	5	4	4	4	5	5	2	5	5	5	5			4		5			
	16. Quando estou chateado/a, acredito que vou acabar por ficar muito deprimido/a.	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5			5		5			
	22. Quando estou chateado/a, sei que vou acabar por descobrir uma maneira de me sentir melhor.	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	4			4		4			
	23. Quando estou chateado/a, sinto-me um/a fraco/a.	3	1	4	4	4	5	1	5	5	4	5			4		4			
Falta de clareza emocional (CLAREZA)	28. Quando estou chateado/a, acredito que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	5	5	5	2	4	5	5	5	4	5	4			4		5			
	31. Quando estou chateado/a, acredito que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	5	5	4	3	4	2	4	2	4	2	5			4		4			
	35. Quando estou chateado/a, demoro muito tempo até me sentir melhor.	5	5	4	4	4	5	5	5	3	5	4			4		5			
	36. Quando estou chateado/a, sinto que as minhas emoções são demasiado intensas.	5	5	4	3	4	5	1	5	4	5	4			4		4			
	SOMA	38	33	34	28	34	37	27	37	34	35	36								
	% da pontuação máxima da subescala (40)	95%	83%	85%	70%	85%	93%	68%	93%	85%	88%	90%								
	Soma das pontuações das subescalas	135	120	139	126	149	148	107	148	143	148	141								
	% da pontuação máxima (180)	75%	67%	77%	70%	83%	82%	59%	82%	79%	82%	78%								
	Sexo (F = 0 ; M = 1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
	Idade	17	16	16	17	17	14	17	16	16	16	15								
	Antecedentes pessoais de CAL (Não = 0 ; Sim = 1)	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0								
	Antecedentes de Tentativa de Suicídio (Não = 0 ; Sim = 2)	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0								
		3	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1								

Resumo das somas por subescala (com pontuações dos itens invertidos)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
NÃO-ACEITAÇÃO	18	20	24	21	27	21	7	21	30	22	30		
OBJETIVOS	22	16	21	17	23	23	20	23	20	23	18		
IMPULSO	30	24	24	20	26	29	7	29	22	29	22		
CONSCIÊNCIA	17	12	23	21	24	23	27	23	18	22	18		
ESTRATÉGIAS	38	33	34	28	34	37	27	37	34	35	36		
CLAREZA	10	15	13	19	15	15	19	15	19	17	17		
Soma das pontuações das subescalas	135	120	139	126	149	148	107	148	143	148	141	>117	
% da pontuação máxima (180)	75%	67%	77%	70%	83%	82%	59%	82%	79%	82%	78%	10	91%
Sexo (F = 0 ; M = 1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Idade	17	16	16	17	17	14	17	16	16	16	15		
Antecedentes pessoais de CAL (Não = 0 ; Sim = 1)	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1		
Antecedentes de Tentativa de Suicídio (Não = 0 ; Sim = 2)	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0		
	3	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1		

Resumo das percentagens por subescala (com pontuações dos itens invertidos)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	>65%	
NÃO-ACEITAÇÃO	60%	67%	80%	70%	90%	70%	23%	70%	100%	73%	100%	9	82%
OBJETIVOS	88%	64%	84%	68%	92%	92%	80%	92%	80%	92%	72%	10	91%
IMPULSO	100%	80%	80%	67%	87%	97%	23%	97%	73%	97%	73%	10	91%
CONSCIÊNCIA	57%	40%	77%	70%	80%	77%	90%	77%	60%	73%	60%	7	64%
ESTRATÉGIAS	95%	83%	85%	70%	85%	93%	68%	93%	85%	88%	90%	11	100%
CLAREZA	40%	60%	52%	76%	60%	60%	76%	60%	76%	68%	68%	5	45%
Sexo (F = 0 ; M = 1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Idade	17	16	16	17	17	14	17	16	16	16	15		
Antecedentes pessoais de CAL (Não = 0 ; Sim = 1)	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1		
Antecedentes de Tentativa de Suicídio (Não = 0 ; Sim = 2)	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0		
	3	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1		

APÊNDICE 5

SESSÕES PLANEADAS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

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

Sessões Planeadas em Contexto de Internamento

Ana Isabel Balixa Rosado

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

Sessões Planeadas em Contexto de Internamento

Ana Isabel Balixa Rosado

Orientadores:
Professor Luís Nabais
Enfermeiros Orientadores

Lisboa
2021

A large, solid green decorative shape that starts as a thin line on the left and curves upwards and to the right, filling the bottom right corner of the page.

ÍNDICE

SESSÃO Nº1	4
SESSÃO Nº2	8
SESSÃO Nº3	19
SESSÃO Nº4	26
SESSÃO Nº5	30
SESSÃO Nº6	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

SESSÃO Nº1

Terapia pela arte “Como é o Meu Mundo”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeira Especialista.

Tempo da sessão: 60 minutos.

Material: Folhas em branco, pinceis e tintas.

População Alvo: Grupo heterogêneo de crianças e adolescentes dos 0-18 anos que se encontram internadas.

CrITÉRIOS de Exclusão: Crianças e adolescentes com sintomatologia psicótica aguda e com agitação psicomotora.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento e a autoconsciência;
- Promover Insight e Juízo Crítico face ao processo de saúde e projeto terapêutico;
- Promover a coesão grupal;
- Facultar a expressão e o posicionamento do seu mundo.

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;
- Promover o resgate dos sentimentos/emoções positivos;
- Facilitar no processo de interpretar sentimentos/emoções negativas;

Descrição da atividade:

Nomes utilizados são fictícios.

Grupo composto por 6 Crianças e /ou adolescentes.

A atividade proposta aos adolescentes e/ ou crianças é pintar. A atividade é dividida em duas partes, na primeira fase é pedido ao grupo que pintem “como é o meu mundo”, aqui serão utilizadas tintas, folhas de papel e as mãos, na segunda parte, há possibilidade de recorrer a pinceis, nesta deverão pintar uma paisagem que reflita “como é o meu mundo”.

1.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e distribuí-los. - Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Solicitar a cada elemento do grupo o nome do elemento que está à sua direita e mencionar uma característica positiva, de forma a facilitar a dinâmica entre o grupo.	- Coluna de música; - Lista de músicas; escolhidas em <i>spotify</i>;	10 min.
Desenvolvimento	Aquecimento Específico	- Distribuir as folhas de papel pelos adolescentes e crianças. - Colocar as tintas em cima da mesa disponíveis para serem utilizadas e com fácil acesso. - Na primeira fase solicita-se aos adolescentes e crianças que pintem com as suas mãos “como é o meu mundo” (só podem utilizar as mãos para o fazer). - Na segunda fase é solicitado que pintem uma paisagem que faça alusão ao seu mundo (nesta fase se quiserem podem utilizar pinceis).	- Tintas de várias cores; - Folhas de papel; - Pinceis;	30 min.
Finalização	Reflexão e partilha conjunta sobre os desenhos construídos	- Sugerir que cada adolescente e criança mencione em uma palavra o que significou a atividade. - Partilhar com o grupo o momento individual, proporcionando o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.	Pintura concretizada	15 min.
Conclusão	Avaliar resultados da sessão	- Avaliação informal. - Agradecimento da participação do grupo.		5 min.

Avaliação da Sessão

Esta foi a primeira sessão realizada no internamento, considero que a mesma correu consoante o esperado e que a adesão por parte do grupo foi positiva.

Para elaborar a avaliação faço alusão aos aspetos que considero mais pertinentes dos adolescentes e/ ou crianças que participaram.

Foi revisto junto da Enfermeira Especialista e Orientadora o planeamento da atividade, sendo que o pretendido e que será semelhante em todas as sessões, será a exploração e identificação de sentimentos ou emoções e a estratégias para os auto-regular.

Todos os participantes aderiram à atividade com agrado.

A sessão decorreu acompanhada de música, ou seja, foram selecionadas um conjunto de músicas que serviram de agente facilitador para elaborar a atividade.

Na primeira fase: o adolescente “Tiago” teve dificuldade em iniciar a atividade, ficou renitente e com uma postura retraída, tal debatia-se com o fato de sujar as mãos com tinta, para ultrapassar esse sentimento utilizou a ponta do dedo para elaborar a sua pintura. Os restantes elementos mantiveram-se sempre com a atenção captável e fixável, postura descontraída, participativos e verdadeiramente espontâneos.

A segunda fase decorreu de uma forma mais fluída e sem obstáculos comportamentais.

No final da sessão houve partilha individual sobre a pintura elaborada com o grupo, exploraram-se sentimentos e emoções, e foi efetuado o reforço positivo das capacidades que cada um apresenta. Durante a partilha notou-se que os elementos estavam envolvidos e escutaram atentamente os pares.

As palavras utilizadas para descrever a atividade foram “descontração”, “receio”, “liberdade” e “feliz”.

Senti-me útil e percebi que através da pintura, dos traços e da cor se podem transmitir os mais diversos sentimentos e emoções.

Fotografias das obras criadas pelas crianças e adolescentes



SESSÃO Nº2

Terapia pela arte “Onde encontro a minha segurança”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeira Especialista.

Tempo da sessão: 60 minutos.

Material: Folhas em branco, lápis de cor, canetas de feltro.

População Alvo: Grupo heterogêneo de crianças e adolescentes dos 0-18 anos que se encontram internadas.

CrITÉRIOS de Exclusão: Crianças e adolescentes com sintomatologia psicótica aguda e com agitação psicomotora.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento e a autoconsciência;
- Promover Insight e Juízo Crítico face ao processo de saúde e projeto terapêutico;
- Promover a coesão grupal;

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;
- Promover o resgate dos sentimentos/emoções positivos;
- Facilitar no processo de interpretar sentimentos/emoções negativas;

Descrição da atividade:

Nomes utilizados são fictícios.

Participaram nesta atividade 9 adolescentes.

A atividade proposta é desenhar o sítio, o lugar ou o momento que transmita segurança e bem-estar. Esta atividade vai permitir a consciencialização do que é importante e ao mesmo tempo irá facultar pensamentos e emoções positivas. No final deverá haver partilha individual do que desenharam para o grupo.

2.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e distribuí-los. - Clarificação da temática e objetivos da sessão.	- Coluna de música; - Lista de músicas; escolhidas em <i>spotify</i>;	10 min.
Desenvolvimento	Aquecimento Específico	- Distribuir as folhas de papel pelos adolescentes e crianças. - Colocar os lápis de cor e canetas de feltro em local de fácil acesso. - Será solicitado aos adolescentes e crianças que desenhem “algo” que os faça sentir seguros.	- Lápis de cor; - Canetas de feltro; - Folhas de papel;	30 min
Finalização	Reflexão e partilha conjunta sobre os desenhos construídos	- Sugerir que cada adolescente e criança descreva o seu desenho. - Partilhar com o grupo o momento individual, proporcionando o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.	Desenho concretizado	15 min
Conclusão	Avaliar resultados da sessão	- Avaliação informal. - Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		5 min.

