

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre e do plano curricular do VI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este integra o desenvolvimento de um relatório de estágio, com objetivo major de desenvolver competências de enfermeira especialista, e posterior discussão pública para obtenção do grau de mestre.

O enfoque na temática, *“Gestão dos comportamentos agressivos na criança em transição para a adolescência”* deveu-se, ao número crescente de internamentos de crianças/adolescentes com esta problemática numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA) e Hospital Dia da Infância (HDI), contextos em que foi desenvolvido o relatório de mestrado. A seleção dos locais de estágio teve por base o próprio projeto individual, que se encontra profundamente relacionado com o meu percurso, visto que desde o curso de Licenciatura comecei a interessar-me, tanto pela área de Saúde Mental e Psiquiatria – Estágio de Pedopsiquiatria – como da Saúde Infantil e Pediatria.

Face à crescente importância da transição da criança para a adolescência e perante o público-alvo encontrado nos locais de estágios, o título deste relatório necessitou de ser alterado de *“Gestão dos comportamentos agressivos em criança em idade escolar”* para *“Gestão dos comportamentos agressivos na criança em transição para a adolescência”*.

Neste relatório existiu uma profunda reflexão, em torno daquilo que seria a área de intervenção e desenvolvimento de conhecimentos, foi exaustivo e rigoroso, partindo daquelas que senti serem as necessidades da UIPIA e do HDI. O conhecimento em enfermagem requer o desenvolvimento da prática baseada na evidência, deve ser *“orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (...) em projetos de investigação, que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Da pesquisa bibliografia e no confronto com a realidade verifica-se, até ao momento, na UIPIA a existência de intervenções definidas para as crianças em situação de crise. Por outro lado, verificou-se a necessidade de intervir com as famílias e necessidade de tomar conhecimento de outras realidades, de forma a perceber estratégias utilizadas para esta temática. Em Portugal existem duas UIPIA'S, tendo o meu estágio sido desenvolvido num desses internamentos. Para além do estágio, existiu ainda a oportunidade de visitar o outro contexto, no intuito de conhecer as diferentes realidades e abordagens deste problema.

Conhecidos os diferentes contextos e após momentos de partilha de experiências e reflexão, foi desenvolvido um estágio em contextos diferentes, elaborados dois estudos de caso, prestados cuidados especializados e fomentados momentos de supervisão quer com o orientador, quer com o professor.

Após reflexão conjunta, houve ainda a possibilidade de elaborar uma intervenção junto da família, do cliente com comportamentos agressivos e violentos. Contudo, sendo esta intervenção transversal às famílias de outras crianças – com outro quadro clínico – foi proposto durante o estágio que esta intervenção fosse colocada a todas as famílias, na UIPIA.

Relativamente à componente da prática clínica dos estágios – Comunitário e Hospitalar – tiveram como objetivo o desenvolvimento de competências clínicas, de acordo com o RCEEEESM¹, (OE, 2010), para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP). No estágio comunitário foram realizadas intervenções no âmbito dos cuidados psicoterapêuticos e socioterapêuticos, num grupo terapêutico inserido na comunidade, e no culminar de cada sessão, realizado um registo sobre o vivido no grupo. Neste contexto, também foi realizado um estudo de caso de uma das crianças do grupo terapêutico. O estágio hospitalar consistiu na prestação de cuidados à criança e sua família, em situação de crise. Durante esse período, com o propósito de aprofundar a capacidade de reflexão crítica quanto à prestação de cuidados, fui enfermeira responsável de duas crianças

¹ Conforme o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2010), em Anexo 1.

internadas na UIPIA, tendo refletido por escrito as minhas intervenções e realizado um estudo de caso de uma das crianças.

A teórica escolhida para dar sustento ao projeto foi Afaf Meleis, uma vez que a sua teoria é passível de ser articulada com a importância das intervenções de enfermagem nas crianças/adolescentes com comportamentos agressivos e violentos. Face às respostas que as crianças dão aos eventos de vida, quer associados ao desenvolvimento, quer aos processos saúde-doença existem intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros.

Ao nível da sua estrutura o relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, o primeiro sobre enquadramento conceptual o segundo referente ao estágio, no qual descrevo, reflexivamente, o meu percurso no contexto comunitário e hospitalar. No terceiro capítulo, uma proposta de intervenção de enfermagem especializada junto da família de crianças em contexto de internamento. No quarto capítulo a abordam-se as considerações éticas e as conclusões deste relatório.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo apresenta o enquadramento conceptual que fundamenta este trabalho. Para tal, foram mobilizados diversos conceitos entre os quais, a Criança e Adolescente, a Agressividade e Violência como também, Teoria das Transições de Afaf Meleis.

1.1. Criança/Adolescente

Um dos conceitos em foco neste relatório é o conceito **criança**. Entende-se que ser criança é viver como tal, varia consoante as culturas, os grupos sociais e as condições socioeconómicas do grupo a que se pertence (Martins, 2004). A criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos (United Nations Children's Fund, 1990). Podemos entender a infância como uma situação transitória necessária neste percurso de crescer (Martins, 2004).

Com a entrada na puberdade existe a transição de criança para pré-adolescente. Este início de adolescência designado de **pré-adolescência**, refere-se à idade compreendida entre os 10 a 13, à faixa etária de 9 a 12 anos em meninas e de 10 a 13 anos em meninos (Breinbauer, & Maddaleno, 2005).

Por seu turno, a **adolescência** é um período de desenvolvimento mais investigado, e considerado um grupo etário vulnerável (Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues, & Tremarin, 2007). “*Adolescere*” vem do latim e significa crescer, logo a adolescência é descrita pela idade da passagem da infância para a vida adulta. É habitual afirmar que o adolescente é criança e adulto ao mesmo tempo (Marcelli, & Braconnier, 2000).

Observa-se, ainda, que durante a adolescência, o relacionamento com pares e amigos transforma-se no determinante mais forte do valor do *self*² (Shaffer, & Kipp, 2009). Esse processo é acompanhado de um afastamento natural do núcleo familiar (Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002). Já na pré-adolescência, apesar de verificar-se um aumento da influência dos pares e amigos sobre a maneira de ser e de compreender as experiências (Breinbauer,

² Self = em si mesmo

& Maddaleno, 2005), a família ainda exerce uma influência predominante. É possível que a maneira de regular emoções do pré-adolescente receba influência da família, se ele tem o hábito de compartilhar e relembrar as suas experiências em casa.

A adolescência é o termo utilizado para designar uma fase do desenvolvimento humano que é caracterizada por transformações físicas e psicológicas (Santrock, 2004).

À medida que as crianças crescem, formam uma rede cada vez mais diversa de relações interpessoais. Os laços estabelecidos com pessoas da mesma idade executam uma função significativa na vida dos adolescentes (Schaffer, 2004).

Um dos papéis mais relevantes do grupo de pares consiste em ser uma fonte de informação sobre o mundo externo à família. O grupo de pares proporciona aos adolescentes um “espelho” dos seus comportamentos (Santrock, 2004), isto é, é com o grupo de iguais que passam a maior parte do tempo e fortalecem muitas das aprendizagens elaboradas no ambiente familiar.

As experiências dos adolescentes com os seus pares apresentam implicações no seu auto-conceito e, portanto, nas características de personalidade que ela desenvolve (Schaffer, 2004).

Um dos temas investigados na adolescência e com impacto na sociedade é a Agressividade. Diversos investigadores de diferentes perspetivas de pesquisa acerca da adolescência empenharam-se no estudo da agressividade, nos seus componentes, manifestações e intervenções terapêuticas, bem como na tentativa de prevenção da violência, sobretudo ao considerar-se a realidade sociocultural contemporânea e os prejuízos intensos que os transtornos do comportamento ligados a dificuldades de gestão da agressividade causam nesta fase da vida humana (Townsend, 2011). Frequentemente, os fatores de risco do desenvolvimento manifestam complicações graves no crescimento normal durante a adolescência, exigindo atenção especial dos profissionais de saúde mental em investigações de práticas que os previnam.

Considerando infância e adolescência como um período crítico de desenvolvimento no ciclo de vida, associados a vulnerabilidade acrescida face ao desenvolvimento de patologias do foro mental (World Health Organization, 2010), existe também uma tendência crescente para o recurso a contextos de internamentos, como meio para permitir a recuperação da saúde e autonomia, constituindo-se assim faixas etárias como áreas chave de preocupação para os profissionais de saúde.

Assim, verifica-se nos últimos anos, uma maior importância na prevenção de distúrbios de saúde mental, bem como da promoção da saúde mental, nomeadamente no que se refere às perturbações de comportamento. Muitos estudos científicos demonstram que 50% das crianças, em idade pré-escolar, evidenciam problemas comportamentais, como a agressividade, continuando a exibir o mesmo padrão de comportamento no decorrer da infância e no início da adolescência (WHO, 2005).

1.2. Agressividade/Violência

A **agressividade** é um conceito muito estudado e descrito por diferentes teóricos. Muitas das definições da literatura sugerem a agressividade como “uma ação dirigida com o objetivo de magoar ou infringir dano numa pessoa ou objeto específico” (Kassinove, & Tate, 2002, citado por Townsend, 2011, p. 187). A agressividade consiste numa característica inerente e vital à espécie, podendo ser entendida como um vínculo que confere espaço pessoal, pois uma agressividade bem gerida e dirigida, pode ser entendida como assertividade, passando pelo reconhecimento e pela aceitação das diferenças (Carvalho et al, 2014). As expressões de agressividade são influenciadas pelas características pessoais, fatores culturais, regras sociais e idade (Collette, 1971). Sendo desta forma difícil de definir pelas suas influências subjetivas, um construto multideterminado e inerente ao ser humano, e com uma forte carga comunicacional (Gomez, 2005). A agressividade não deve ser explicada isoladamente e, como tal, existem influências, designadamente a família e o grupo de pares. Os pares emergem como um marco na vida dos jovens, já que são eles a ponte entre a família e a restante sociedade (Goetz, & Vieira, 2009).

Contudo, sendo a agressividade inerente ao ser humano (Filliozat, 1997), pode ser definida como um comportamento adaptativo, entendido como a utilização de força física ou verbal em reação a uma percepção de ameaça ou sentimentos de frustração (Gagliotto, Berté, & Vale, 2012). Quando a agressividade é transposta para os processos de competitividade entre a espécie humana, ela pode ainda ser entendida como constitutiva, subjetiva, necessária ou mesmo criativa (Pietro, & Jaeger, 2008 citados por Gagliotto et al., 2012).

A manifestação de comportamentos agressivos pode ainda estar associada a fatores inerentes ao desenvolvimento sócio-emocional, assim como a condicionantes patológicas, as quais podem surgir na infância e na adolescência (Barros, & Silva, 2006; Townsend, 2011; Varcarolis, 2013).

Ao invés da agressividade, a **violência** é definida como um comportamento utilizado para fins destrutivos, constituindo-se como um processo de anulação do outro. É assim, um comportamento intencional, uma escolha própria (Anderson, & Bushman, 2002), ou seja, consiste numa transgressão aos sistemas de normas e valores, dando origem a uma agressão à integridade da pessoa, sob forma de violência física, psicológica, sexual ou de negligência e privação (Carvalho et al., 2014). Este conceito divide-se em três grupos distintos: a **violência autodirigida/auto-agressividade** que inclui atos suicidas e outros comportamentos autolesivos; a **violência interpessoal/heteroagressividade**, existindo duas subcategorias, a violência familiar/violência entre parceiros/as íntimos/as – em que as pessoas que são vítimas estão incluídos maus tratos a crianças e jovens – e a violência na comunidade – incluindo violência juvenil, atos fortuitos violentos; a **violência coletiva** podendo ser de caráter social, político ou económico, referindo-se a grupos alargados de indivíduos ou pelo próprio estado (Carvalho et al., 2014).