Avaliação da Sessão

O planeamento da atividade terapêutica previamente estruturado foi cumprido. Considero que a sessão foi aceite pelo grupo com agrado e não mostraram renitência. Considero que nesta sessão já me sentia mais confiante pelo que consegui articular de forma mais harmoniosa o desenrolar da mesma. O ambiente proporcionado foi descontraído e leve. A postura e comportamento adotado pelos adolescentes foi adequado e ajustado. No final partilharam os seus desenhos individuais com o grupo e revelaram quais os sentimentos associados.

Desenho da “Constança”



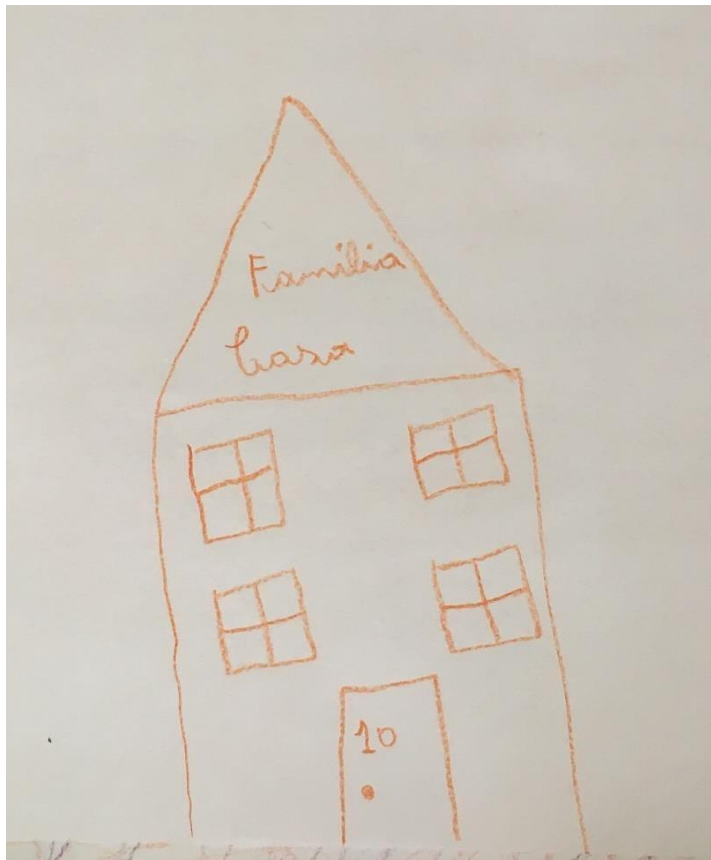
A “Constança” apresenta tendencialmente um humor apreensivo, o discurso é sempre adequado e ajustado, participa nas atividades com agrado e satisfação. É uma adolescente contentora com os pares. Durante a atividade adotou uma postura descontraída. Apresenta atenção captável e concentra-se no que está a criar. No final partilha o que desenhou *“este desenho representa o meu quarto, quando estou em casa é onde me sinto confortável, tem uma janela grande por onde entra muita luz. Desenhei uma pauta de música, porque a música deixa-me tranquila. Depois tentei representar outro sítio onde estou em segurança, a casa de banho, quando estou mais triste, gosto de tomar banho”*. É pedido que a Constança descreva a atividade em uma palavra: *“tranquilidade”* (sic)

Desenho da “Júlia”



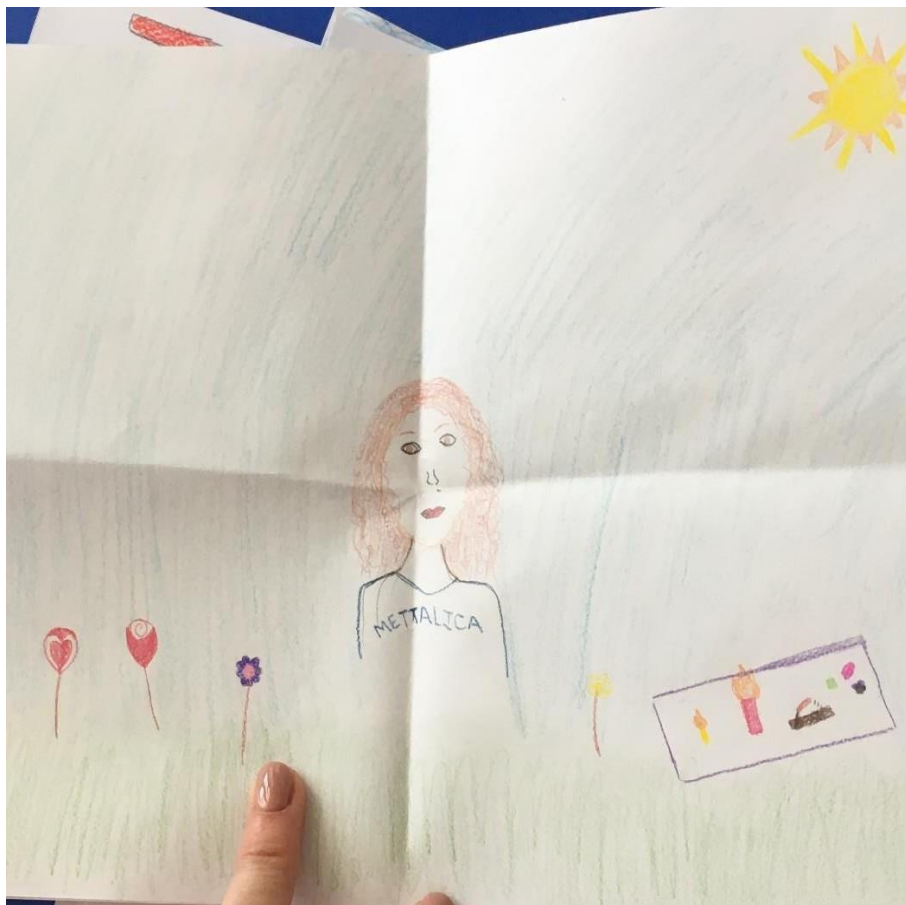
A “Júlia” participou na atividade com agrado. Postura curvada e retraída, humor de deprimido e *facies* triste. O discurso é breve e provocado. Apresenta dificuldade em dirigir o olhar. Na partilha de grupo refere “*gosto de ir ver o por do sol nas montanhas que existem ao pé de casa*”(sic), quando questionada se é um lugar que lhe transmite segurança, a “Júlia” acena com a cabeça que sim. Não consegue descrever a atividade numa palavra.

Desenho do “João”



O “João” é um adolescente inquieto com dificuldade na concentração, no entanto, durante a atividade elaborou o seu desenho. Apresenta dificuldade em estar sentado na cadeira e por vezes o comportamento é desajustado perante o grupo. Quando abordado consegue ajustar o comportamento. O humor durante a atividade foi eutímico e sem episódios disruptivos de agressividade. O “João” refere que o seu lugar seguro é a sua casa e a sua família. Quando é pedido ao “João” para dizer uma palavra que descreva a atividade foi “*senti-me feliz*”(sic).

Desenho da “Daniela”



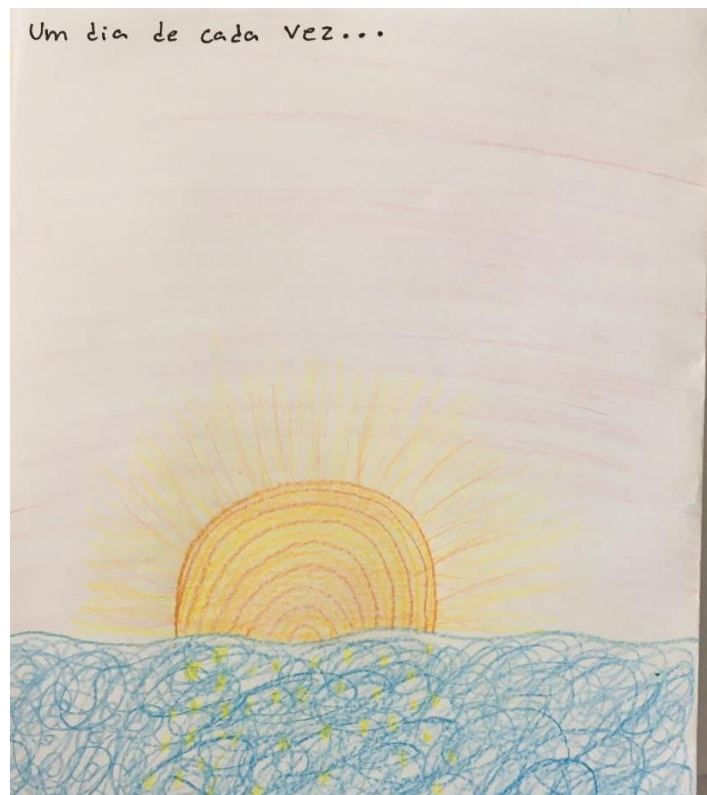
A “Daniela” participou na atividade de terapia pela arte com agrado. Humor apreensivo e *facies* pouco expressivo. Postura curvada e com dificuldade em dirigir o olhar. Discurso é breve e hipofonico. A “Daniela” refere que o lugar que lhe traz segurança é ir ao campo e estar rodeada de flores, sente-se tranquila quando ouve música *metal*, faz o seu auto-retrato no centro da folha rodeada de coisas que gosta. A palavra que utiliza para descrever a atividade é “*paz*”.

Desenho da “Maria”



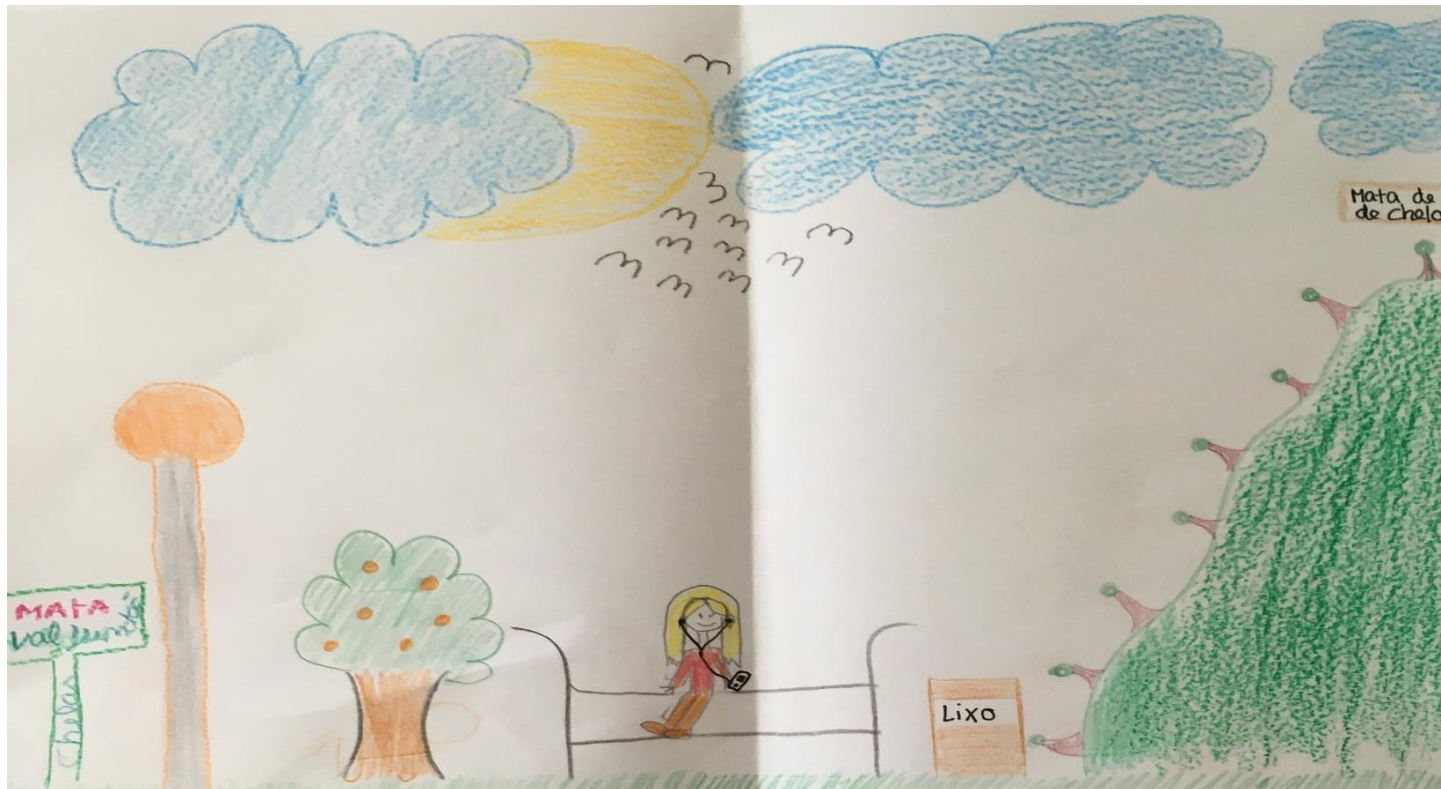
Participou na atividade com agrado. Humor apreensivo e *facies* pouco expressivo. Discurso breve. Comportamento adequado e ajustado apesar de uma postura por vezes pouco adequada. Desenha e pinta a praia, refere que é aqui o seu lugar de segurança. Refere que a atividade lhe trouxe saudades de casa e da família (fica lábil).

Desenho da “Mariana”



A “Mariana” integrou a atividade com agrado, colaborante. Pintou o seu desenho de forma empenhada e concentrada. Apresenta humor apreensivo, *facies* expressivo por períodos e esboça sorrisos. Na partilha refere que o seu lugar seguro é na praia a assistir ao pôr do sol, refere que a atividade lhe trouxe alguma tristeza e saudades, refere que está cansada de estar internada, no entanto escreve no seu desenho “um dia de cada vez”, sabe que apesar das saudades ainda não é altura de sair. Refere-se sentir aliviada por conseguir partilhar o que sente.

Desenho da “Telma”



A “Telma” participou na atividade com agrado, apresenta humor eutímico e esboça sorrisos. O discurso é fluido e a interação e partilha com o grupo é adequada e ajustada. Esteve durante a atividade concentrada e com postura correta no desempenho da mesma. Refere que o seu lugar seguro é ir ao jardim e sentar-se no banco a ouvir música, refere que se sente tranquila e feliz. Quando questionada sobre a atividade a palavra que utiliza é “*bem-estar*”.

Desenho da “Sara”



A “Sara” aderiu à atividade com agrado, humor eutímico, *facies* tranquilo. Durante a elaboração do desenho concentrada e com postura adequada e ajustada. Na partinha esboçou sorrisos e refere que o seu lugar seguro é quando está em casa perto da família, refere que a atividade lhe trouxe saudades de casa. Gosta de ouvir música refere que a deixa tranquila e segura. Tem saudades do seu telemóvel e das redes sociais.

SESSÃO Nº3

Terapia pela arte “A Família e Eu”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeira Especialista.

Tempo da sessão: 60 minutos.

Material: Folhas em branco, lápis de cor e carvão.

População Alvo: Grupo heterogêneo de crianças e adolescentes dos 0-18 anos que se encontram internadas.

Crítérios de Exclusão: Crianças e adolescentes com sintomatologia psicótica aguda e com agitação psicomotora.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento e a autoconsciência;
- Promover Insight e Juízo Critico face ao processo de saúde e projeto terapêutico;
- Promover a coesão grupal;
- Facultar a expressão e o posicionamento da família.

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;
- Promover o resgate dos sentimentos/emoções positivos;
- Facilitar no processo de interpretar sentimentos/emoções negativas;

Descrição da atividade:

Grupo formado por 5 adolescentes.

A atividade proposta aos adolescentes é desenhar, primeiramente deverão desenhar um ou mais objetos que as identifique e posteriormente desenhar objetos que identifiquem o seu núcleo familiar. No final deverão partilhar perante o grupo, de forma individual os desenhos elaborados.

3.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência “Quebra-gelo”	- Receber os adolescentes na sala e distribuí-los. - Clarificação da temática e objetivos da sessão.	- Coluna de música; - Lista de músicas; escolhidas em <i>spotify</i>;	10 min.
Desenvolvimento	Aquecimento Específico	- Distribuir as folhas de papel pelos adolescentes e crianças. - Colocar as lápis e carvão em local de fácil acesso. - Na primeira fase solicita-se aos adolescentes e crianças que desenhem um ou mais objetos que os identifique. - Na segunda fase é solicitado que desenhem objetos que identifiquem o núcleo familiar.	- Folhas de papel; - Lápis de cor e carvão;	30 min.
Finalização	Reflexão e partilha conjunta sobre os desenhos construídos	- Sugerir que cada adolescente e criança mencione em uma palavra o que significou a atividade. - Partilhar com o grupo o momento individual, proporcionando o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.	Pintura concretizada	15 min.
Conclusão	Avaliar resultados da sessão	- Avaliação informal. - Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		5 min.

Avaliação da sessão

Todos os adolescentes aderiram à atividade proposta, a maioria mostrou agrado por participar. Foi um momento individual que facultou a criatividade e que facultou a percepção que têm da sua família.

Esta sessão durou os 60 minutos planeados.

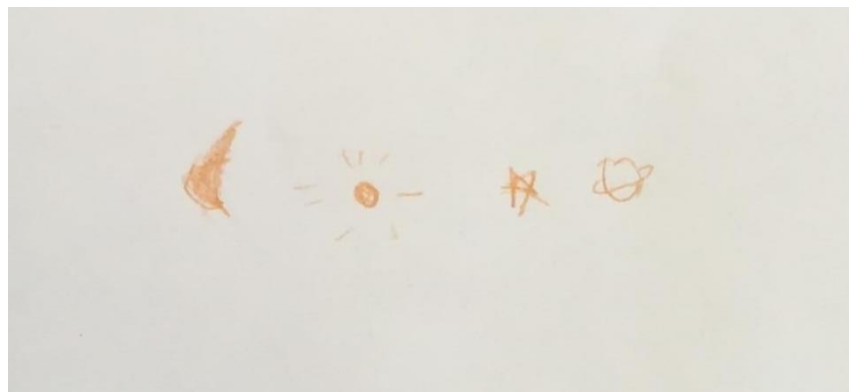
Desenhos da “Constança”



A “Constança” participou na atividade com agrado. Colaborante quando solicitada para participar na atividade. A “Constança” utiliza sempre o seu material quando desenha ou pinta, refere que fica mais confortável se os utilizar. Apresenta humor apreensivo e *facies* pouco expressivo. Comportamento adequado perante o grupo e sem dificuldades na partilha. Refere que os objetos que a identificam são relacionados com o desenho e a pintura pelo que expõe um pincel, um lápis e uma palette. Refere que gosta de ouvir música e andar de skate, pelo que no seu desenho também se encontram presentes. No contexto familiar considera ser uma rosa com espinhos porque tem um lado sensível e outro mais brusco. Refere que a mãe é um gato porque é uma

mulher pouco afável, o pai é um malmequer porque é o oposto da mãe. Decidiu também representar a avó materna porque esta é uma pessoa de referência para ela, a forma como está representada tem a ver com a sua idade.

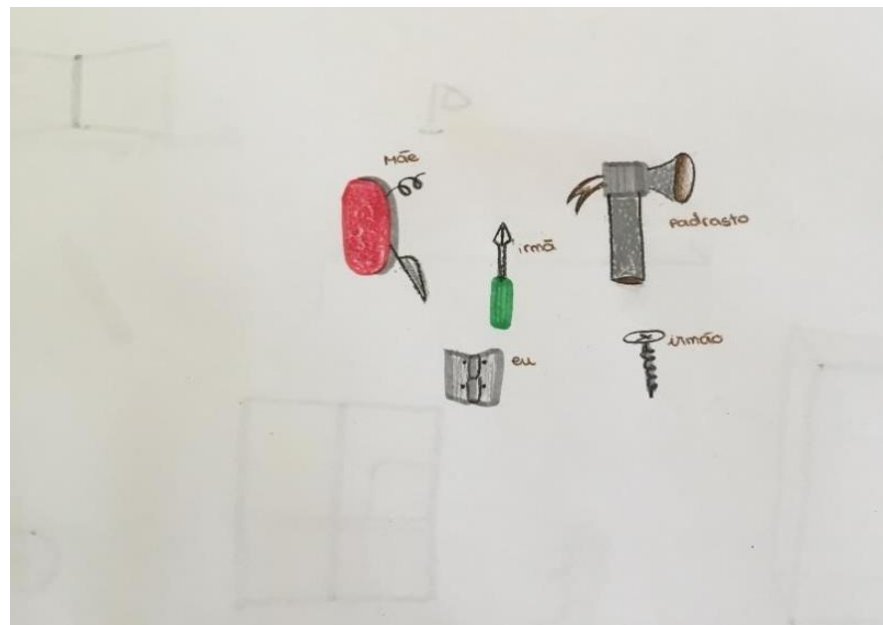
Desenhos da “Ana”



A “Ana” mostrou postura pouco agradada quando solicitada para participar na sessão. Humor algo irritável, com comportamento desafiador e de oposição. Postura desadequada (deitada com as costas sobre a cadeira e as pernas esticadas para a frente). Após a exposição dos objetivos da sessão, refere que não quer participar e pede para sair. Na altura mantive-me em silêncio porque não sabia como atuar perante este comportamento, mas a Enfermeira Especialista intercedeu, explicando à “Ana” quais seriam os benefícios da sessão e não autorizou a sua saída. A “Ana” acabou por adequar o comportamento e participar na atividade. Na partilha de grupo foi colaborante e adequada, já se encontrava mais calma e tranquila, e conseguiu partilhar os seus desenhos.