As designações “agressividade” e “violência” constituem assim, expressões para descrever comportamentos que, se forem persistentes e repetitivos, podem ser associados a um padrão de “comportamento difícil”, “alteração do comportamento”, ou, até mesmo de “perturbação do comportamento”. A American Psychiatry Association (2014) classifica esta última

definição como uma perturbação que surge, habitualmente, na primeira/segunda infância ou na adolescência. Neste sentido, a Coordenação Nacional de Saúde Mental (2008), refere-se à perturbação do comportamento na criança como um “grupo complexo de situações” (p.22), identificadas por um padrão persistente de “dificuldade em aceitar regras; passagens aos atos agressivos, desencadeadas frequentemente por situações de frustração e comportamentos antisociais de gravidade variável” (p.22).

Alguns autores aludem para o comportamento de *acting out*³ ou passagem ao ato na infância e adolescência, como um mecanismo de comunicação não-verbal e de defesa contra a ansiedade, mas também de descarga ou alívio da tensão interna do *Self* (Bion, 1965 citado por Verzignasse, 2008).

Relativamente à causalidade, os padrões disruptivos do comportamento manifestados pela criança e adolescente são multideterminados, desenvolvendo-se a partir de interações complexas entre o seu temperamento, o seu ambiente, fatores psicológicos, sociais e neurobiológicos, os quais, podem estar associados simultaneamente.

O uso de drogas, em particular nos adolescentes, é também um precipitante de comportamentos disruptivos e agressivos, quer pela diminuição do discernimento, aumento da irritabilidade e desinibição comportamental que provocam, como pela exposição a situações ameaçadoras (Thomas, & King, 2002 citado por Queirós, 2008).

A alteração do comportamento manifestada por auto ou heteroagressividade pode ser resultado de uma reagudização de um transtorno pré-existente ou a primeira crise que determina o início de um quadro do foro psiquiátrico. Contudo, mesmo sem a presença de um quadro clínico psiquiátrico, a criança/adolescente pode apresentar comportamentos agressivos reativos a situações de crise familiar, social ou pessoal, sendo nestes casos geralmente crises isoladas (Scivoletto, Boarati, & Turkiewicz, 2010).

³ Substituição momentânea do pensamento pela ação, onde domina o caráter impulsivo, e a incapacidade para raciocinar.

Ainda neste sentido, um importante fator de risco para o aparecimento de alterações do comportamento e crises de agressividade é a existência de dificuldades no controlo de impulsos (Queirós, 2008). A impulsividade é um sintoma comum a diferentes quadros psiquiátricos como: perturbação de hiperatividade e défice de atenção, mania, perturbação da conduta, deficiência mental, autismo e outras perturbações do desenvolvimento, estados psicóticos especialmente os que são caracterizados por mania, conteúdos paranoides ou alucinações de comando, que também associam-se a comportamentos agressivos (Varcarolis, 2013).

A criança e o adolescente podem expressar comportamentos agressivos por diversos fatores entre os quais: querer receber ou chamar atenção para si; expressar as suas dificuldades de adaptação ou de compreensão do mundo em que vive; ser compreendida na sua maneira peculiar e simples de ser; expressar sentimentos de raiva legítimos por causas reais e imediatas; expressar sentimentos de raiva legítimos por causas conhecidas ou não, de factos já acontecidos e não assimilados; expressar sentimentos de insegurança, inferioridade, baixa autoestima; expressar a sua ansiedade por não entender o funcionamento do esquema social em casa, na escola, onde quer que ela viva; expressar sentimentos de rejeição, devido a ninguém lhe dar a devida atenção ou valor; expressar a sua inabilidade em expressar os seus profundos e verdadeiros sentimentos com relação às pessoas e situações; expressar identificação com a figura paterna ou materna repetindo comportamentos agressivos que observa constantemente; expressar ciúmes em situações que envolvam irmãos ou pessoas com as quais tenha que dividir a atenção e o amor dos pais; autoafirmar-se em situações que envolvam disputas de poder: no lar, entre irmãos ou na escola, entre os colegas (Locatelli, 2004, p. 59-60 citado por Gagliotto et al., 2012).

Desta forma, a agressividade pode ter na sua causa, fatores internos, externos e situacionais (Anderson, & Bushman, 2002; Duxbury, 2003). Contudo, face à gravidade associada ao comportamento evidenciado, a agressividade exige que seja analisada numa perspetiva a longo prazo.

É de salientar, que a magnitude e pertinência da problemática reside no facto de a maioria das agressões cometidas durante a adolescência e a idade adulta estarem intimamente ligadas a jovens que manifestaram uma conduta agressiva desde a sua infância (Barry, & Lochman, 2004; Department of Community Services, 2004). Estes autores referem ainda que o melhor preditor comportamental de condutas agressivas na adolescência e idade adulta é fornecido por um padrão de agressão física consistente no contexto escolar da infância.

A temática da agressividade em contextos de saúde mental tem sido alvo da atenção de grupos profissionais e governamentais (Bowers, et al., 2009), como também desenvolvidas estratégias ao nível das políticas de saúde. Em Portugal, podem ser constatados esses esforços em documentos emanados pela Direção Geral de Saúde (DGS) tais como a Circular Informativa n.º 15/DSPCS (2006), a Circular Normativa n.º 08/DSPSM/DSPCS (2007) ou mais recentemente a Orientação n.º 21 (2011), ou o Parecer nº212/ 2009 da OE (2009).

Neste sentido, a agressividade é inevitável (Whittington, & Richer, 2006), fazendo parte da condição humana, afetando inerentemente os profissionais e clientes das instituições prestadoras de cuidados de saúde (Abderhalden, Needham, Friadli, Poelmans, & Dassen, 2002; Duxbury, Bjorkdahl, & Johnson, 2006; Maguire, & Ryan, 2007; Abderhalden, 2008; Bilgin, 2009).

Visto que as perturbações do comportamento são situações psicopatológicas complexas e de difícil tratamento, a deteção precoce e a implementação de medidas de vigilância e apoio às famílias em risco parecem ter resultados mais encorajadores do que atuações mais tardias (Pardilhão, Marques, & Marques, 2009).

O prognóstico das perturbações do comportamento é variável, dependendo da sua gravidade, bem como do número e tipo de sintomas. Casos com sintomatologia múltipla, de gravidade moderada a severa e com disfunção familiar coexistentes, podem evoluir para perturbações da personalidade na idade adulta (Pardilhão et al., 2009).

Sendo de extrema importância, intervir na gestão dos comportamentos agressivos nas crianças/adolescentes, em meio hospitalar ou noutras instituições, envolvendo a criança/adolescentes, a família e os enfermeiros no processo.

A elevada prevalência de incidentes agressivos, assim como eventuais repercussões físicas e mentais para os clientes, indica-nos de forma clara a necessidade de estudos e métodos que possam predizer e conseqüentemente prevenir a ocorrência de comportamentos agressivos. A fim de reduzir a problemática da agressividade nas unidades de psiquiatria, são necessários bons métodos de avaliação do risco, usando quer a informação clínica, quer a informação sistemática de forma a orientar as intervenções e prevenir novos episódios de agressividade (Almvik, 2008).

1.2.1. Intervenções de enfermagem na agressividade

A **intervenção de enfermagem** perante fenómenos agressivos, ainda que suscetível de ter por base uma intervenção uniformizada não é de todo estanque. Sendo as medidas comunicacionais as mais importantes a ser mobilizadas, também a agressividade em si pode ser interpretada como um modo de comunicação, intimamente associada a processos de transferência⁴ e contra-transferência⁵. Assim, na intervenção realizada, é de todo importante, reconhecer os nossos limites, a nossa tolerância, pois o enfermeiro permite o emergir da sua personalidade pelo seu próprio auto-conhecimento como meio de interação com o cliente. Os enfermeiros ao estarem em interação com a criança/adolescente por longos períodos de tempo avaliam a maioria dos incidentes agressivos como previsíveis, baseando-se na observação clínica do cliente antes da ocorrência do incidente (International Society of Psychiatric Mental Health Nurses, 2010). Assim, na literatura são identificadas uma variedade de intervenções para prevenir e gerir o risco de violência (Sande et

⁴ É um conjunto de sentimentos positivos ou negativos, que o cliente dirige ao terapeuta, fundamentados nas experiências que este teve na sua vida, dando origem a um processo pelo qual os desejos inconscientes do cliente se atualizam no terapeuta. (Townsend, 2011)

⁵ É o fenómeno da totalidade das emoções e sentimentos que o paciente faz surgir no terapeuta, ou seja, é um conjunto das reações inconscientes do terapeuta ao cliente e, mais particularmente, à transferência deste. (Townsend, 2011)

al., 2011). Apesar disto, estas intervenções permanecem como um desafio para o profissional (Bonner & Wellman, 2010), que considera a gestão eficaz de situações críticas, como o risco de auto e heteroagressividade, serem denominadas de emergência psiquiátrica (Canadian Federation of Mental Health Nurses, 2006).

As intervenções de enfermagem na prevenção e gestão da agressividade encontram-se associadas com as três fases da violência e da agressividade, sendo elas denominadas de: fase de relativa normalidade, fase de pré-agressão e fase de ataque (Townsend, 2011).

Na primeira fase, **fase de relativa normalidade**, a intervenção centra-se na observação do cliente, a fim de identificar um potencial agressivo através de comportamentos manifestados ou sinais de alarme, tal como: postura corporal e facial tensa, desconforto intenso, voz elevada, contato ocular intenso ou evitamento, agitação psicomotora, comportamentos passivo-agressivos, rubor facial, ameaças físicas ou verbais, alteração do conteúdo do pensamento, ansiedade, pânico conduzindo-se assim a uma intervenção precoce (Chason e Mandley, 1999; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004; Stuart, & Laraia, 2005; Townsend, 2011).

A intervenção precoce constitui-se como o elemento chave desta fase na gestão efetiva dos incidentes críticos/intervenção em crise e na provisão dos cuidados adequados na agressividade (Bakalis et al., 2003 citado por Koukia, Madianos, & Katostaras, 2009). De acordo com National Institute for Health and Clinical Excellence (2004), a observação deve ser entendida como o “núcleo das competências de enfermagem” e constitui-se como a intervenção primária no reconhecimento, prevenção e gestão terapêutica dos comportamentos agressivos.

Ainda nesta fase inserem-se intervenções de distração ou dessensibilização, que têm como objetivo evitar a escalada da agressividade e a redução da tensão, sendo elas as técnicas comunicacionais de “*de-escalation*”⁶ e as abordagens de “*slowdown*”⁷, sendo esta última realizada com o intuito de

⁶ *De-escalation* = desagravamento

⁷ *Slowdown* = abrandamento

permitir uma desaceleração da velocidade de tomada de decisão e das reações emocionais do cliente.