Quando solicitada para desenhar um objeto que a identifique desenhou um skate. A família encontra-se representada da seguinte forma a mãe é o sol “*é a pessoa em quem eu mais confio, por isso é o sol*”(sic), depois identifica o irmão como uma estrela e o pai como um planeta “*eles também são importantes para mim, aliás estão sincronizados*”. É questionada sobre quem é a Lua, a “Ana” identifica-se e responde “*faço parte daquele sistema, mas não há sintonia*”. É questionada sobre o porquê de não se sentir em sintonia, mas não responde (respeitado silêncio).

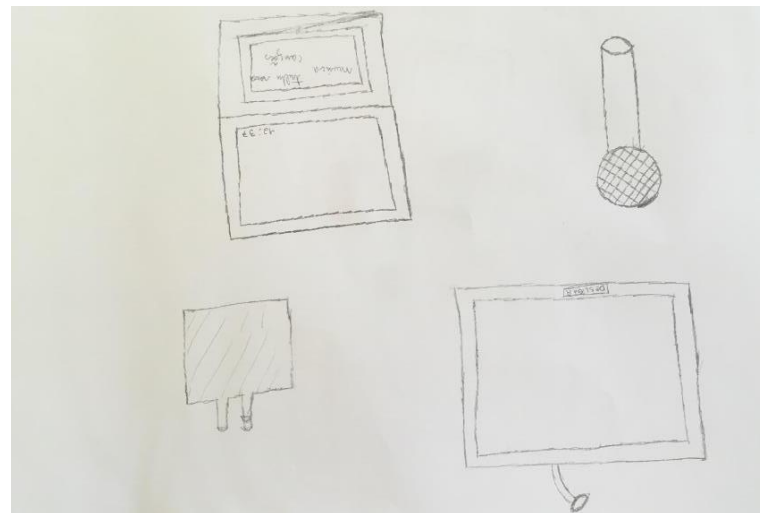
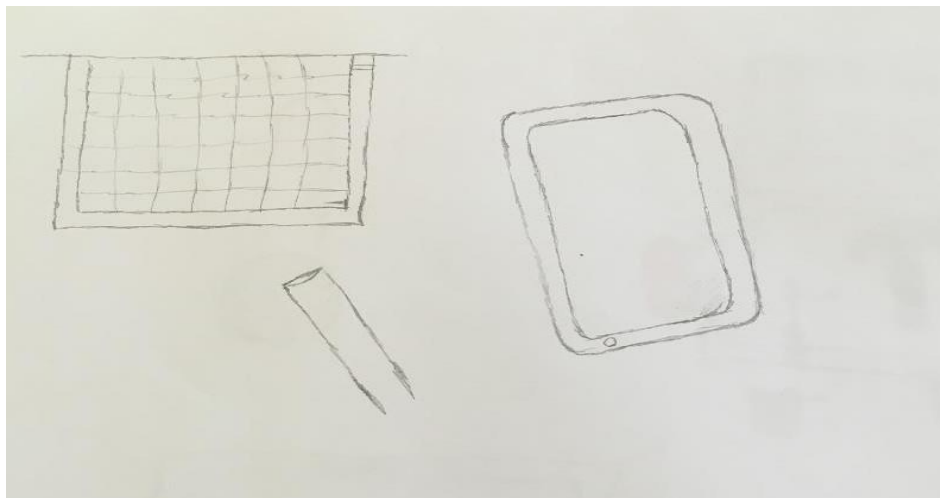
Desenhos da “Telma”



A “Telma” participou na atividade de forma ajustada, disponível para realizar a sessão de terapia pela arte. Humor apreensivo, mas *facies* expressiva e vai esboçando sorrisos. Interage espontaneamente e mostra-se concentrada no desenho que está a construir.

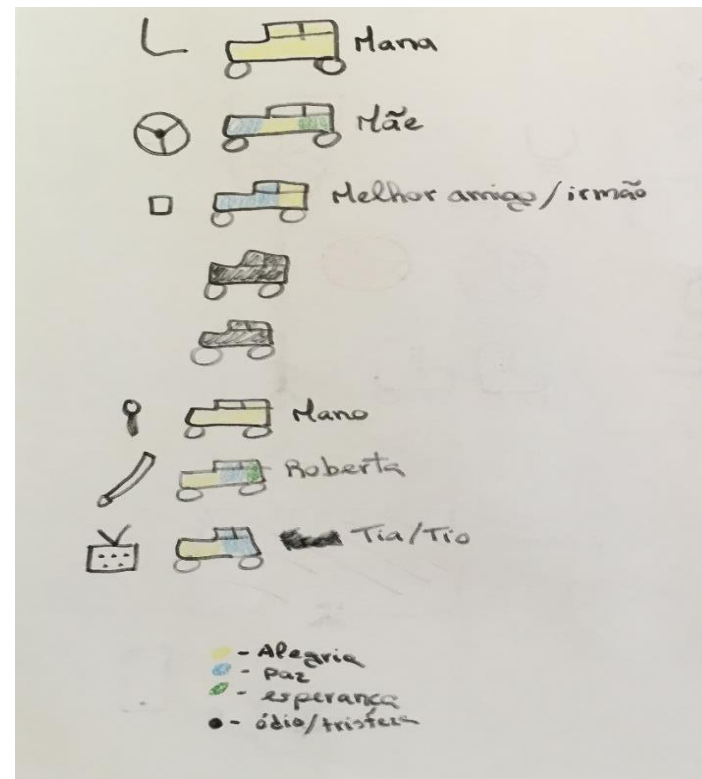
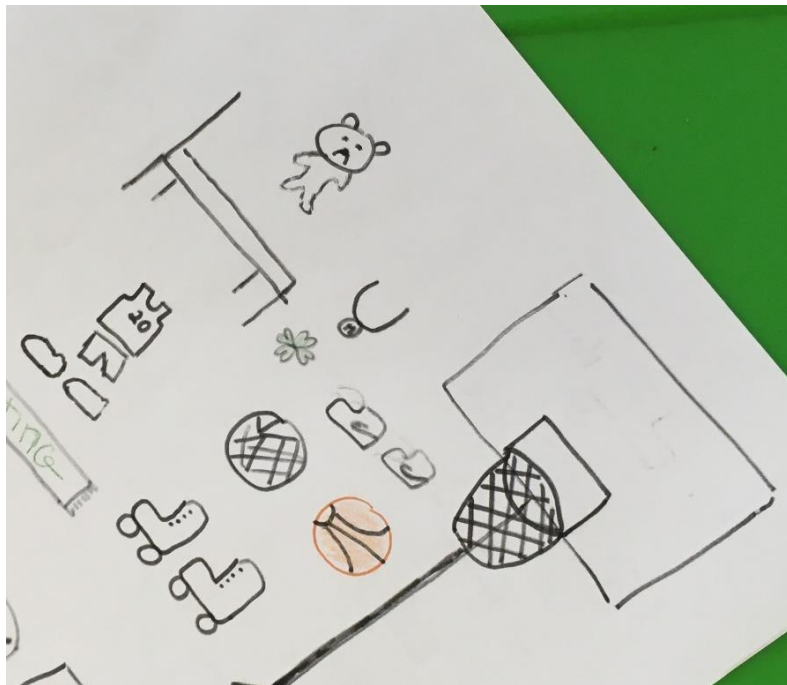
Na partilha de grupo refere que os objetos que a identificam encontram-se principalmente no seu quarto, refere que gosta de escrever, ler e andar de bicicleta, a postura é tranquila e adequada para com o grupo, o discurso é fluido. Na apresentação da família a mãe é representada como um canivete suíço “*a minha mãe tem a capacidade de fazer muitas coisas ao mesmo tempo*”(sic). O padrasto é o martelo “*eu e o meu padrasto não temos boa relação, ele está sempre a martelar. Não me entende!* (silêncio)”. Os irmãos fazem parte da sua caixa de ferramentas (objeto que considera “ser” no seio familiar) “*são muito importantes para mim... completam-me e por isso a minha irmã é a parafusadora e o meu irmão o parafuso*”(sic).

Desenhos do “Antônio”



O “Antônio” participa na atividade de terapia pela arte com alguma renitência, humor apreensivo, *facies* ansioso, postura tensa e inquietação psicomotora. Apresenta uma ideação de alta marcada e labilidade emocional marcada. Durante a atividade pouco tranquilo. Na partilha com o grupo apresenta cabisbaixo e dificuldade em dirigir o olhar, o discurso é monossilábico. Quando questionado acerca dos objetos que o representam, refere ter desenhado uma baliza porque gosta de futebol e um tablet, identifica a família, mas recusa-se a explicar. A decisão é respeitada e posteriormente é decidido com o Enfermeiro de Referência que será feito momento individual

Desenhos da “Mariana”



A “Mariana” participou na atividade de terapia pela arte com agrado. Postura descontraída. Sem dificuldade em se expressar perante o grupo e com interações positivas. Apresenta humor eutímico, *facies* expressivo e esboça sorrisos. Na partilha individual perante o grupo a “Mariana” refere que os objetos que a identificam estão relacionados com os desportos que pratica (basquetebol e patinagem), a cama e o urso identificam os seus momentos de solidão e tristeza. A família é identificada por carros que são pintados consoante os sentimentos que lhe geram. A relação mais ambivalente é com o irmão, refere-o como melhor amigo, que lhe traz paz e alegria, mas que muitas vezes a confronta e nessa altura sente ódio e tristeza.

SESSÃO Nº4

“Uma História feita por Nós: “A BAGAGEM” (preparar para o futuro próximo e para a alta)

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeira Especialista.

Participantes: Crianças e Adolescentes que se encontrem internadas no internamento.

Crítérios de Exclusão: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora e com patologia psicótica ativa.

Tempo da sessão: 45 minutos.

Material: Balões, música, colchões e lençóis.

Local: Sala de atividades do internamento de pedopsiquiatria.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento;
- Promover Insight e Juízo Crítico face ao processo de saúde e projeto terapêutico;
- Promover a coesão grupal;
- Fomentar a utilização de estratégias em situações de tensão emocional e corporal;

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;
- Promover o resgate dos sentimentos/emoções;

Descrição da atividade:

Dançar e movimentar o corpo utilizando como mediador expressivo a música. A dança que é proposta, tem como tema **“Uma História feita por Nós: “A BAGAGEM”** e significa o recomeço, o contar de uma história, é o fazer as malas para preparar o futuro próximo, consciencializar para o processo de alta, consciencializar para as estratégias que devem ser utilizadas neste processo que possam ser facilitadoras no processo de saúde.