Também consideradas as intervenções mais adequadas na problemática da agressividade nas unidades de internamento de saúde mental passa pelo recurso a medidas preventivas, tais como as técnicas comunicacionais de inversão da escalada ou “*de-escalation techniques*”⁸ (Duxbury, 2002 citado por Ferreira & Florindo, 2011). Sendo estas técnicas iniciadas ainda numa fase precoce e com um intuito preventivo, elas devem ser mantidas como medidas de suporte ao longo de toda a intervenção, inclusive noutras fases de maior potencial agressivo, tais como: as fases de pré-agressão e fase de ataque (NICE, 2004), combinando-se assim o recurso a outras estratégias de intervenção com medidas comunicacionais adequadas (Ferreira, & Florindo, 2011).

No recurso a este tipo de técnicas, pode ainda ser realizada a deslocação do cliente para outro espaço (dessincronização), a fim de permitir uma maior interação (engagement) e privacidade (NICE, 2004). A dessincronização para outro espaço pode ainda ser realizada noutras fases de intervenção.

Na segunda fase, a fase de **pré-agressão**, existe um potencial agressivo instalado, onde compreende intervenções como divergir, distrair e defletir o cliente, ou seja, redirecionar a agressividade para outros alvos através, da realização de intervenções psicoterapêuticas, por exemplo, no contexto do sociodrama, a técnica inversão de papéis⁹ apresenta-se como “a técnica mais importante e frequente” (Abreu, 2006, p.40). Desta forma, esta técnica proporciona a vivência do papel do outro, como também o emergir de dados sobre o próprio papel que, sem este distanciamento, não haveria essa possibilidade (Ramalho, 2010). Quanto ao enfermeiro, através desta prática, poderá compreender melhor o fenómeno da agressividade e como é que as crianças/adolescentes sentem-se no seu próprio papel e no das pessoas com quem interagem. Na utilização do reforço diferencial dos comportamentos -

⁸ Técnicas de descalada são frequentemente utilizados para prevenir a violência e agressão dentro dos serviços de saúde mental. Os enfermeiros devem desenvolver características em manter o controlo pessoal e habilidades verbais e não-verbais. (Duxbury, 2002 citado por Ferreira & Florindo, 2011)

⁹ “Inversão de papéis: a inversão total e a parcial (tomadas de papel) buscam a máxima do psicodrama – coloca-se no lugar do outro. Não para concordar com ele, mas para identificar e sentir na pele o ponto de vista deste outro. A inversão de papéis é mais do que uma técnica dramática: é uma atitude, um dos conceitos centrais da abordagem psicodramática.” (Rodrigues, 2008, p.119).

reforçar a adoção de comportamentos desejáveis em detrimento de outros, a programação comportamental hoje/amanhã - enfatizar o comportamento de hoje, determinando os privilégios de amanhã. E poderão ser utilizadas técnicas no âmbito cognitivo-comportamental, tais como: o controlo da raiva¹⁰ e técnicas de redução de stress¹¹ (Townsend, 2011).

Na terceira e última fase, a **fase de ataque**, na qual existe a manifestação de um comportamento agressivo compreendendo intervenções como: a contenção ambiental¹², contenção física¹³, contenção mecânica¹⁴ e contenção farmacológica¹⁵ (Townsend, 2011).

Remetendo para a problemática deste relatório e considerando a agressividade como uma manifestação inadequada de um sentimento que pode gerar dano em si próprio ou em outros, a intervenção do EEESMP irá centrar-se em parceria com o cliente, na identificação de fatores precursores de comportamentos agressivos e no desenvolvimento de estratégias individualizadas, a fim de permitir uma expressão de sentimentos inerentes a esses comportamentos, tais como a raiva e a frustração, embora manifestados por comportamentos socialmente aceites (ISPMHN, 2010).

Transpondo para a Teoria das Transições, as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva sistematizada ao longo do processo de transição, precedida pela compreensão do fenómeno (propriedades e condições inerentes). Simultaneamente devem proporcionar *empowerment*¹⁶ e conhecimento ao cliente, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da perceção de bem-estar, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem

¹⁰A raiva é um transtorno inibitório do impulso. Poderá utilizar-se o *rol play* para o cliente verbalizar ao enfermeiro como se desenvolvem os seus sentimentos – pensamentos – comportamentos.

¹¹A utilização de técnicas de respiração para a redução do stress.

¹²Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.” (DGS, 2011)

¹³Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.” (DGS, 2011)

¹⁴Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.” (DGS, 2011)

¹⁵Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.” (DGS, 2011)

¹⁶ O *Empowerment* pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde. (OE, 2009).

congruentes com as experiências únicas do cliente e da sua família (Meleis et al., 2000).

1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Decorrente das inúmeras mudanças experienciadas pela criança e adolescente no seu desenvolvimento existe, uma maior propensão para o aparecimento de patologia do foro mental nestas etapas de vida (Meleis, 2005; WHO, 2010), verificando-se uma complexidade crescente na necessidade das respostas dadas pelos profissionais de saúde, a fim da sua resolução.

Atualmente, perante esta complexidade crescente verificada na prestação de cuidados, o conhecimento decorrente das transições humanas tem-se assumido cada vez mais, como um conceito essencial na Enfermagem, um novo paradigma¹⁷, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes fases do seu ciclo de vida.

Assim, o enfermeiro interage com o cliente, o qual insere-se num contexto sociocultural particular, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interação enfermeiro/cliente centra-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2005).

Na **Teoria das Transições** são identificados três tipos de transições: as **transições de desenvolvimento** – inerentes ao desenvolvimento e/ou ao ciclo vital, incorporadas no crescimento da pessoa e nas alterações ou redefinição de papéis; **transições situacionais** – relacionadas com alterações/redefinição de papéis e as **transições de saúde/doença** – alterações súbitas nos papéis associadas a processos patológicos. Embora estes tipos de transições possam ser distintos, eles podem ocorrer de forma simultânea (Meleis, 2005, 2010).

¹⁷ Corrente de pensamento em enfermagem que liga a ciência, filosofia e teorias da disciplina. Existem três paradigmas da Enfermagem: paradigma da categorização caracteriza-se por perspetivar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O paradigma da Integração começa já a perspetivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objetivos quanto os subjetivos. O paradigma da Transformação perspetiva os fenómenos como únicos, mas em interação com tudo o que os rodeia.

Contudo, as transições não remetem apenas para a mudança executada, mas também para todo o caminho ou processo a percorrer para integrar de forma homeostática essa mesma mudança no *Self* do indivíduo (Meleis, 2005).

A Enfermagem lida com as transições dos clientes e como o ambiente pode influenciar essas mudanças (Meleis, 2005).

Da Teoria das Transições (Meleis, 2005), fazem ainda parte da mesma, outros conceitos estruturais para a Enfermagem como: **Cliente, Interação, Ambiente, Processo de Enfermagem, Intervenções Terapêuticas e Saúde**. Segundo a autora estes conceitos são interdependentes.

Considera, o **Cliente** de enfermagem, como um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o meio ambiente e tem uma capacidade de adaptar-se a esse ambiente. Mas devido à doença, risco ou vulnerabilidade apresenta um desequilíbrio ou risco de sofrer desequilíbrio (Meleis, 2005).

Assim, o conceito de **interação** é vasto, pois refere-se também à relação estabelecida com o ambiente ou meio. Deste modo, o enfermeiro direciona a interação não só para o cliente, mas também para a manutenção, monitorização, regulação e mudança do ambiente. Deste conceito emerge ainda o modo como o enfermeiro, pela interação, avalia os recursos e necessidades do cliente, desenvolve e implementa as intervenções terapêuticas (Meleis, 2005).

Por sua vez, o **Ambiente** contempla os sistemas sociais, a família, a cultura, os contextos de proximidade, incluindo também os próprios profissionais de saúde. O ambiente deverá assim ser facilitador ou potenciar a recuperação do autocuidado e das competências afetadas, decorrentes das múltiplas transições que a pessoa experimenta (Meleis, 2005).

Logo, o **Processo de Enfermagem** consiste num conceito central, no domínio da enfermagem. Apresenta uma estrutura, para a prática de enfermagem e educação em enfermagem (Meleis, 2005). Sendo constituído pelo processo de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e prestação de cuidados. No qual, o enfermeiro pode procurar quais as abordagens mais

eficazes perante os diagnósticos de enfermagem encontrados, à luz do trabalho de vários teóricos de enfermagem.

Deste modo, as **Intervenções Terapêuticas** constituem o cerne do processo de enfermagem, sendo definidas como todas as ações ou atividades de enfermagem intencionais realizadas no cuidar do cliente. Tendo por base uma perspectiva de transição, os objetivos das intervenções terapêuticas constituem-se como um processo para facilitar os processos de transições saudáveis, para diminuir as transições doentias, e para apoiar indicadores de processo positivos (Meleis, 2010). Nesta perspectiva, as intervenções de enfermagem, pretendem maximizar as capacidades do cliente, já presentes ou com potencial, ou por outro lado contribuir para a restauração dos níveis ótimos de saúde, funcionalidade e autorealização (Meleis, 2005).

Relativamente ao conceito de **Saúde**, define-o como mais do que a ausência de doença, uma adaptação, um controlo pessoal, uma capacitação pessoal e domínio sobre o corpo (Meleis, 2005).

Em suma, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e auto-redefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004; Kralik, Visentin, & Loon, 2006 citado por Magalhães, 2011).

Transpondo para o contexto específico deste trabalho, decorrente do processo de transição, a criança/adolescente pode experienciar sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e instabilidade, gerando assim períodos de *stress* acrescido, os quais podem constituir um desafio às suas competências e capacidades. Inerente aos desafios colocados nestes períodos de desenvolvimento, encontra-se associada uma maior propensão para o desenvolvimento de patologias do foro mental, as quais quando instaladas, podem manifestar-se por sinais ou comportamentos, os quais não são socialmente aceites, entre eles a agressividade/violência.

Na Teoria das Transições, compreende-se que a vivência de uma situação de agressividade/violência pode ser tida como uma transição situacional e/ou transição saúde/doença (Meleis, 2005). Contudo, tendo em conta que este trabalho situa-se na transição das etapas de vida da infância para

a adolescência, podem ainda ser consideradas as transições do desenvolvimento. Verifica-se assim, a ocorrência de múltiplas transições num período de tempo (Meleis, 2005).

Os enfermeiros são assim os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, colaborando e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas que promovam respostas positivas (Meleis et al., 2000, citado por Magalhães, 2011).

Estas respostas positivas têm em si inerente a intervenção do EEESMP. De acordo com o RCEEEESM, este “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2010, p.1).

Nestas situações, em que a pessoa encontra-se a viver processos de transição geradores de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, indutores de processos de sofrimento mental como a manifestação de comportamentos agressivos, “emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados (...) diminuindo significativamente o grau de incapacidade” (Nabais, 2008, p. 39).

Foi este tipo de intervenções que procurei desenvolver ao longo do estágio de âmbito hospitalar e comunitário, as quais irei descrever no capítulo seguinte. Simultaneamente foram ainda mobilizadas as competências específicas do EEESMP, as quais são também referenciadas.

2. ESTÁGIO

Neste capítulo, é apresentada uma descrição das intervenções desenvolvidas nos estágios realizados, assim como as competências específicas do EEESMP mobilizadas.

Tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista, delineei um conjunto de objetivos gerais e específicos que centraram-se num propósito que compreende a realização de dois estágios, na UIPIA, e outro na comunidade, HDI; que foram atingidos ao longo da concretização destes. Delimitou-se, como **Objetivos Gerais e Específicos** do Relatório de estágio:

A) Adquirir competências de EEESMP previstas pela Ordem dos Enfermeiros;

A1) Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

A2) Assistir a criança/adolescente e família na otimização da saúde mental;

A3) Ajudar a criança/adolescente e família na recuperação da saúde mental;

A4) Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico há criança/adolescente.

B) Cuidar da criança na transição para a adolescência que apresenta Comportamentos Agressivos;

B1) Avaliar os Comportamentos Agressivos das crianças em transição para a adolescência;

B2) Desenvolver intervenção de enfermagem especializada em crianças/adolescentes com comportamentos agressivos;

B3) Avaliar o resultado das intervenções na criança/adolescente com comportamentos agressivos.

No regulamento de competências específicas do EEESM refere que, ele incorpore novas descobertas na sua prática, participando em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências (OE, 2010). Foi com esse intuito, o desenvolvimento deste presente relatório de estágio integrado no âmbito do estágio hospitalar, na UIPIA e comunitário, no HDI.

2.1. Contexto Comunitário

O HDI destina-se à “prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório” (Ferreira, 2010, p.1) a crianças e adolescentes, dos cinco aos doze anos (inclusive), e suas famílias.

As sessões do grupo terapêutico decorreram durante uma hora e meia¹⁸, semanalmente¹⁹, consoante o calendário escolar dos clientes. Decorridas numa sala com cerca de 30m², com soalho em cerâmica, tendencialmente fria, por ser a única disponível naquele período²⁰. Com a finalidade de tornar o espaço mais acolhedor eram mobilizados tapetes e almofadas que ajudavam também a favorecer dois locais diferentes de atuação – início e fim da sessão e o “palco”.

A par das sessões estiveram também os momentos de partilha e reflexão sobre as práticas com os enfermeiros do grupo e orientador de estágio. Adquirindo um sentido de intervisão – “círculo restrito de reflexão” (Garrido, 2005), esses momentos constituíram-se como um espaço privilegiado de reflexão coletiva sobre a natureza das práticas.

¹⁸ “Os grupos fechados têm normalmente um período de tempo fixo pré-determinado.” (Townsend, 2011, p.170)/ “A duração ótima para uma sessão de terapia de grupo está entre 60 a 120 minutos. Vinte a trinta são necessários para que o grupo se <aqueça> e pelo menos sessenta minutos são necessários para a elaboração dos principais temas da sessão.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.47)/ “A duração de uma sessão pode variar entre uma hora e meia a duas horas, tendo em consideração o facto de que o grupo necessita de, pelo menos, de meia hora para <aquecer>.” (Manes, 2007, p.11)

¹⁹ “Um esquema de reuniões de uma vez por semana é mais comum em trabalho de grupo para pacientes em ambulatório (Vinogradov & Yalom, 1992, p.48)/ “(...) para grupos que não possuem características de trabalho intensivo, um encontro por semana pode ser considerado suficiente.” (Manes, 2007, p.11)

²⁰ “O local dos encontros deve ser tranquilo e reservado (...) o ideal seria uma sala com soalho de madeira, porém, pode ser suficiente uma sala alcatifada.” (Manes, 2007, p.11-12)

No papel de “EEESMP estagiária²¹” foi fundamental para o desenvolvimento das competências do EEESMP a reflexão sobre a ação. Esta é essencial para os profissionais de saúde mental, na medida em que lhes permite explorar as experiências da prática clínica, sem desprezar a possibilidade dos seus valores pessoais, suposições e crenças influenciarem tanto a prática em si, como a forma como é experienciada (Schon, 1983, citando Harrison, & Taylor, 2010, p. 288).

Para além disso, este estágio permitiu-me adquirir competências no sentido de dar resposta aos comportamentos agressivos das crianças e adolescentes, complementado por uma melhor gestão dos mesmos.

As intervenções realizaram-se em grupo, pois por norma têm resultados superiores aos da terapia individual (Vinogradov, & Yalom, 1992). Os participantes, muitas vezes, sentem-se diferentes das demais pessoas numa comunidade ou família e, nessa situação, podem partilhar experiências, sentimentos e vivências semelhantes. Além disso, a terapia em grupo é vantajosa em termos de desenvolvimento, pois permite que as atividades desenvolvidas sejam para crianças com idades semelhantes (Thienemann, 2005), em que a resposta terapêutica a nível institucional é cada vez mais utilizada, em alternativa a outras intervenções de cariz terapêutico individual (Nabais, & Rodrigues, 2009).

Ainda antes de conhecer os clientes, reuni-me com os orientadores de estágio no sentido de obter uma maior compreensão sobre o âmbito da filosofia do HDI, a sua missão e modo de organização, e especificamente sobre as modalidades da intervenção de enfermagem perspectivadas para o grupo terapêutico.

Sendo essa intervenção apoiada no tipo de abordagem sociodramática, desde logo compreendi o seu desafio. Particularmente no que respeita a aquisição e desenvolvimento de competências socioterapêuticas para “restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade” (p.7) - a competência F4.2.

²¹ “F2.3.3.Implementa projetos de cuidados a clientes em todo as as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo (...) projetos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições (...)” (OE, 2010, p.5)

do perfil das competências do EEESMP (OE, 2010). Ao mesmo tempo que constituiu uma vantagem ter participado em dois encontros de psicodrama realizado pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama, assim como ter realizado uma apresentação por meio da abordagem sociodramática numa das unidades curriculares do Curso de Mestrado e Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria (CMESMP), ter uma perspetiva mais ampla dessa técnica fez-me ter uma maior consciência sobre as minhas limitações. Sobretudo por não apresentar nenhum tipo de formação específica, no que refere-se a esse instrumento terapêutico.

Além disso, importa evidenciar que, quinzenalmente, em simultâneo às sessões de terapia de grupo dos clientes decorreram as sessões de terapia familiar, destinadas aos seus familiares significativos. Sendo essas sessões de terapia familiar dirigidas, pela EEESMP, com a mesma periodicidade, após as sessões, reuníamos-nos com o intuito de discutir os casos.

Esses momentos revelaram-se como uma mais-valia no que se refere à avaliação do cliente, no seio da sua família²². Sendo a família perspetivada como um grupo de pessoas que se influencia mutuamente, que respondem a expectativas recíprocas que os determinam e que compartilham alguns significados (Osorio, & Zimerman, 1997).

2.1.1. Caraterização do HDI

O HDI consiste numa unidade de cuidados a tempo parcial, que tem por base um modelo de intervenções terapêuticas em grupos tendencialmente fechados²³, podemos ainda que não seja prática comum receber miúdos ao longo do ano. Com um número reduzidos de crianças/adolescentes, entre 5 a 6 crianças/adolescentes, com idades aproximadas entre si e com patologias

²² O processo familiar apresenta características específicas: interações que desenvolvem-se positivas ou negativas, como também padrões de relacionamento entre os membros da família. (OE, 2011)

²³ “Um grupo fechado encontra-se por um número pré-determinado de sessões, começa com um número fixo de membros, e, após a sessão, fecha suas portas e não aceita qualquer novo membro” (Vinogradov & Yalom, 1992,p.48)

semelhantes²⁴. Como também, grupo de pais ou cuidadores, num máximo de 10 por grupo, iniciando o tratamento em simultâneo com as crianças.

A equipa multidisciplinar é constituída por pedopsiquiatra, EEESMP, psicologia, terapia ocupacional, psicomotricidade, serviço social.

As intervenções estão direcionadas para as crianças, pais/cuidadores e articulação com o grupo de professores da escola, pois os professores têm uma observação privilegiada nas possíveis transformações das crianças em tratamento. É fundamental que o grupo de professores se sinta como um “veículo” de transformação do funcionamento psicopatológico da criança (Vidigal, 2005).

Desta forma, o modelo de intervenção pressupõe uma interação dinâmica entre estes quatro elementos: crianças, pais/cuidadores, professores e terapeutas (Vidigal, 2005).

Após, uma avaliação inicial pelos técnicos, são posteriormente formados os grupos, em que as intervenções psicoterapêuticas são desenvolvidas de acordo com cada situação específica, como também de acordo com a formação base e complementar (as diferentes formações psicoterapêuticas). Os pais/cuidadores ao serem integrados, tendem a estabelecer e a reforçar uma aliança terapêutica sólida entre as famílias e os técnicos, sendo um meio facilitador da continuidade do tratamento. Tendo como principal objetivo criar um clima de confiança e segurança, que estimule a partilha de questões e troca de informações e experiências entre os pais/cuidadores, assim com uma reflexão conjunta das suas dificuldades com os seus filhos.

O espaço é composto por gabinetes de consulta individual, sala de expressão corporal e sala de expressão plástica; onde se desenvolvem as atividades terapêuticas dos diferentes grupos, como também, gabinetes onde se realizam as reuniões com a família ou professores, um *atelier* de artes plásticas, uma sala de espera e uma cozinha (onde se realizam alguns lanches de convívio).

²⁴ “os grupos fechados são frequentemente compostos por indivíduos com questões em comum ou com problemas que desejam abordar” (Twonsend, 2011, p.170)

Por último, dizer também, que no HDI dá resposta a crianças crónicas, em ambulatório. Neste contexto desenvolvem-se intervenções de enfermagem especializadas, sendo importante, para o enfermeiro especialista aprender com este trabalho.

2.1.2. Estágio Comunitário - HDI

O estágio do HDI constituiu sessenta por cento do total de carga horária preconizada pelo plano de estudos do CMESMP, decorrendo entre o período 30 de setembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016.

2.1.3. Intervenções Desenvolvidas

A minha prática clínica neste estágio começou pelo conhecimento da estrutura do HDI e o modo como fornecia resposta às diferentes necessidades da população-alvo, assim como por integrar a equipa multidisciplinar com a qual estabeleci desde logo uma relação de parceria com os seus diferentes intervenientes, médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, entre outros.

Importa ainda referir que nesta fase inicial foram apresentadas pelos enfermeiros, as diferentes intervenções terapêuticas executadas pelos mesmos com os diferentes grupos. Posteriormente acompanhei um grupo de pré-adolescentes com intervenções terapêuticas distintas, a terapia pelo cinema e a expressão corporal associada ao movimento, dando assim continuidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, atuando de acordo com as competências do EEESMP. A escolha por estas metodologias de intervenção em grupo esteve intimamente ligada, quer a uma escolha face às minhas necessidades pessoais e como também profissionais.

Um grupo terapêutico corresponde a um microsistema social com uma rede definida de relações, as quais põem a descoberto as questões de conflito e de cooperação, assumindo-se assim como uma ferramenta terapêutica e como tal, deve ser estabelecida e mantida (Benner, 2001).

Por sua vez, a intervenção em grupo terapêutico tem como objetivo o estabelecimento de interações em dois binómios distintos, adolescente-adolescente e adolescente-terapeuta.

Num contexto de grupo, os pré-adolescentes em virtude da interação que é gerada, aprendem a lidar uns com os outros, com as suas similaridades e diferenças, medos e atrações, timidez e agressões. Em suma, confrontam-se com as características do seu *Self*, exigindo uma posição terapêutica e *in loco*²⁵ por parte do enfermeiro.

O enfermeiro, consciente do seu papel terapêutico, deverá estabelecer a relação terapêutica com os vários elementos do grupo, gerir as interações desenvolvidas e incentivar os comportamentos ou respostas adequadas, promovendo assim, as competências individuais e interpessoais de cada um. Só assim promoverá a mudança necessária e pretendida para o adolescente, manifestando-se numa capacidade para adaptar-se às relações sociais, compreender e interpretar o ambiente que o rodeia e manter o seu equilíbrio interno, traduzindo-se assim num membro efetivo da sociedade em que está inserido (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006).

Nestas sessões participaram três enfermeiros (um terapeuta²⁶ e duas co-terapeutas²⁷) e seis pré-adolescentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos. Algumas delas já tinham participado em grupos terapêuticos no passado, sendo que para outras esta era a primeira vez. Entre os seis pré-adolescentes eram partilhadas as dificuldades do ponto de vista social, nomeadamente, isolarem-se do grupo de pares, terem sido vítimas de *bullying* ou, por oposto, viverem dificuldades na compreensão dos sinais das restantes crianças²⁸, mobilizando a agressividade como uma estratégia de defesa ou na sequência de baixa tolerância à frustração. Uns deles viviam em famílias nucleares, com interações positivas entre os membros, outros, pelo contrário, em ambientes familiares complexos, monoparentais ou conflituosos. Cada um era singular nos seus interesses, o que se traduzia em contributos únicos e particulares para o grupo. Ao longo destas sessões foram

²⁵ In loco = no lugar

²⁶ Um EEESMP e Diretor de Sociodrama pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama

²⁷ Uma EEESMP e uma estudante do CMESMP. “A maioria dos terapeutas de grupo preferem trabalhar com um co-terapeuta. No trabalho de co-terapeuta, os terapeutas complementam e apoiam um ao outro. (...) uma equipa de co-terapeutas de sexos opostos apresenta vantagens únicas. (...) recria a configuração familiar original que, para muitos membros aumenta a carga afetiva do grupo. (...) e, mais importante, os co-líderes masculinos e femininos oferecem ao grupo um *setting* mais amplo para possíveis reações transferenciais.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49-50)

²⁸ “O trabalho de grupo é útil também para sujeitos com vivências de inadequação e de inferioridade, pois podem ser ajudados, por parte dos membros do grupo, a identificar a origem pessoal dos seus problemas.” (Manes, 2007, p.9-10)

realizadas várias atividades, consideradas pertinentes para as problemáticas pessoais, as quais eram discutidas posteriormente.

No início das sessões os pré-adolescentes eram convidados a sentar-se em almofadas e tapetes num dos cantos da sala, definidos para o efeito, e a contar o que tinha acontecido durante a semana anterior. Por sua vez o “palco”, eram desenvolvidos e implementados vários jogos lúdicos ou sociopsicodramáticos²⁹, com vista a abordagem dos temas comuns trazidos e manifestados pelos pré-adolescentes daquele grupo³⁰.

Nas primeiras sessões, foi essencialmente promovida a coesão e a compreensão do grupo enquanto elemento único, através de recursos a jogos, essencialmente, lúdicos³¹. Foi reforçado o dever da confidencialidade sobre o que iria suceder semanalmente durante as sessões, para melhorar a expressão dos problemas de cada um no seio do grupo³². Num total de treze encontros; ainda que me tenha comprometido a dar continuidade a essa intervenção após o termo do estágio, na perspectiva da continuidade e da manutenção das características do grupo.

Estas atividades além de apresentar uma fácil adesão dos clientes permite, uma discussão dinamizada no final, constituindo-se um espaço aberto, para que sejam abordadas as problemáticas dos Clientes promovendo-se a partilha, com o grupo e a procura conjunta de estratégias para a sua resolução.

²⁹ “As técnicas <sociopsicodramáticas> constituem interações do fluxo da ação dramática e retornos a ele, sendo realizadas pela direção ou autorizadas por ela, na vigência do contexto dramático. Todas visam o aprofundamento do estado de espontaneidade gerador do *setting* dramático grupal.” (Rodrigues, 2008, p.119)/ “Nesta terapia <Psicodrama> os pacientes são convidados a representar pequenos papéis como se fossem atores numa peça de teatro. Através destas performances revivem ou recriam as situações que para eles constituem fontes de perturbações.” (Ribeiro, 2011, p.4)

³⁰ Esta estruturação conferida à sessão tem por base a sequência de ato sociodramático – o aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e finalização (Carvalho & Monteiro, 2008). O aquecimento inespecífico consiste na primeira fase do ato sociodramático, determinando a diferenciação entre o espaço grupal e o espaço dramático (Carvalho & Monteiro, 2008), através de um conjunto de procedimentos que visam o estabelecimento de um clima afetivo e emocional entre os participantes (Marra, 2004). No aquecimento específico, os participantes são reagrupados em sub-grupos, mais fáceis dizerem dirigidos (Carvalho & Monteiro, 2008). A dramatização inicia-se quando o Diretor convida os protagonistas a entrar no espaço cénico (Abreu, 2006), decorrendo no palco, pelo recurso às várias técnicas sociopsicodramáticas. A finalização realiza-se a partilha que deverá ser iniciada pelo auditório, depois pelos protagonistas, que são seguidos pelo Ego-auxiliar e Diretor. O grupo “desaquecerá” lentamente, retornando o contexto social (Carvalho & Monteiro, 2008). É no decorrer desta fase esperado que que através da sua partilha e da dos restantes, o participante adquira as aprendizagens de forma particular e de acordo com aquilo que viveu durante a sessão.

³¹ “Os jogos permitem (...) a aquisição da capacidade de se apreciarem mais positiva e realisticamente e facilitam a instauração de relações interpessoais corretas e gratificantes.” (Manes, 2007, p.13)/ “A tarefa do animador consiste, então em facilitar e consentir o desenvolvimento máximo destes fatores que favorecem a coesão do grupo e criam uma atmosfera ideal para a comunicação recíproca.” (Manes, 2007, p.16)

³² “É fundamental chamar a atenção para a discrição relativa aos conteúdos das sessões. Não é conveniente que os participantes falem dos conteúdos dos encontros com pessoas fora do grupo, sobretudo se o grupo é de cariz psicoterapêutico.” (Manes, 2007, p.14)

Decorrente desta metodologia, solicita-se a aquisição de novos modos de sentir, pensar e relacionar-se com os outros (Manes, 2007).

Estas sessões fazem parte de uma abordagem psicoterapêutica³³ de modelo sociodramático³⁴, como o desenvolvimento individual e das relações interpessoais, recorrendo ao *setting* do grupo como instrumento terapêutico onde vireram diferentes fases. Durante esses momentos não era só promovida a compreensão sobre o vivido como eram explorados os significados emocionais daquela situação para o pré-adolescente³⁵.

Ao longo das sessões no grupo terapêutico, existiu um percurso de crescimento e desenvolvimento de uma forte vinculação com cada participante, senti-me segura e sempre suportada pelos enfermeiros responsáveis.

Estas sessões contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, creio que o mais evidenciado foi o auto-conhecimento³⁶. Sessões que reforçaram a importância e necessidade do terapeuta estar desperto para os sinais e necessidades que o grupo vai evidenciando, indo de encontro à capacidade que o terapeuta e o co-terapeuta têm de se reinventar em função do grupo (Vinogradov, & Yalom, 1992). Pela minha inexperiência sobre esta modalidade terapêutica e tendo em conta a máxima de que deve ser trabalhado aquilo que emerge do grupo, no “aqui-e-agora”, senti-me por momentos impotente, incapaz de conter o grupo, de devolver a resposta à necessidade que ele – grupo – me estava a manifestar. Com o passar das sessões, este desconforto foi diminuindo e fui-me sentindo mais capaz de oferecer respostas autónomas às diferentes questões do grupo. As reflexões sobre o sucedido no grupo foram muito importantes para reduzir esse meu maior desconforto nas sessões seguintes.³⁷

³³ “F.4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.” (OE, 2010, p.7)

³⁴ “ Nos jogos é importante ajudar os participantes a atuarem <como se>, ou seja, *como se* estivessem a dormir, *como se* tivessem a comer. Deste modo, evita-se o *acting out* das emoções e dos sentimentos.” (Manes, 2007, p.14)

³⁵ “A importância do grupo não era só ser um espaço de encontro, era também *sérum* espaço onde nasciam e eram vividas as emoções que depois eram pensadas.” (Vidigal, 2005, p.23)

³⁶ “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas...” (OE, 2010, p.4)

³⁷ Num trabalho de co-terapia, “Á medida em que <o terapeuta e o co-terapeuta> trocam opiniões e examinam intuições juntos, a faixa de observação e o poder terapêutico de cada um dos terapeutas são ampliados (...)o modelo de co-terapia é particularmente útil para terapeutas principiantes (...) Além de esclarecer distorções transferenciais, os co-terapeutas apoiam-se mutuamente na manutenção da objetividade (...) (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49-50)

A finalização das sessões constituiu um momento fulcral, quer para o grupo de pré-adolescentes, quer para mim, no sentido em que foi possível avaliar o resultado das mesmas. Relativamente aos clientes, foi possível identificar algumas das dificuldades dos mesmos, assumindo-se como espaços de intervenção futura pelo EEESMP.

Particpei ainda, de forma ativa nas reuniões semanais com os enfermeiros que constituíam o grupo e quinzenais também com, a EEESMP que realizava o grupo de pais no HDI, onde era discutido projeto terapêutico de cada pré-adolescente, ajustando-se assim as estratégias de intervenção, a fim de adequarem-se de forma mais efetiva às necessidades individuais de cada cliente. Nesse contexto responsabilizei-me por a realização de um estudo de caso de um dos pré-adolescentes. A escolha do pré-adolescente ocorreu da observação de um determinado fenómeno que mereceu um aprofundamento, ou que seja um foco de interesse para a área de estudo - como apresentar transições em simultâneo tais como saúde-doença, situacionais e desenvolvimental (Meleis, 2005). Foi realizada uma colheita de dados exaustiva e planeadas intervenções de enfermagem do cliente T.³⁸. Este foi seguido deste os 2 anos e 4 meses, onde foi observada a sua evolução e relacionados os seus sintomas com o motivo das consultas, por comportamentos de oposição, contraria à mãe; com agitação psicomotora e défice de atenção. Sendo, o segundo ano que frequenta um Grupo Terapêutico.

No estudo de caso apresento a identificação do cliente e um resumo dos dados mais importantes; a história da vida pessoal, que implica o seu percurso ao longo da sua vida, a história da vida atual e a sua história familiar. Num segundo momento, o levantamento do problema, seguidamente é apresentado o Plano de Cuidados, baseado nas necessidades identificadas do T.. É de igual modo apresentado o tratamento farmacológico prescrito para o cliente. A informação detalhada encontra-se no Apêndice I.

Contudo, considero particularmente importante remeter para a primeira competência do EEESMP, a qual alude especificamente para o autoconhecimento enquanto instrumento terapêutico, espelhado por um elevado

³⁸ Todas as iniciais apresentadas são fictícias.

conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, constituindo-se como pedra basilar no desenvolvimento de todas as outras competências (Stuart, & Laraia, 2005).