4.1 PLANO DE SESSÃO

	Atividade	Música	Tempo	Descrição da atividade
Introdução	Apresentação do Tema da Sessão e a sua pertinência		5min	- Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se em roda no chão da sala de atividades. - Explicação sucinta sobre a atividade Dança e Movimento
Fase 1: Flowing	Aquecimento	- Memories: Maroon 5 - I'm Yours: Jason Mraz	03:09 04:02	- Ligar a música, começar a caminhar aleatoriamente na sala de atividades e dançar de forma espontânea, conforme se sinta o ritmo, estamos a prepararmos-mos para fazer a nossa mala de viagem esta que vai ser feita por nós, somos nós que decidimos o que levar nesta bagagem, somos livres, fortes e podemos dançar nos como quisermos, estamos a Recomeçar. - Quando viajamos precisamos fazer a nossa mala... - Por isso... Hoje vamos fazer a nossa ...bagagem.
Fase 2: Stacatto	Preparar a bagagem através do movimento do corpo e	- Alegria: Cirque du Soleil - Vaiana: Onde irei ter	05:47 02:44	- Vamos escolher qual o meio de transporte que queremos utilizar nesta nossa viagem (SERÁ O GRUPO A DEFINIR), esta viagem não ser fácil, mas há oportunidade... e que oportunidade... a oportunidade para RECOMEÇAR, para ser eu a construir a minha bagagem!!!! - Utilizar um lençol que deverá ser segurado pelo grupo, fazer vários movimentos (forças contrárias); - Neste novo caminho, tenho o poder para começar e para escolher novas aventuras, novos sonhos, novas conquistas, novas amizades - Porque a bagagem que vou fazer para iniciar a minha viagem vai-me permitir mudar, alcançar o que quero. - Percebi que precisava de ajuda e aceitei-a. - Percebo que não estou sozinho, que posso confiar - A bagagem leva tempo a fazer, até estar pronta tem indecisões, zangas, ambivalências de sentimentos e medos - Por isso esta mala que nos vai fazer viajar para o futuro é grande.

				- É uma mala com estratégias ..., mas para isso tenho de as criar e de as desenhar; - É um desafio... - Mas agora que a começo a fazer não posso desistir....
Fase 3: Chaos	- Dançar ao ritmo da música - Jogo de balão e lençóis (Lutar pelo que se quer)	- Avicii: Wake Me Up - David Guetta feat. Sia: Titanium	04:48 04:28	- Utilizar balões cada um com uma palavra que deverá ser escrita na altura. - Na minha bagagem eu vou levar: Força, Coragem, Alegria, Angustia, Medo e muitas outras coisas... - Promover momento de luta de balões - Vou conquistar o meu espaço, vou conquistar o meu lugar, vou lutar contra as adversidades, contra os medos e os receios com que me deparo diariamente, vou lutar contra aquilo que me deixa triste, vou sair vencedora desta luta que muitas vezes é desigual, mas que me dá a oportunidade para conseguir ver o mundo noutra dimensão. - Aqui vamos todos sair vencedores, na bagagem vamos juntar tudo o que aprendemos para depois utilizar. - Aqui temos ajuda para que a nossa mala fique mais organizada. - Faço a minha mala com ajuda com mãos que me amparam e seguram - Abrir o lençol e juntar os balões; - Agora acredito que esta mala é a melhor de todas, independentemente das frustrações, dificuldades, perigos e medos vou conseguir.
Fase 4: Lyrical	Objetivo alcançado: mala feita (fui capaz)	- Do que eu sou capaz: Márcia - Lead the way: Jhené Aiko -	03:16 02:26	- Agora que fui capaz de fazer a minha mala ficamos tranquilos e aliviados; - Sentamo-nos e dou-me conta do que fui capaz; - Damos as mãos; - Sinto-me mais forte, sinto-me bem e feliz. - Venci, aceitei o medo, aceitei ser ajudado, tornei-me melhor, mais forte e percebi que sou capaz. - Agora estou preparado para ir e Recomeçar

Fase 5: Stilness	Regressar a Si	- Comptine d'un autre ete: Yann Tiersen	02:26	- Utilizar colchões e deitar, relaxar, aproveitar o momento para regressar a si. - No final dar oportunidade ao grupo de partilhar como se sentiu e uma palavra que descreva a atividade. Avaliação da atividade.
		- Only the Winds: Ólafur Arnalds +1 MÚSICA DESPERTAR	05:23	

Avaliação da sessão

A avaliação da atividade dança e movimento será feita de forma global e não individual.

Nesta atividade os 9 adolescentes que participaram mostraram-se agradados e satisfeitos, todos os participantes já conheciam a atividade. Esta foi planeada e realizada por mim (supervisionada pela Enfermeira Especialista e Orientadora), após ter sido coterapeuta em duas sessões semelhantes de dança e movimento. O grupo já me conhecia e a relação de confiança encontrava-se estabelecida.

A atividade no global foi classificada como positiva, a adesão e interação por parte das crianças e adolescentes foi satisfatória. Durante a sessão a postura foi descontraída, libertaram-se tensões e esboçamos sorrisos, dançamos e movimentamos o corpo como nos apeteceu.

Os adolescentes e crianças através do movimento, da dança, da música e da comunicação não-verbal revelaram liberdade e fomentaram a esperança.

No final partilhamos individualmente o que sentimos e cada um proferiu uma palavra: “esperança”, “felicidade”, “alegria”, “liberdade”, “amor”, “bem-estar”, “coragem”, “força” e “tranquilidade”.

Face a estes resultados considero que os objetivos desta sessão foram alcançados. Ou seja, foram facultados momentos de prazer que permitiram exprimir sentimentos, uma maior consciencia de si e que promoveram a interação grupal. Desta forma considero que neste dia foi possível contribuir para o fortalecimento das linhas flexíveis de defesa destes adolescentes, contribuido para a reconstituição do sistema.

SESSÃO Nº5

Sessão Balanço Semanal: “Brasão da Minha Semana”

Dinamizadores: Estudante Ana Rosado e Enfermeira Especialista.

Tempo da sessão: 50 minutos.

Material: Folha denominada “Brasão da minha semana” para preenchimento, canetas de feltro, lápis de cor e carvão.

População Alvo: Grupo heterogêneo de crianças e adolescentes dos 0-18 anos que se encontram internadas.

CrITÉRIOS de Exclusão: Crianças e adolescentes com sintomatologia psicótica aguda.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento;
- Promover Insight e Juízo Crítico face ao processo de saúde e projeto terapêutico.

Objetivos específicos:

- Estimular o reconhecimento de emoções e sentimentos;
- Facilitar o reconhecimento de estratégias que promovam o processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico;
- Promover o resgate dos sentimentos/emoções positivos;
- Facilitar no processo de interpretar sentimentos/emoções negativas;

Descrição da atividade:

Construir um brasão utilizando como mediador expressivo a pintura, o desenho e a música, que simbolize a forma como correu a semana e quais as estratégias que possam ser facilitadoras no processo de saúde e adesão ao projeto terapêutico

5.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO																										
INTRODUÇÃO	- Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência	- Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se em roda sala.		5 min																										
DESENVOLVIMENTO	- Aquecimento específico	- Após se explicar a atividade, são facultados os materiais necessários para desenvolver a mesma, canetas de feltro, lápis de cor, lápis de carvão e lápis de cera. - A atividade será desenvolvida de forma individual por cada um dos participantes. - Será facultado a cada um dos participantes uma folha tamanho A4 com o modelo do “ Brasão da minha semana ”. - O Brasão estará estruturado da seguinte forma:	-Música -Folhas de papel A4 -Canetas de feltro -Lápis de cor - Lápis de Cera -Lápis de carvão	20 min																										
		<table><tr><th colspan="3">Balanço da Semana</th><th colspan="2">Próxima semana</th></tr><tr><td>Aspetos Positivos</td><td>(3 palavras)</td><td>Desejos para a semana seguinte</td><td colspan="2">(3 palavras)</td></tr><tr><td>Aspetos Negativos</td><td>(3 palavras)</td><td>Projetos para a semana seguinte</td><td colspan="2">(3 palavras)</td></tr><tr><td>Algo que podia ter sido mudado</td><td>(2 frases)</td><td>O que fazer para mudar</td><td colspan="2">(2 frases)</td></tr><tr><td colspan="5">Uma palavra que represente a semana</td></tr></table>			Balanço da Semana			Próxima semana		Aspetos Positivos	(3 palavras)	Desejos para a semana seguinte	(3 palavras)		Aspetos Negativos	(3 palavras)	Projetos para a semana seguinte	(3 palavras)		Algo que podia ter sido mudado	(2 frases)	O que fazer para mudar	(2 frases)		Uma palavra que represente a semana					
		Balanço da Semana			Próxima semana																									
		Aspetos Positivos			(3 palavras)	Desejos para a semana seguinte	(3 palavras)																							
		Aspetos Negativos			(3 palavras)	Projetos para a semana seguinte	(3 palavras)																							
		Algo que podia ter sido mudado			(2 frases)	O que fazer para mudar	(2 frases)																							
		Uma palavra que represente a semana																												

		- Neste período dedicado à dinâmica será sugerido que decorem o “Brasão da minha semana” a gosto. Será colocada a tocar uma playlist no <i>spotify</i> de músicas tranquilas e que proporcionem um momento tranquilo. - Deverão exprimir através da pintura, desenho e escrita o que sentiram durante a semana e posteriormente expor quais serão as estratégias que gostariam de desenvolver de forma a aderir ao projeto terapêutico proposto.		
FINALIZAÇÃO	Reflexão conjunta sobre o momento	- Partilha do momento individual para o grupo, proporcionar o diálogo, a interação e a intervenção terapêutica.		20 min.
CONCLUSÃO	Avaliar resultados da sessão	-Avaliação informal. -Agradecimento da participação e colaboração do grupo.		5 min.

Avaliação da sessão

Na atividade participaram 5 adolescentes, sendo que a avaliação é feita através dos Brasões que foram elaborados.

A sessão não decorreu como esperado as adolescentes que participaram encontravam-se pouco disponíveis para a partilha individual em grupo, no entanto, a mesma foi realizada e acredito que foi benéfica uma vez que poderão ser delineadas estratégias individuais posteriores para cada um dos elementos. Foi uma sessão difícil com carga emocional elevada.

Brasão da “Constança”

A “Constança” aderiu à atividade proposta, apesar de ser com pouco agrado *“não me apetece nada falar de mim nem da semana que passou” (sic)*. Lábil e com humor deprimido, *faceis* triste. Discurso breve e negativista, preencheu todos os espaços pedidos, no final partilhou com o grupo o que escreveu, mas não se alongou em palavras. Agradei à “Constança” a partilha e reforcei que apesar da semana ter sido menos boa está no caminho certo para alcançar os objetivos. Reforcei que quando estiver lá fora vão também existir dias menos bons, e que será importante ter as estratégias adequadas para conseguir lidar com os mesmos.