Para desenvolver esta competência recorri inicialmente à identificação e posteriormente à reflexão crítica pela metodologia do Ciclo de Gibbs (Gibbs, 1988 citado por Bulman, 1994), sobre as minhas emoções, sentimentos e comportamentos, assim como fenómenos de transferência e contratransferência, resistência, identificação, entre outros. Assim, pude inferir sobre os mesmos, e a maneira como poderiam influenciar a relação terapêutica³⁹ (RT) com os clientes e/ou outros elementos da equipa multidisciplinar.

Apenas respondendo à questão “Quem sou eu?”, o EEESMP consegue mobilizar-se a si mesmo no estabelecimento e desenvolvimento da relação terapêutica com o cliente, assim como na realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico com uma maior intencionalidade terapêutica, quando comparado com o enfermeiro de cuidados gerais, intencionalidade essa, centrada na ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2005).

Por último, de ressaltar, que o trabalho desempenhado no HDI tem uma importância fulcral na redução de novos internamentos, intimamente associados ao acompanhamento das crianças/pré-adolescentes e das suas famílias, com consequentes melhorias nas dinâmicas familiares, assim como na qualidade de vida das mesmas, traduzindo-se em ganhos para a saúde nesta população.

2.2 Contexto Hospitalar

A psiquiatria da infância e adolescência consiste numa “especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área de saúde mental à população de idade pediátrica” (Administração Central do Sistema de Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2012, p.13).

³⁹ É uma relação dual, uma coconstrução onde a pessoa em sofrimento procura um profissional e reconhece-lhe competência para a ajudar. Com a finalidade de favorecer a saúde e o bem-estar do cliente. (Townsend, 2011)

O seu campo de ação abrange um espectro alargado de atividades, que integram os níveis de prevenção primária⁴⁰, secundária⁴¹ e terciária⁴² (OMS, 2005), com o sentido da defesa da saúde e prevenção da doença, diagnóstico e tratamento precoce (Matos, 2012). Dessas atividades, tendo como referência o contexto em que a UIPIA, destacam-se as que englobam estratégias de intervenção precoce, como resposta para os primeiros sinais de perturbação, assim como a avaliação diagnóstica e tratamento, daqueles que apresentam uma perturbação estabelecida (OMS, 2005). Como causas principais apresenta situações psicopatológicas agudas ou subagudas⁴³, com exceção das situações de toxicod dependência e delinquência (Ferreira, 2010). Em que a natureza dos cuidados prestados ao cliente centrar-se, sobretudo, na RT - “a base sobre a qual a enfermagem psiquiátrica se estabelece” (Townsend, 2011, p.120).

A grande diversidade de quadros psicopatológicos, que podem existir durante a infância e adolescência, exige uma elevada diferenciação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções que sejam adequadas às várias etapas do desenvolvimento. Deste modo, ainda que muitas perturbações mentais sejam identificadas durante a infância e adolescência, muitas vezes elas apenas são passíveis de serem diagnosticadas na idade adulta (APA, 2014). Outro aspeto refere-se ao facto de a literatura se limitar ao discurso dominante da psiquiatria ao invés de adotar uma abordagem mais crítica para os cuidados de enfermagem (Hopton, 1997, citando por Crowe, 2006). Assim, por si só o contexto da UIPIA, constitui um desafio às intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência, com as crianças/adolescentes e famílias.

⁴⁰ Promoção da saúde. (OMS, 2005)

⁴¹ Diagnóstico e tratamento. (OMS, 2005)

⁴² Reabilitação. (OMS, 2005)

⁴³ As situações psicopatológicas agudas e subagudas apresentam situações de grande desorganização psíquica e que colocam em risco a vida da criança e família, não existindo assim resposta em contexto de ambulatório, existe a necessidade de esclarecimento de diagnóstico e situações cujo contexto sociofamiliar é disfuncional ou existe uma ausência de rede social.

2.2.1. Caracterização da UIPIA

A UIPIA situa-se, num espaço único e muito limitado. Apresenta uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e jovens até aos 18 anos (exclusive).

Nesta unidade está integrada a consulta de ligação, destinada ao apoio pedopsiquiátrico aos serviços de internamento do Hospital e à consulta externa.

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

Na UIPIA além da psicofarmacologia essencial ao tratamento das crianças e adolescentes, utilizam metodologias expressivas integradas na terapia farmacológica, terapias individuais e de grupo, como também intervenções a nível psicopedagógico e social.

No início do internamento é definido pela equipa multidisciplinar⁴⁴, em negociação com a criança e família, um projeto terapêutico, que é posteriormente revisto e reavaliado no âmbito das reuniões clínicas multidisciplinares realizadas diariamente (Almeida, Ferreira, & Nabais, 2010). Durante o internamento as interações são modeladas e moderadas pelos profissionais de forma a promover um desenvolvimento mais harmonioso, contribuindo para a retoma do desenvolvimento. Preconiza-se que o tempo de internamento seja o mínimo necessário para uma intervenção terapêutica em crise.

Na UIPIA, o método de trabalho é de enfermeiro responsável, assumindo-se o enfermeiro como elemento de referência na organização, definição, implementação e avaliação do projeto terapêutico definido.

⁴⁴ “Deve-se à equipa, pelo seu trabalho de reuniões e de coordenação, a possibilidade de restituir, mesmo de construir, a unidade fundamental da criança.” (Vidigal, 2005, p.18). Assumindo-se o enfermeiro parte de um sistema onde a comunicação, o cuidado e a coordenação são partes essenciais do seu trabalho diário.

No contexto da UIPIA, os comportamentos agressivos apresentam-se como um dos motivos frequentes de admissão. As frequentes situações de auto e heteroagressividades durante os internamentos podem de alguma forma, serem prevenidas com intervenções de enfermagem específicas desde o momento da admissão. Tal como nos adultos, a melhor maneira de prevenir episódios de agressividade é perceber se eles já existiram no passado e de que forma (Borum, 2000, citado por Philips, Stargatt, & Fisher, 2011).

2.2.2. Estágio Hospitalar – UIPIA

O estágio na UIPIA compreendeu quarenta por cento do total de carga horária preconizada pelo plano de estudos do CMESMP, decorrendo entre o período 28 de setembro de 2015 a 4 de dezembro de 2015.

Nesse contexto responsabilizei-me pelo acompanhamento de dois clientes⁴⁵, com a realização de um estudo de caso de um deles, cuja evolução apresento em seguida.

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

Nas fases seguintes do processo de enfermagem, correspondentes à identificação de diagnósticos de enfermagem e ao planeamento e implementação das intervenções de enfermagem. Estas fases vincularam-se, sobretudo, à terceira competência do EEESMP, que diz respeito à “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (OE, 2010, p.5).

⁴⁵ “F.3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão de casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.” (OE, 2010, p.6)

Nesta sequência dizer que a UIPIA apresenta, uma elevada documentação direcionada há população alvo. Porém, durante o estágio tive a necessidade de intervir junto das famílias destes clientes recorrendo à literatura e reflexão com a equipa verifiquei que poderia melhorar algo nesta temática, tendo em vista a elaboração de uma intervenção direcionada para a família. Propondo desta forma uma intervenção de enfermeiro especialista junto da família de crianças internadas numa unidade de Pedopsiquiatria.

Visto, a família ser um fator importante na adaptação do jovem ao contexto sócio-cultural, deve ter-se em consideração quais as suas influências e de que modo esta é constituída. Ao cooperar para esta união, a família está a auxiliar os elementos que a estabelecem a, por um lado, facultar o seu crescimento, individualização, permitir a criação de um significado e a presença de um sentimento de pertença e, por outro lado, ajudam a integração dos seus elementos no contexto sócio-cultural (Strecht, 2012).

2.2.3. Intervenções Desenvolvidas

Respeitando a metodologia de cuidados existente na UIPIA, foi-me permitido ser enfermeira de referência de dois Clientes pré-adolescentes, o D. e a V.. Estes clientes ao experienciarem transições em simultâneo tais como saúde-doença, situacionais e desenvolvimental no caso do V. e no caso da D., encontravam-se em sofrimento mental, devido a respostas humanas desadaptadas. Neste sentido, alerta para a vulnerabilidade acrescida na vivência de transições simultâneas, exigindo um acréscimo de atenção por parte dos enfermeiros na sua prática (Chick, & Meleis, 1986; Schumacher, & Meleis, 1994).

Dos dois clientes referidos anteriormente, a quem prestei cuidados de enfermagem, enquanto enfermeira de referência, fazendo a interligação com as reflexões sobre a minha prática clínica, tendo por base o processo de enfermagem e as competências específicas do EEESMP. Foi desenvolvido um estudo de caso do Cliente V. – apêndice II.

O caso clínico do V., um pré-adolescente de treze anos de idade, cujo internamento foi pedido pelo médico da urgência, devido a um quadro humor deprimido e ansioso, com tentativas de suicídio.

No momento da admissão do V. na UIPIA, realizei uma entrevista com o intuito de colher informações que permitiu compreender quais os problemas de saúde e conseqüentemente identificar necessidades pessoais e familiares específicas, assim como realizar uma avaliação do estado mental do V. que referiu várias vezes “não apresento interesse em nada” (sic⁴⁶). Procurei ainda compreender a interação do adolescente com os pais, assim como o contexto no qual se dispõem os seus problemas de saúde. Em suma, esta avaliação inicial procurou avaliar o pré-adolescente numa perspetiva holística, isto é, nas suas várias dimensões, individual, familiar, social, escolar, entre outras (ISPN, 2010).

Contudo, a avaliação não se encerrou sobre si própria neste mesmo momento. Tão importante como a avaliação inicial, é a avaliação conduzida ao longo de todo o internamento, com o intuito de avaliar as intervenções de enfermagem implementadas, os resultados esperados, identificar novas intervenções e conseqüentemente a sua implementação, tendo sempre por base os diagnósticos de enfermagem de saúde mental formulados, tal como preconizado pelas competências específicas do EEESMP.

O processo de acolhimento inerente à admissão constitui-se de grande importância, pois é um momento em que se inicia a estruturação da relação terapêutica.

Foram ainda realizadas atividades terapêuticas⁴⁷ (apêndice III). E intervenções na UIPIA, as quais considero ser importante explicitar, pois constituíram-se também, como momentos de crescimento pessoal e profissional, com base no RCEEEESM, tais como: Reflexões escritas (Ciclo de Gibbs) e Registos de interação; Entrevista de enfermagem ao cliente e família no momento de admissão; Articulação com a comunidade na reinserção ativa do cliente na mesma; Participação nas sessões clínicas mensais do departamento

⁴⁶ Sic – Segundo informação do Cliente

⁴⁷ “F4.2. Desenvolver processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e á situação.” (OE, 2010, p.7)

de saúde mental da infância e adolescência; Participação nas reuniões multidisciplinares da UIPIA (2^a a 6^a feira); Intervenções de âmbito psicoterapêutico e sócio-terapêutico em clientes com ideação suicida, comportamentos auto-lesivos, perturbações do comportamento e perturbação do comportamento alimentar.

Conforme mencionado anteriormente, foram realizadas diversas intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção e gestão do comportamento agressivo, não apenas com os clientes que me ficaram atribuídos como enfermeira de referência, mas também relacionados com a prestação de cuidados a outros clientes/família da UIPIA.