Brasão da “Daniela”

A “Daniela” participou na atividade com pouco agrado, postura curvada e tensa. *Facies* aborrecido. Humor neutro. Preencheu todos os espaços e na partilha de grupo o discurso foi muito breve, refere que não há aspetos positivos e/ ou negativos, não se projeta no futuro e não tem vontade de mudar. Pouco congruente uma vez que refere a semana como “boa”. Após balanço semanal foi feita intervenção individual com a “Daniela”.

Brasão da “Matilde”

A “Matilde” aceitou participar na atividade, no entanto com pouco agrado, humor deprimido, *facies* triste e angustiado. Postura retraída perante o grupo. A “Matilde” deixou-me desconfortável, encontrava-se sentada à minha esquerda pelo que vi aquilo que estava a escrever, senti-me preocupada e com receio das repercussões que podia trazer para o grupo. Muito desinvestida e com dificuldade em dirigir o olhar. Quando solicitada para partilhar o que escrevera, pede para abandonar a sala, o pedido feito é acedido.

Quando a sessão acabou falei com a Enfermeira Orientadora mostrei-lhe a minha preocupação face ao sucedido, foi-me explicado que a “Matilde” apresenta uma ideação suicida muito marcada e que apenas está internada há 2 dias. O que foi escrito pode ser considerado como um pedido de ajuda pelo que será importante reavaliar o projeto terapêutico junto do seu Enfermeiro de Referência e da restante equipa multidisciplinar. Os momentos individuais serão reforçados e os de grupo também.

Brasão da “Inês”

A “Inês” participou com agrado na atividade de grupo, colaborante e concentrada na atividade. Humor eutímico e *facies* expressivo. Na partilha com o grupo refere que também já teve dias maus, mas que esta semana foi positiva, leu o que escreveu perante o grupo e foi um reforço positivo para os restantes elementos. O discurso da “Inês” é espontâneo e apresenta capacidade de refletir sobre as dificuldades sentidas antes do internamento.

Brasão da “Sara”

A “Sara” participou na atividade com pouco agrado, humor deprimido e *facies* triste, postura retraída e angustiosa, na partilha de grupo refere que tem muitas saudades de casa. Menciona como aspetos positivos do internamento estar acompanhada, que encontrou no internamento pessoas com as quais se identifica e técnicos que a apoiam, partilha ainda que não tem projetos e que ainda não sabe o que fazer para mudar os pensamentos de tristeza, refere que precisa de se conhecer melhor “*neste momento ainda está tudo muito confuso*”(sic).

SESSÃO Nº6

Relaxamento Progressivo de Jacobson Adaptado: Sessão adaptada para internamento

População Alvo: Grupo heterogéneo de crianças e adolescentes dos 0-18 anos que se encontram internadas.

CrITÉRIOS de Exclusão: Crianças e adolescentes com sintomatologia psicótica aguda e agitação psicomotora.

Tempo da sessão: 60 minutos

Objetivos:

- Fomentar a consciencialização das tensões corporais e emocionais;
- Reduzir as tensões e sofrimento psíquico através da indução de um estado de calma;
- Promover o resgate dos sentimentos/emoções positivos;
- Facilitar no processo de interpretar sentimentos/emoções negativas;

Descrição da atividade:

Guião da sessão de relaxamento: Adaptado de Manes, S. (2011). 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora. (Traduzido do original do italiano 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi) e Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional).

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson permite à pessoa reconhecer quando se encontra tensa e / ou ansiosa, e apresenta como objetivo: ensinar a relaxar, reduzindo assim os níveis de ansiedade e tensão muscular.

O relaxamento instrui a pessoa a contrair e descontrair os vários grupos musculares, permitindo desta forma que esteja atenta às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento. Nesta sessão, o foco da intervenção incide sobre ensinar ao adolescente avaliar quais as suas tensões para posteriormente conseguir relaxá-las. Ao trabalhar as perceções cinestésicas do adolescente, o mesmo saberá diferenciar a redução ou aumento das tensões. As sessões programadas foram em consonância com a Enfermeira Orientadora, e realizaram-se duas sessões de relaxamento sempre supervisionadas.

Foi explicado aos adolescentes sumariamente o que era o relaxamento progressivo de Jacobson. Posteriormente, explicaram-se os objetivos da sessão e distribuiu-se uma folha com o desenho do corpo humano desenhado para que pudessem identificar as zonas do corpo que se encontravam mais tensas.

6.1 PLANO DE SESSÃO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência	- Clarificação da temática e objetivos da sessão. - Os participantes sentam-se em roda na sala. - Fornecida folha com desenho do corpo humano para assinalar as zonas de tensão muscular. É o período dedicado à dinâmica “Partilha da zona de tensão e ou desconforto”. Será pedido posteriormente aos participantes as folhas.	- Folhas de Papel - Canetas	10 min.
DESENVOLVIMENTO	Aquecimento inespecífico	- Os participantes distribuem-se pela sala, caminhando pela mesma ao som da música. Procura-se que neste momento, vão incorporando o espaço onde se encontram (sala). - Progressivamente, o ritmo será aumentado, segundo as indicações do dinamizador e simultaneamente, procurar-se-á que os intervenientes vão reconhecendo a presença dos diferentes elementos na sala, interagindo das mais diferentes formas, comunicando através do olhar e do toque.	Música: Gotan Project: Santa Maria – Tango	03:18min
DESENVOLVIMENTO	Aplicação da técnica: Relaxamento Progressivo de Jacobson	- Proposto aos adolescentes que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e ao som de uma música calma, em ambiente escurecido vamos relaxar, vamos possibilitar a libertação de quaisquer tensões.	-Colchões -Música	30 min.
FINALIZAÇÃO	Reflexão conjunta sobre o momento	- Partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada.	Colchões	10 min.

CONCLUSÃO	- Avaliar os resultados da sessão	- Avaliação informal - Agradecimento da participação e colaboração do grupo		5 min.
------------------	-----------------------------------	--	--	--------

Avaliação da sessão:

As zonas de tensão mencionadas pelos adolescentes foram: região frontal da cabeça, região cervical, face (região da mandíbula), ombros e braços, pernas, região torácica e abdominal, região lombar e dorsal.

O relaxamento de Jacobson foi adaptado da seguinte forma:

- Indução de um estado de calma, com preparação de um ambiente tranquilo, sem ruídos e baixa luz. Foi colocada a música de relaxamento escolhida. Posteriormente, atendendo às zonas de tensão mencionadas pelos adolescentes, inicia-se o processo de contração e descontração muscular (contrai 10 segundo, descontra 30 segundos).
- O exercício repete-se duas vezes para cada grupo muscular.
- No final da aplicação da técnica de relaxamento, associou-se a técnica de imaginação guiada que é frequentemente utilizada nas sessões realizadas pelos enfermeiros do serviço. Esta técnica recorre a imagens mentais, ou seja, o adolescente deve procurar uma imagem da natureza e mover-se nela, dando ênfase e reparando no conteúdo sensorial. Esta técnica é considerada eficaz para diminuir o stress e a ansiedade.

O mote utilizado na meditação guiada foi *“Mantém-te numa posição confortável, mantém os olhos fechados... há medida que o teu corpo está cada vez mais relaxado, a tua mente também estará mais livre. Está concentrado nas sensações do teu corpo ... imagina-te num local confortável que te traga serenidade ... sente o teu corpo calmo e liberto de tensões. Explora o TEU local e o que está à TUA volta ... cheiros, cores e com quem estás ... explora o ambiente o tempo que for necessário, leva o teu tempo ... agora de uma forma calma e tranquila regressa a este lugar ... agora muito mais tranquilo. Começa a sentir lentamente a tua cabeça, os teus ombros, mexe os dedos das mãos devagar, mexe os dedos dos pés, posteriormente começa a mexer muito lentamente os braços e as pernas, abre os olhos devagar e espreguiça-te ... regressa ao local onde estás...”*

Todos os jovens aderiram ao relaxamento com agrado, as duas sessões correram bem e dentro do que era espetável.

Na fase de partilha individual perante o grupo todos os adolescentes referiram sentimentos de bem-estar aquando da atividade.

Os adolescentes verbalizaram as seguintes palavras *“calma”*; *“serenidade”*; *“corpo mais relaxado”*; *“bem-estar”*; *“paz”*.

Relativamente aos locais escolhidos durante a imaginação guiada escolheram preferencialmente locais como: jardins e praias. Dos 9 adolescentes que participaram em ambas as sessões apenas dois se projetaram sozinhos nesses locais, os restantes verbalizaram que estavam acompanhados por amigos, pela família, com enfoque para os pais. No final foi pedido para repetir a sessão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manes, S. (2011). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora.

APÊNDICE 7

ANÁLISE DE INTERAÇÃO E PROJETO TERAPÊUTICO

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

Análise de Interação e Projeto Terapêutico

Ana Isabel Balixa Rosado

**Lisboa
Março 2021**

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

Análise de Interação e Projeto Terapêutico

Ana Isabel Balixa Rosado

Orientadores:

Professor Doutor Luís Nabais
Enfermeiros Orientadores

Lisboa

Março 2021

A large, solid green shape that starts as a thin line on the left and curves upwards and to the right, filling the bottom right corner of the page.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	6
2.1 Análise de interação	6
2.1.1 Análise da sequência de interação.....	8
3. PROJETO TERAPÊUTICO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

Após transmitir as dificuldades com que me deparava com a Enfermeira Especialista e Orientadora de estágio, considerou-se que seria pertinente elaborar análises de interação no processo de aprendizagem, de forma a perceber melhor o meu comportamento, a minha postura, o meu discurso e as minhas técnicas de comunicação verbais e não-verbais. O objetivo de elaborar as análises de interação: é melhorar o “estar em relação”, quais os aspetos que são positivos e quais os aspetos negativos que podem influenciar este processo. Segundo Sequeira e Sampaio (2020, p. 183) cit (Simões et al, 2010) *“a relação de ajuda formal/profissional assume-se como uma intervenção autónoma e psicoterapêutica no domínio da Enfermagem. Reúne um conjunto de características (...) exige planeamento, estruturação e objetivos bem definidos. (...) Surge para dar resposta a um diagnóstico (...) implica um setting específico e apenas pode ser executada por um profissional com formação específica.”*

O objetivo da relação de ajuda é dar o empoderamento à pessoa facilitando desta forma o juízo crítico. Esta interação é feita através de uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, um momento onde se pode ser aceite, compreendido e que ajude a encontrar estratégias para facilitar o processo de saúde.

O enfermeiro deve reunir determinadas características e habilidades terapêuticas quando está em relação, segundo Phaneuf são: aceitação, respeito, autenticidade, congruência, empatia, confrontação e conhecimento de si. Existem autores que acrescentam ainda a esperança, honestidade e confiança.

Refletir sobre os meus recursos e limites dentro da relação terapêutica permitiu-me perceber que há competências dentro da relação que apenas começaram a ser desenvolvidas agora: estratégias de negociação, técnica da entrevista, técnicas de comunicação verbal e não-verbal eo planeamento de intervenções de enfermagem específicas individualizadas.