Ao descrever as intervenções de enfermagem realizadas, emerge a necessidade de abordar um dos objetivos a que me propus neste relatório – a proposta de intervenção de enfermagem especializada junto do cliente com comportamentos agressivos e violentos, mais propriamente com a sua família.

A adoção de instrumentos deste tipo, além de se constituir como uma boa prática de enfermagem, suporta a tomada de decisão do enfermeiro ou permite ainda, definir a intervenção a ser realizada em parceria com o cliente/família.

Ao verificar que na UIPIA não existe nenhuma intervenção direcionada neste sentido e refletindo sobre o tema suscita a necessidade, de que esta intervenção seja transversal a todas as famílias, de todos os clientes internados, uma vez que se apresenta uma necessidade comum, em todas as famílias. Considero ser importante posteriormente explicitar minuciosamente a intervenção como uma sugestão de melhorar as intervenções de enfermagem na UIPIA, fornecendo assim resposta a uma lacuna previamente identificada.

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA JUNTO DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

Esta proposta surgiu no âmbito do estágio hospitalar, perante uma necessidade evidenciada pela equipa de enfermagem de sistematizar a intervenção com as famílias.

A admissão da criança/adolescente pode ser considerada uma situação de crise, tanto para a criança/adolescente como para a família. A família pode sentir vulnerável (Almeida, & Sabatés, 2008), por o seu papel desaparecer, aos seus olhos e aos da criança/adolescente, perante a necessidade de fazer cumprir as decisões dos profissionais, detentores do saber, que parecem ter, nesse momento, o controlo de toda a situação (Jorge, 2004). Além disso, soma-se a insegurança e ansiedade inerentes à problemática da criança/adolescente e ao afastamento dos restantes membros da família. A família culpabiliza-se e questiona-se sobre o que terá falhado na sua educação (Cruz, 2013), sendo necessária a disponibilidade dos enfermeiros na escuta à criança e família, dando resposta às questões colocadas, devolvendo após reformulação a compreensão sobre o problema, situação da criança e família, com a particularidade destas se encontrarem separadas, muitas vezes pela primeira vez.

Talvez esta perceção possa-se traduzir, pela evolução dos clientes com psicopatologia ser lenta e ocorrer em pequenas etapas (Stuart, & Laraia, 2001).

A avaliação de enfermagem deve ser um processo mútuo, baseada nos resultados esperados pelo enfermeiro, cliente e família; constituindo-se como um processo contínuo e ativo, que inicia-se desde o momento da admissão do cliente até ao momento da sua alta clínica. A dificuldade dos enfermeiros em sistematizar a informação existente em vários momentos e articular com a família é evidente, podendo ter repercussões na origem de alguns reinternamentos.

Deste modo deverá consistir-se em uma atividade que deve ser documentada pelos enfermeiros de modo a que possam demonstrar efetividade das suas intervenções, com o recurso a uma intervenção individualizada

(apêndice IV) que possa apoiar a família, tornando-a mais objetiva. De modo que, o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem como também, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da intervenção realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos (Conselho de Enfermagem, 2009).

O enfermeiro pode ter como objetivo a colheita de dados e/ou resolução de problemas, com vista a ajudar a família a viver uma situação difícil. Na sua preparação deve ser atendida à utilidade, finalidade, a família a que se dirige e meios disponíveis para a sua concretização (Chalifour, 2009).

Num momento inicial procurar-se-á adquirir informação imprescindível para a prestação os cuidados essenciais relativamente às necessidades da família. Esta fase encontra-se relacionada com a fase de apreciação inicial, do processo de enfermagem, que reveste-se de grande importância como momento fundador da RT com a família (Phaneuf, 2005).

Num espaço próprio, como por exemplo o gabinete de consulta que apresenta uma temperatura agradável, a possibilidade de sentar junto da família, ter iluminação natural e a porta poder estar fechada para se manter a privacidade pode possibilitar à família uma melhor abertura sobre as suas necessidades, com a finitude de estabelecer *rapport*, ou seja, uma aceitação e/ou um sentimento de confiança por parte da família (Townsend, 2011). Na técnica de comunicação verbal as questões utilizadas deveram ser na sua maioria abertas (Chalifour, 2008), com vocabulário perceptível à família. Na comunicação não-verbal utilizar o toque⁴⁸, o olhar⁴⁹, a escuta⁵⁰, o silêncio⁵¹ e a distância⁵², como também, estar atenta aos aspetos não-verbais da informação verbal da família (Chalifour, 2008). A duração da comunicação, por sessão, não deve ser muito extensa, por volta dos cinquenta minutos (Chalifour, 2008). Será proposto no momento inicial,

⁴⁸ “O toque é o modo de contacto mais direto.” (Chalifour, 2008)

⁴⁹ “O olhar constitui usualmente o primeiro sentido utilizado para entrar em contacto com o outro.” (Chalifour, 2008)

⁵⁰ “O interveniente deve escutar o conteúdo expresso, mas também identificar a forma como o cliente comunica.” (Chalifour, 2008)

⁵¹ “O silêncio é a técnica menos bem compreendida e utilizada.” (Chalifour, 2008)

⁵² “A distância é o limite do controlo do outro.” (Chalifour, 2008)

um conjunto de intervenções individualizadas com a família, com objetivo de identificar os momentos de maior vulnerabilidade e os cuidados que temos de prestar à família, nesses momentos (Apêndice IV).

Por último, a continuidade dos cuidados é bastante importante para a problemática em discussão, que procura essencialmente, apresentar a representação da equipa face a duas importantes atividades do quotidiano dos enfermeiros, isto é, a “Passagem de Turno” e os “Registos de Enfermagem”.

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

O conhecimento do serviço ser colocado à disposição da família ajuda-a a sentir-se segura, pois percebe que algo vai ser feito, para conhecer e satisfazer as suas necessidades e desejos. Quando essas expectativas ficam claras ao princípio, a família pode visualizar os limites e usar as suas energias para harmonizar as suas necessidades e objetivos em relação com a criança/adolescente. Dependendo dos padrões de resposta característicos do cliente em situações de crise, a ansiedade pode desenvolver-se rapidamente devido à ameaça de separação da sua família, particularmente quando o cliente é separado de alguém de quem é muito dependente.

Tudo o que é necessário intervir com o cliente requer uma explicação de orientação e o enfermeiro deve explicar nos momentos de intervenção à família.

Perante a diversidade de características, pessoais e profissionais dos enfermeiros, que constituem a equipa de enfermagem da UIPIA são atribuídos às crianças/adolescentes, consoante o papel que se espera que desempenhem durante esse processo interpessoal. Preferencialmente o enfermeiro

responsável deverá ser capaz de viver qualquer um dos papéis, assumindo-se adaptável às necessidades da criança/adolescente/família (Townsend, 2011).

Cuidar do cliente é importante, mas a sua família é essencial. É fundamental, que os profissionais de saúde incorporem a ideia, de que a família pode colaborar e/ou contribuir no processo de recuperação da criança/adolescente.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A enfermagem enquanto profissão tem, no seu Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros os princípios deontológicos e éticos a serem considerados, nomeadamente ao nível dos trabalhos de investigação (Nunes, 2005), tendo sido respeitados na realização dos estudos de caso. O respeito pelos direitos das pessoas, que se apresentam em situação particularmente vulnerável, deve imperar, pelo que é necessário que o assentimento destas à avaliação e intervenção seja conseguido através de um esclarecimento acessível ao seu nível de compreensão.

Destaca-se assim, o princípio geral da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana (Código Deontológico dos Enfermeiros, artº 78º, ponto 1) pela informação esclarecedora dada de forma a obter-se o consentimento informado por parte dos pais e das crianças – a partir dos 14 anos obrigatório e em idade inferior é recolhido a informação oralmente. No artigo 84º, alínea b do Código Deontológico é explicitado também o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Nunes, 2005).

Assim, ao nível dos estágios; comunitário e hospitalar, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2012, p.17), logo procurou-se ter sempre em consideração os direitos do cliente e princípios deontológicos e éticos supracitados, no sentido de cumprir em rigor estes aspetos fundamentais.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório constituiu um momento determinante para a compreensão da minha prática clínica. Para além de promover a reflexão sobre os aspetos relacionados com a intervenção de enfermagem da equipa de cuidados, durante os estágios realizados criou-se condições para que refletisse sobre a minha prática individual, com aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEESMP, processo esse que não termina agora, mas que acompanhará no meu percurso profissional.

Foram mobilizados os metaparadigmas da profissão e da Teoria das Transições e com base na pesquisa realizada foram concetualizados no enquadramento da agressividade.

Os clientes admitidos na UIPIA (crianças/adolescentes), experienciam processos de transição sejam elas de cariz situacional, saúde doença e/ou desenvolvimento (Meleis, 2010). Como as crianças/adolescentes estão a viver três transições em simultâneo coloca-as num contexto de vulnerabilidade acrescida. As respostas desadaptadas são o sintoma do sofrimento mental. E o facto de se encontrarem em vulnerabilidade acrescida tem uma grande probabilidade de apresentarem risco de uma autoagressividade e/ou heteroagressividade.

Em ambos os estágios e ao longo das várias intervenções de enfermagem, foi mobilizado uns dos pilares da mesma, a RT. É neste espaço concreto de intervenção que, o enfermeiro interagindo com o cliente, mobiliza o Processo de Enfermagem com o intuito de procurar quais as abordagens mais eficazes perante os diagnósticos de enfermagem encontrados, traduzindo a sua intencionalidade em intervenções de enfermagem, neste caso, de EEESMP.

Fica a proposta - dos cuidados à família das crianças internadas na unidade - à equipa de enfermagem da UIPIA para a utilização na sua prática clínica diária, poder constituir-se assim como mais um recurso para as boas práticas de cuidados levadas a cabo por esta equipa de enfermagem na sua constante procura da Excelência no Cuidar.

Neste sentido e de acordo com as competências que foram mobilizadas na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental especializados, destaquei a primeira competência, referente ao autoconhecimento, será espelhado na RT desenvolvida, sustentada na autoestima, no respeito, na esperança, na capacidade de escutar, na compreensão empática e na comunicação, elementos imprescindíveis ao estabelecimento da mesma (Phaneuf, 2005).

O autoconhecimento esteve inerente às intervenções de enfermagem realizadas na gestão dos comportamentos agressivos, sustentando-se as mesmas num dos instrumentos essenciais da prática de cuidados de enfermagem, a observação do enfermeiro (NICE, 2004; Townsend, 2011).

Sendo a Enfermagem uma profissão que procura, por meio da sua intervenção, contribuir para o bem-estar e saúde do cliente, todos os esforços praticados neste âmbito convergem para o alcance dos objetivos propostos e para a incessante busca pela essência do nosso cliente em processo de transição, sendo que para tal, é indispensável uma boa dose de persistência, dedicação e, acima de tudo, acreditar que se pode fazer a diferença.