Percebo e sinto que uma das minhas grandes dificuldades se depara no decurso de entrevistas não estruturadas, porque há receio de não devolver ao outro a resposta que ele precisa ou procura, ou devolver uma resposta que possa ser não adequada e que espolete e/ou aumente a situação de crise.

De acordo com Chalifour (2002, p.82) *“A entrevista inicial é um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com o objetivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado.”*

Este mesmo autor menciona que a análise de uma entrevista é o método adequado para o indivíduo que conduz a relação, pois permite uma visão retrospectiva das intervenções, nomear as suas vivências relativamente a um cliente e identificar os efeitos em si próprio.

Assim sendo, de forma a elaborar uma análise de interação que fosse o mais fundamentada possível baseei-me na obra de Chalifour (2008) *“A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda”*.

A situação que vou descrever aconteceu na sala de pausa do internamento com a adolescente “Daniela”, 24h após a sua admissão no internamento. Na análise de interação tento contemplar:

- O que percebo (do meio envolvente, de mim ou do que diz e faz a adolescente);
- O que percebi nessa altura e aquilo em que pensava enquanto a adolescente me falava e o que eu sinto;
- O que me motiva, as minhas intenções;
- O que eu digo e faço;

2. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A “Daniela” tem 14 anos, vive com a mãe, pai e um irmão mais novo. Tem um namorado virtual.

Entrou no serviço de urgência devido a ingestão voluntária de medicamentos.

É referido um quadro depressivo relacionado com *bullying* escolar e comportamentos autolesivo (CAL). É de salientar ainda que a “Daniela” faz restrição alimentar e têm episódios purgativos.

Há uma insónia inicial e intermedia associada a pesadelos noturnos.

Relação difícil com o pai devido a não aceitação da doença mental e física.

2.1 Análise de interação

A análise de interação aqui elaborada apresenta como objetivos, uma aprendizagem profunda sobre a relação e a intervenção terapêutica a ter com o outro e oferecer uma maior capacidade de reflexão, autoanálise, consciência e autoconhecimento.

Chalifour (2008) realça um conjunto de habilidades, atitudes e conhecimentos que o interveniente ou terapeuta deve ter para que se estabeleça a relação de ajuda. Phaneuf e Lazure corroboram com o autor, para Phaneuf (2004) deve haver *“atributos particulares que a enfermeira deve cultivar a fim de concretizar os seus objetivos de ajuda”* (p.335) para Lazure (1994) *“ser enfermeira exige mais do que o simples saber (ela pode memorizar) e do que saber-fazer (os gestos podem tornar-se perfeitamente automáticos). (...) a enfermeira deve também desenvolver o seu saber-ser tanto consigo própria como com o cliente (...).”* (p.9)

Percebi após observação, durante o pequeno-almoço que a “Daniela” se encontrava cabisbaixo, demorou imenso tempo a alimentar-se, e da refeição oferecida foi ingerido cerca de 1/3 da mesma.

Após o pequeno-almoço a “Daniela” sentou-se isoladamente no canto do sofá, apresentava humor deprimido, o *facies* triste e uma postura ligeiramente curvada e tensa. Apresenta um olhar observador perante o meio envolvente.

Sento-me perto da “Daniela” numa cadeira e abordo-a. O discurso é breve e hipofónico, apresenta dificuldade em dirigir o olhar. Fica desconfiada com a minha aproximação.

A interação demorou cerca de 30 minutos

Para que a análise de interação seja efetuada da forma mais correta vou transcrever o diálogo da forma mais autêntica possível.

Eu: Olá “Daniela” ainda não nos conhecemos... sou a Enfermeira Ana (“Daniela” em silêncio, cabisbaixo, não dirige olhar). Verifiquei que estavas sentada no canto do sofá, sozinha...

pareces-me desconfortável achas que podemos conversar? (esboço um pequeno sorriso, não visível porque estou de máscara).

Daniela: Entrei ontem (tom de voz aplicado é baixo) ...

Eu: Percebo e queres dizer-me como te sentes?

Daniela: Não sei...sinto-me estranha de estar aqui...e não quero estar aqui. (olha para mim triste, mas não consegue manter o olhar)

Eu: Compreendo que te sintas assim, acredito que não seja fácil. Como foi a tua noite, conseguiste dormir e descansar?

Daniela: Correu bem, consegui dormir e descansar.

Eu: Parece-me “Daniela” que o fato de teres conseguido descansar seja um aspeto positivo. (A “Daniela” mantém-se em silêncio, eu decido continuar).

Para perceber melhor o contexto de estares aqui internada, queres contar-me qual foi o motivo?

Daniela: Silêncio... olha para mim... (acena com a cabeça que não)

Eu: Respeito e percebo que por vezes seja difícil falar sobre determinados assuntos, no entanto, quero que saibas que estou aqui para te ouvir e ajudar naquilo que estiver ao meu alcance.

Daniela: Ok...Enfermeira Ana eu tomei comprimidos, mas não quero falar sobre isso agora.

Eu: Percebo “Daniela” acabámos de nos conhecer, vou respeitar a tua decisão.

Daniela: Ok...obrigado...prefiro assim.

Eu: E o que mais gostas de fazer?

Daniela: Gosto muito de ouvir música (postura menos tensa, mais descontraída).

Eu: Que tipo de música ouves?

Daniela: Metal e Rock, gosto muito de R.E.M, Radiohead, Scorpions, Metalica. (Mencionou ainda outros grupos que não conhecia)

Eu: Eu não oiço música metal e não conheço os grupos que mencionaste, queres mostrar-me? A “Daniela” acenou que sim, ficou menos tensa e mais permeável à relação.

Dirigimo-nos até à sala dos computadores onde estivemos algum tempo a ouvir música e a comentar as mesmas.

Foi um momento descontraído que deu para o estabelecimento da relação. Posteriormente despedi-me dizendo “*Obrigado Daniela pela tua partilha, gostei muito de conversar contigo ese sentires necessidade podemos sempre conversar*”. (esboço um sorriso)

2.1.1 Análise da sequência de interação

Área de desconforto apresentado pela Daniela: revela alguma inquietude e alguma tensão face à minha questão “motivo de internamento”, percebo de imediato que não quer falar sobre o motivo de estar internada e que lhe causa desconforto abordar o tema.

Objetivos da entrevista: compreender e avaliar qual o foco de intervenção, de forma a elaborar um plano de cuidados individualizado.

Tema dominante: Nesta primeira interação não consegui que a “Daniela” falasse espontaneamente sobre o motivo de internamento, não consegui perceber se havia alguma crítica face ao processo psicopatológico.

Qual o clima emocional quando surgiu o tema dominante? senti alguma retração e tensão por parte da “Daniela”.

Eu senti desconforto com os períodos de silêncio, pareceram-me na altura demasiado longos. No decorrer da interação o ambiente ficou mais empático.

Motivo que me levou a escolher esta entrevista: Escolhi este momento porque tenho dúvidas sobre a minha interação com a “Daniela”, questiono-me se foi a mais adequada, uma vez que, não nos conhecíamos.

No início da entrevista informal sentia-me tranquila, mas à medida que a interação decorreu considero que os silêncios por parte da “Daniela” me trouxeram alguma angústia.

Não consegui explorar o que a “Daniela” estava a sentir. Senti que estava tensa e pareceu-me triste. Percebi que para estabelecer a relação com a “Daniela” não podia ser muito invasiva, assim sendo, paro de explorar o motivo de internamento.

Não consigo clarificar com a “Daniela” o que sente e pensa.

Sinto que fui adequada nas respostas devolvidas à “Daniela”, no entanto, o fato de a mesma não querer falar sobre o assunto faz-me sentir perder o controlo da interação, facultando-me alguma insegurança.

Respeito o receio e a desconfiança por parte da “Daniela” porque não me conhece, nem percebe qual a minha intencionalidade.

Se a tivesse questionado agora penso que tentaria explorar melhor os seus gostos e sentimentos, e só posteriormente abordaria os motivos de internamento.

Quais as principais questões que me coloco relativamente ao desenvolvimento desta entrevista? Será que consigo ajudar a “Daniela” neste processo? Será que consegui transmitir alguma segurança à “Daniela” para que possa confiar em mim? Terei conseguido nalgum momento aproximar-me efetivamente da dimensão afetiva da “Daniela”.?

Quais as principais questões que coloco sobre a “Daniela” nesta entrevista? Até que ponto foi benéfico para a “Daniela” eu questioná-la sobre o motivo de internamento?

Quais as contradições ou concordâncias ao longo desta entrevista? A maior contradição que vivi foi do ponto de vista afetivo, quando confronto a “Daniela” denoto que fica incomodada etensa, não dirige o olhar, percebi que era uma reação genuína com receio em se expor. Retraí-me a certa altura e não insisti na temática por achar que seria difícil para a “Daniela” expor-se e porque posteriormente queria continuar a minha intervenção terapêutica.

Relativamente às concordâncias, creio que a minha postura transmitiu que estava atenta, preocupada e com vontade de a ajudar neste processo. Considero que respeitei o seu silêncio eo fato de não querer falar no assunto.

Esteve mais centrado sobre si próprio, sobre a “Daniela” ou sobre o problema? Considero que me concentrei mais na “Daniela” e dei ênfase à sua expressão não-verbal.

O que é que não percebeu? Como explica este aspeto? De que forma os seus pensamentos prejudicaram ou não a sua compreensão sobre aquilo que o cliente comunicava?

Considero que por vezes posso ter transmitido através de comunicação não-verbal alguma mensagem menos adequada porque os longos silêncios deixaram-me incomodada.

Percebi de imediato que a “Daniela” não estava muito disponível nem permeável para a interação, posso considerar que eventualmente invadi o seu espaço, e que devido a essa invasão ela não me volte a procurar.

Ao longo da entrevista teve consciência de se ter distraído? Sentir-se aborrecido? Sentir sono? Durante a entrevista não senti que o ambiente exterior me distraísse. Não senti sono ou aborrecimento. Queria muito fazer aquela entrevista e estabelecer a relação, independentemente da dificuldade inerente.