Levo a certeza de que a prática de enfermagem é ainda mais complexa do que imaginava no início deste percurso, acima de tudo mais rica, mais importante e mais determinante do que julgava na resolução dos problemas de saúde mental, nomeadamente, na infância e na adolescência. Talvez essa certeza se tenha desenvolvido na minha maior capacidade e competência para intervir sobre o cliente com problemas de saúde mental. A realização deste relatório assume-se como uma base sólida para continuar a refletir sobre a minha prática e a melhorar os cuidados de enfermagem no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abderhalden, C. (2008). *The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards*. (Tese de doutoramento publicada por Universitaire Pers Maastricht NL). Maastricht University. Acedido a 20-05-2015. Disponível em: <URL:<http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:8d85d16b-596a-48b4-93a0-d38161a1e7ed/ASSET1>>.
- Abderhalden, C.; Needham I.; Friedli, T.; Poelmans, J. & Dassen, T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 110–117.
- Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. 3ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Administração Central do Sistema de Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2012). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência - Documento técnico de suporte*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Almeida, M. Ferreira, L. & Nabais, A. (2010). *Norma 61. Procedimento Setorial de Área de Pedopsiquiatria: Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*. Acessível em UIPA.
- Almeida, F. & Sabatés, A. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. São Paulo: Manole.
- Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Broset Violence Checklist*. Norwegian University of Science and Technology Faculty of Medicine Department of Neuroscience, Trondheim. Acedido a 10-05-2015. Disponível em: <URL:<http://http://riskassessment.no/files/PhD-Thesis-Almvik-2007.pdf>>.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual e Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (M. L. Figueira, Trad.). 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original do inglês Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1th ed., 2013).

- Anderson, C. & Bushman, B. (2002). Human Agression. *Psychol.* 53, 27–51.
Acedido a 20-09-2015. Disponível em:
<URL:<http://public.psych.iastate.edu/caa/abstracts/2000-2004/02ab.pdf>>.
- Barros, P. & Silva, F. (2006). Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 55-66. Acedido a 28-09-2016. Disponível em:
<URL:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100006>.
- Baker, R. & Trzepacz, P. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.
- Barry, T. & Lochman, J. (2004). *Aggression in Adolescents: strategies for parents and educators*. National Association of School Psychologists.
- Benetti, S., Ramires, V. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P., & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: Revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Caderno de Saúde Pública*, 23, 1273-1282.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bilgin, H. (2009). An Evaluation of Nurses' Interpersonal Styles and Their Experiences of Violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 252–259.
- Bonner, G., Wellman, N. (2010). Postincident Review of Agression on Violence in Mental Health Settings. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 48, nº.7.
- Bowers, L., Chaplin, R., Quirk, A. & Lelliott, P. (2009). A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry, *Journal of mental Health*, vol. 18, nº. 4.
- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2005). Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. *Scientific and Technical Publication*, 594. Washington, DC: Pan American Health Organization.

- Bulman, C. (1994) Exemplares of reflection; other people can do it, why not you too? In: Palmer; Burns e Bulman. *Reflective practice in nursing. The grow of professional practitioner*. Blackwem Science, 131-153.
- Canadian Federation of Mental Health Nurses. (2006). *Canadian Standards for Psychiatric Mental Health Nurses*. 3ª Edição.
- Carvalho, A., Guerreiro, A., Leça, A., Coelho, A., Torgal, A., Leandro, A. ... Montano, T. (2014). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Carvalho, E. & Monteiro, A. (2008). *Sociodrama e sociometria: aplicações clínicas*. São Paulo: Editora Ágora.
- Cepêda, T., Brito, I. & Heitor, M. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos da Intervenção psicoterapêutica numa perspectiva existencial-humanista*. Loures: Lusodidacta.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986) – Transitions: a nursing concern. In: CHINN, Peggy L. - *Nursing research methodology: issues and implementation*. Rockville Md.: Aspen Publishers.
- Collette, A. (1971). *Introdução à psicologia dinâmica: das teorias psicanalíticas à psicologia moderna*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental. 2007-2016*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Conselho de Enfermagem (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional – sistema de individualização de especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.

- Crowe, M. (2006). Psychiatric diagnosis: some implications for mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (1), 125-131.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. (1ª ed.). Porto: Livpsic – Edições de Psicologia.
- Department of Community Services. (2004). *Development of aggressive behaviour in children and young people implications for social policy, service provision, and further research*. Sydney, N.S.W: [Dept. of Community Services]. Acedido a 10-11-2015. Disponível em: <URL:http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/document/s/aggression_discussionpaper.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2006). *Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 7/4/2006 - Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Circular Informativa n.º 021/2011 de 6/6/2011 - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: DGS.
- Duxbury, J. (2003). Testing a new tool: The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS). *Nurse Researcher*, 10, 39–52.
- Duxbury, J. A., Bjorkdahl, A., & Johnson, S. (2006). Ward culture and atmosphere. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management*, 273–291. New York: Springer Science-Business Media.
- Ferreira, L. (2010). *Procedimento sectorial*. Filosofia da área de pedopsiquiatria. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal.
- Ferreira, F. & Florindo, P. (2011). Situações de Agitação e Violência: a realidade numa Unidade dos Doentes Agudos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.*, Vol. 9, nº. 1.
- Filliozat, I. (1997). *A Inteligência do Coração, Rudimentos de Gramática Emocional*. Lisboa: Edição Pergaminho.

- Gagliotto, G., Berté, R. & Vale, G. (2012). Agressividade da Criança no Espaço Escolar: Uma abordagem psicanalítica. *Reflexão e Acção*.20 (1). Acedido a 23-11-2015. Disponível em: <URL: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/2218>>.
- Garrido, A. (2005). Supervisão clínica em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.
- Goetz, E. R. & Vieira, M. L. (2009). Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 195-203.
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto*. (S. Juhos, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Harrison, C. & Taylor, M. (2010). Introducing clinical supervision across western australian public mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 287-293.
- International Society of Psychiatric Mental Health Nurses. (2010). *The Educational Preparation of Advanced Practice Nurses to address the Mental Health Needs of Children and Adolescents*. Disponível em: <URL:<http://www.ispn-psych.org/docs/EduPrepForChildren.pdf>>.
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança – (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras, T. (2009). “On The Spot” Interventions by Mental Health Nurses in inpatient Psychiatric Wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 327-336.
- Magalhães, S.C. (2011). *A Vivência de Transições na Parentalidade face ao Evento Hospitalização da Criança*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Maguire, J. & Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 120–127.
- Manes, S. (2007). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos*. Lisboa: Paulus.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, P. (2004). *Proteção de Crianças e jovens em Itinerários de Risco. Representações, Espaços e Modos*. (Tese de Doutoramento em Estudos da Criança). Universidade do Minho.
- Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Mara, M. (2004). *O agente social que transforma: o sociodrama na organização de grupos*. São Paulo: Editora Ágora.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.O., Hilfinger, Messias D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Nabais, A. (2008) – Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. Conceptualização para a prática Clínica. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, 30, 38-43.
- Nabais, A. & Rodrigues, R. (2009). A vivência sociodramática: uma possibilidade de intervenção terapêutica grupal com crianças na transição para a adolescência. In: Sociedade portuguesa enfermeiros Saúde Mental (SPESM) (2009). *A saúde mental e a vulnerabilidade social*. Acedido a 15-05-2015. Disponível em: <URL:<http://pt.scribd.com/doc/78963163/Livro->

de-Actas-do-1%C2%BA-Forum-SPESM-2009-A-Saude-Mental-e-a-
Vulnerabilidade-Social>.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). Violence: The short-term management of disturbed/violent behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departmantes. *Royal College of Nursing London*. Acedido a 23-11-2015. Disponível em: <URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55521/>.

Nunes, L. (2005). *Ética na investigação em Enfermagem. Comunicação – Mesa-Redonda: Ética na Prática de Enfermagem*. XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Os Enfermeiros E... O Empowerment em Saúde....* Açores: Ponta Delgada.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. (Dra. Hermínia Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (ICNP® Version 2 – INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE, Genebra: International Council of Nurses).

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Acedido a 10-01-2016. Disponível em: <URL:http://www.membros.ordemenfermeiros.pt/publicações/documents/g_obp%20-%20sit.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2005). Mental health. *Child and adolescent mental health policies and plans - mental health policy and service guidance package*. Acedido a 12-05-2015. Disponível em: <URL:http://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pf>.

- Osorio, L. & Zimerman, D. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Pardilhão, C., Marques, M. & Marques, C. (2009). Perturbações do Comportamento e Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção: Diagnóstico e Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. Dossier: Saúde Mental Infantil, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Philips, N.L., Stargatt, R., & Fisher, L. (2011). Risk assessment: predicting physical aggression in child psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 638–645. DOI: 10.3109/00048674.2011.587396.
- Queirós, O. (2008) – Urgências Psiquiátricas na Adolescência. *Nascer e Crescer, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 17 (3), 168-172.
- Ramalho, C. (2010). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. Acedido a 16-04-2015. Disponível em: <URL:[http://profint.com.br/artigos/psicodrama e dinamica de grupo.pdf](http://profint.com.br/artigos/psicodrama_e_dinamica_de_grupo.pdf)>.
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (5).
- Rodrigues, R. (2008). Intervenções sociopsicodramáticas: atualização e sistematização de recursos, métodos e técnicas. In M. Marra & H. Fleury (Organizadoras). *Grupos*. 101-123. São Paulo: Ágora.
- Sande, R., Nijman H.L., Noorthoorn, E.O., Wierdsma, A.I., Hellendoorn, E., van der Staak, C. & Mulder, C.L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*. DOI:10.119/bjp.bp.111.095141.
- Santrock, J. (2004). *Adolescência*. Madrid: McGraw-Hill.
- Schaffer, H. (2004). *Introdução à Psicologia da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of nursing Scholarship*. 26 (2), 119-124.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2009). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Belmont, CA: Cengage Learning.
- Scivoletto, S., Boarati, M. & Turkiewicz, G. (2010). *Emergências psiquiátricas na infância e adolescência*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (2), 112-120. Acedido a 17-10-2015. Disponível em: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462010000600008&lng=en&lng=pt>. 10.1590/S1516-44462010000600008>.
- Strecht, P. (2012). *Assim seus olhos – O lugar da esperança no futuro das crianças e dos adolescentes*. (1ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (8º ed.). Elsevier Mosby.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (S.C. Rodrigues Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in Evidence-Based Practice*, 6ª ed., 2009).
- Thienemann, M. L. (2005). Group Psychotherapy. In Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, p. 3343-3351. *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*.
- Wagner, A., Falcke, D. Silveira, L., & Mosmann, C. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7, 75-80.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health: Facing the challenges, bulling solutions*. Denmark.
- World Health Organization. (2010). *Mental Health Promotion in Young People – na Investment for the Future*. Acedido a 19-12-2015. Disponível em:

<URL:[http://www.euro.who.int/
file/0013/121135/E94270.pdf](http://www.euro.who.int/file/0013/121135/E94270.pdf)>.

data/assets/pdf

Whittington, R. & Richter, D. (2006). Capítulo 3, From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In *Violence in Mental Health Settings* (Richter D. & Whittington R.), 47–68. New York: Springer.

United Nations Children's Fund, (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral nas Nações Unidas.

Varcarolis, E. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: a communication approach to evidence-based care*. (2ª ed.). Editora Elsevier Saunders.

Verzignasse, V. (2008). *Acting Out em um grupo de Adolescentes: um estudo psicanalítico*. (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências da Vida de Campinas. Acedido a 03-12-2015. Disponível em: <URL:http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br_busca/arquivo.php?coArquivo=382>.

Vidigal, M. J. (2005). *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes: Aprender a pensar*. Lisboa. Trilhos Editora.

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.