O QUE PERCEBO	O QUE PENSO	O QUE SINTO	AS MINHAS MOTIVAÇÕES TÉCNICAS E AVALIAÇÃO	COMPORTAMENTOS VERBAIS E NÃO- VERBAIS
No início da sequência refere: “<i>Não sei...sinto-me estranha de estar aqui...</i>” face ao que sente no “aqui” e no “agora”, percebo que a “Daniela” está com receio de expor os sentimentos e que não os quer verbalizar.	Penso: será que vou conseguir prosseguir com a interação?	Sinto receio de não conseguir ajudar a “Daniela”. Sinto que está triste, tensa e angustiada, mas que não pretende partilhar comigo. Sinto que posso estar a ser invasiva.	Procuro estar disponível para escutar e compreender a “Daniela”. Aceitação face ao que é dito pela “Daniela”. Tento mostrar empatia pelo que está a vivenciar. Quero que perceba que estou atenta. Tento clarificar o motivo de internamento.	Assimilo que poderá realmente ser algo demorado e encosto-me ligeiramente na cadeira, adotando uma postura de disponibilidade “<i>Compreendo que te sintas assim. Como foi a tua noite, conseguiste dormir e descansar?</i>” Durante esta sequência olho diretamente para a “Daniela” para que perceba que pode ou não prosseguir. Tenho as mãos no colo e quando fico mais tensa fico com a sensação de não saber como as gesticular. A “Daniela” apresenta-se apreensiva e tensa, postura curvada e com poucos movimentos associados. Não dirige o olhar, cabisbaixo. Fácies com pouca expressão.

<i>“Correu bem, consegui dormir e descansar.” (mantém dificuldade em dirigir o olhar, o discurso é breve e provocado).</i> Silêncio é adotado muitas vezes pela “Daniela” Quando questionada pelo motivo de internamento: Silêncio... olha para mim... (acena com a cabeça que não). Decide posteriormente responder: <i>“Ok...Enfermeira Ana eu tomei comprimidos, mas não quero falar sobre isso agora”.</i>	Penso como a vou conseguir estabelecer a relação? Tenho dúvidas se estou a ir ao encontro dos objetivos da entrevista. Parece-me que a “Daniela” tem consciência do seu comportamento, que este se reflete de forma negativa. É doloroso falar sobre isso e tenta fugir ao tema, porque lhe causa sofrimento.	Sinto alguma insegurança. Tento não perder o controlo do estabelecimento da relação. Receio de avançar e ser intrusiva.	Dou <i>feedback</i> positivo porque dormiu bem. Eventualmente não devia ter feito perguntas tão fechadas, se a pergunta for aberta há mais hipótese para o discurso fluir. Continuo tentativa de exploração, que é pouco eficaz.	<i>“Parece-me “Daniela” que o fato de teres conseguido descansar seja um aspeto positivo.</i> <i>Para perceber melhor o contexto de estares aqui internada, queres contar-me qual foi o motivo?”</i>
--	--	--	---	--

Como a “Daniela” não quer abordar questões mais sensíveis, tento explorar os seus gostos, ela fica mais descontraída e mais permeável. No final da interação, considero que a mesma foi positiva e deixo espaço aberto para repetir.	Penso e sinto que consegui estabelecer uma relação de continuidade.	Sinto que explorei o que me foi permitido. Se tivesse mais experiência talvez conseguisse reformular as perguntas de outra forma.	Transmiti compreensão e empatia.	<i>“Percebo “Daniela” acabamos de nos conhecer, vou respeitar a tua decisão”.</i> Quando mudamos o tema da conversa o momento fica mais descontraído e considero ganhei confiança para que a relação prossiga. Posteriormente despedi-me dizendo: <i>“Obrigado Daniela pela tua partilha, gostei muito”</i>, mostrando disponibilidade para conversar sempre que sinta necessidade. O ambiente no final é tranquilo.
--	--	--	---	--

Considero que a tabela elaborada reflete concisamente os sentimentos e emoções que experimentei nesta breve interação. Relativamente ao meu comportamento não-verbal, tentei estar tranquila e adotar uma postura que fosse profissional, mas ao mesmo tempo descontraída, com o intuito que se perceba a diferença de papéis.

No decurso da interação, considero que a distância física foi a adequada e promoveu o envolvimento, ainda que se respeitasse a distância íntima de cada um de nós.

O tom de voz foi o adequado e ajustado. Os períodos em que estive mais expectante e inquieta estão associados aos silêncios da “Daniela”, mas considero que nem sempre foram identificados.

Sinto que perco o controlo da interação com os “silêncios” consequentemente dão origem aos meus silêncios.

Considero que não consigo explorar e aprofundar a temática porque a “Daniela” fica tensa e desconfortável. A busca da clarificação obriga a “Daniela” a ficar mais próxima de si, pelo que este suporte deve ser doseado, considero que não houve equilíbrio nesta estratégia pois a “Daniela” retraiu-se. Chalifour descreve a clarificação como sendo uma técnica que deve ser usada de forma cautelosa e nunca no início da relação.

Segundo Chalifour (2008) existem comportamentos por parte do cliente que podem levar o interveniente a perder o interesse e quando tal acontece o plano terapêutico fica em risco.

O mesmo autor descreve “compaixão” como valor central nos cuidados, ou seja, significa mais do que compreender o sofrimento do outro, é saber o que se pode fazer para aliviar, é reconfortar, é dar força.

Pode-se até considerar que é um conceito próximo da compreensão empática, pois o interveniente coloca-se no lugar do cliente e reconhece a sua individualidade. Esta atitude elucida o interveniente sobre a melhor forma de ajudar e aceitar o outro. Apesar da interação ter sido breve considero que esta foi uma das técnicas utilizadas.

A maior consciencialização de como corre a interação é transcrever da forma mais autêntica o que se passou, é enriquecedor confrontar-me. A confrontação vai permitir-me estar mais atenta aquando da realização de futuras interações.

O meu tronco inclinou-se para a frente e tirei as costas da cadeira quando senti necessidade de demonstrar que estava atenta à forma de comunicar da “Daniela”.

Relativamente à consciência dos comportamentos não-verbais da “Daniela”, estive atenta aos seus olhos, face e postura, considero que a postura verbal é congruente com a não verbal.

Sinto que foi estabelecida relação, e considero que através do confronto levei eventualmente a “Daniela” a pensar nas suas emoções e sentimentos e a expressá-los, transpondo-os para o

“aqui” e “agora”. Penso que a proximidade na relação foi mais evidente quando começamos a falar de música.

Por vezes senti-me perdida nos meus pensamentos, portanto refletir sobre os meus recursos enquanto interveniente permite-me perceber quais são as áreas e habilidades da comunicação que ainda precisam ser desenvolvidas e trabalhadas.

Sinto que abordei um tema sensível e suscetível de ser trabalhado e que é importante tomar consciência de como poderá ser abordado posteriormente.

3. PROJETO TERAPÊUTICO

No contexto de estágio tenho tentado seguir as etapas do processo de enfermagem recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), adaptada aos diagnósticos NANDA e às intervenções NIC. Em saúde mental, e como refere Amaral (2010), estabelecer diagnósticos de enfermagem surge de um trabalho de co construção, a nível consciente, de acordo com a realidade quotidiana do cliente realçando principalmente, as reações do cliente tal como por ele são vividas e experienciadas.

Assim sendo a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e respetivos focos tem sido efetuados numa perspetiva relacional e de acordo as manifestações observadas ou fornecidas pelas crianças e ou adolescentes.

As intervenções estabelecidas para a “Daniela” tentam ir ao encontro das necessidades avaliadas. O enfermeiro deve facultar o processo de recuperação, deve servir de âncora, mas não deve criar uma relação de dependência, visto que, o objetivo é ajudar a criar estratégias no seu processo de reabilitação.

O Projeto Terapêutico da “Daniela” contempla os seguintes diagnósticos de acordo com a CIPE® (ICN, 2017):

- Comportamento autodestrutivo;
- Risco de tentativa de suicídio;
- Autoimagem comprometida;
- Autocontrolo comprometido;
- Processo familiar comprometido;
- Dificuldades na socialização;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
Relacionado com Comportamento Autodestrutivo: -Autolesão intencional não letal; -Sentimentos de desesperança e de desvalorização; -Pensamentos persistentes sobre necessidade de autolesão; -Insónia persistente;	-Oferecer apoio emocional; -Focalizar os aspetos positivos ou fatores de proteção; -Focalizar os sentimentos de ambivalência; -Explorar alternativas de comportamento; -Orientar sobre medidas de prevenção; -Avaliar risco de suicídio;
Relacionado com Risco de tentativa de suicídio: - Tentativa de suicídio anterior; -Revelação de desespero; -Existência de pensamentos persistentes sobre a necessidade de autolesão; -Avaliar a intencionalidade do comportamento autodestrutivo	- Executar apoio emocional; - Executar escuta ativa; - Orientar sobre estratégias de redução de risco de suicídio: • Explorar sentimentos e pensamentos em grupo e de forma individual; • Focalizar fatores de proteção; • Explorar alternativas ao comportamento autodestrutivo; • Envolver família ou pessoas significativas; • Avaliar e explorar a intencionalidade do comportamento autodestrutivo;
Relacionado com Autoimagem comprometida (inclui “Baixa autoestima” e “Imagem corporal perturbada”): -Revela opinião ou imagem mental de si próprio em dissonância com a realidade; -Revela pensamentos negativos sobre si ou sobre o seu desempenho; -Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas;	- Encorajar a identificar as suas forças; - Reforçar forças pessoais identificadas pelo utente; - Assistir na procura da autoaceitação; - Evitar critica negativa; - Encorajar a lidar com <i>bullying</i> ou outras provocações; - Assistir na definição de metas realistas que permitam aumentar a autoestima; -Explorar sucessos prévios; -Reforçar positivamente a participação e o sucesso nas atividades recreativas ou terapêuticas promovendo uma imagem positiva de si na relação com os outros;

	- Promover atividades terapêuticas que facultem a assertividade, autoconsciencialização e autoconceito;
Relacionado com Autocontrole Comprometido: - Revela incapacidade para se controlar (cortes ou comportamentos purgativos);	- Ensinar sobre estratégias de autocontrole; - Executar apoio emocional; - Executar intervenção de promoção de um controlo de impulsos efetivo: • Ajudar a identificar o problema; • Auxiliar a escolher a ação mais eficaz; • Auxiliar a avaliar a maneira como resultados malsucedidos poderiam ter sido evitados por outras escolhas comportamentais; • Ensinar a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente; • Implementar e treinar estratégias identificadas e utilizar o reforço positivo; - Promover a expressão de preocupações/sentimentos/emoções em momentos individuais ou de grupo;
Relacionado com Processo familiar comprometido: -A família não se consegue adaptar construtivamente à crise;	- Avaliar a qualidade das relações familiares de forma a compreender a dinâmica familiar e como os membros atuam tanto enquanto indivíduos como enquanto unidade familiar; - Promover envolvimento familiar, de forma a estimular a interação familiar; - Mediar diálogo entre os elementos da família; - Ajustar expectativas dos pais em relação ao processo de doença;
Relacionado com Comportamento interativo comprometido: -Número de contatos sociais reduzidos; -Contatos interativos prejudicam o cumprimento das atividades de vida diárias; -Isolamento; -Dificuldades interpessoais no contexto escolar;	- Treinar competências sociais reforçando a participação em atividades de grupo, mediando relações sociais; - Trabalhar estratégias de regulação de relações com os outros, colocando limites saudáveis; - Treinar habilidades de comunicação;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existenciais – humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Loures: Lusodidacta;
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa.