



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A identidade e a adolescência: o papel da
enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

Marta Laia McGuire

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2024

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A identidade e a adolescência: o papel da
enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

Marta Laia McGuire

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Jorge Salvador Pinto de Almeida

Orientador: Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2024

“He who knows others is wise. He who knows himself is enlightened.”

Lao Tzu

AGRADECIMENTOS

Aos adolescentes do Internamento e Hospital de Dia, que me mostraram o verdadeiro significado de cuidar da criança interior.

À enfermeira Rafaela, que puxou por mim e depositou a sua confiança no meu desenvolvimento profissional, fazendo-me questionar o que realmente procuro na realização desta especialidade.

À enfermeira Paula e ao enfermeiro João, por me darem espaço para explorar e refletir questões internas e externas à minha pessoa, possibilitando e presenteando o meu crescimento pessoal de forma concomitante com o meu crescimento profissional.

Ao professor Raul, que esteve presente no decorrer de todo este (longo) processo, apoiando as minhas escolhas, atenuando as adversidades e acreditando na possibilidade da sua conclusão.

Aos meus colegas de equipa, que me ensinam o verdadeiro significado de equipa, me apoiaram incansavelmente e que fomentam, de forma constante, a minha aprendizagem neste ramo da saúde que sempre me fascinou.

À minha mãe, que sempre se mostrou disponível para abraçar o meu desenvolvimento em todos os ramos da minha vida, de forma crua e preenchida de amor, mesmo a 10.984km.

Ao meu *dad*, pessoa sábia que sempre me disse “*done is better than not done*”.

Ao meu irmão Más, que me mostra a importância de lutar pelo que nos faz bem e felizes.

Aos meus amigos de Macau, que sempre e desde sempre estão presentes, mesmo que a vida nos tenha mostrado caminhos distintos, fazem por cruzá-los sempre.

Aos meus amigos de Lisboa, que compreendem e ouvem e aceitam, mas acima de tudo apoiam.

À Bia, que me mostrou o que era amar sem peso, que ficou ao longo deste percurso, e mesmo nos momentos em que eu não acreditava, acreditou por mim. Esta conclusão de etapa não seria possível sem ti.

Um *obrigada* a todos não chega.

RESUMO

A adolescência é um período de transição onde surgem diversos desafios, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento da identidade. É precisamente na fase da adolescência que se verificam os primeiros sinais e sintomas da patologia do foro psicológico, logo existe a possibilidade para um compromisso da saúde mental. Verifica-se, então, a correlação entre a formação da identidade e a saúde mental dos adolescentes.

Deste modo, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica possui um papel fundamental na intervenção à população em questão, pois o conjunto de competências e conhecimentos do mesmo serão motivadores para a promoção e aquisição de saúde mental do adolescente através da otimização do desenvolvimento de identidade.

O relatório elaborado tem por base dois estágios realizados em contextos distintos, um num Internamento e outro em Hospital de Dia, que visam o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: adolescência; identidade; enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; saúde mental.

ABSTRACT

Adolescence is a transitional period marked by various challenges, particularly in identity development. It is during this time that the initial signs and symptoms of psychological disorders often emerge, potentially compromising ones' mental health. We can therefore identify a correlation between identity formation and the mental health of adolescents.

Thus, nurses specialized in Mental Health and Psychiatric Nursing play a crucial role in engaging with the target population. Their expertise and knowledge can motivate adolescents to promote and acquire mental health, thereby optimizing their identity development.

This report details two internships conducted in distinct settings – one in an inpatient ward and the other in a day hospital – designed to enhance the expertise of a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: adolescence; identity; mental health; mental health and psychiatric nursing.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Traços de um Retrato.....	75
Anexo II – Reflexo de uma Identidade.....	77
Anexo III – Vem e Fica, Relaxa e Alonga.....	80
Anexo IV – Reflexão XV.....	82
Anexo V – Plano de Atividade I – “E se fossemos um Livro?”.....	84
Anexo VI – Plano de Atividade II – “A arte que eu sou”.....	86
Anexo VII – Plano de Atividade IV – “O Eu herói”.....	87
Anexo VIII – Reflexão XVII.....	89
Anexo IX – Reflexão XI.....	92
Anexo X – Reflexão XVI.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnóstico de situação.....	35
Tabela 2 – Plano de Atividade III – “O Eu pequenino”	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Definições etárias utilizadas de termos específicos relevantes para a adolescência que abrangem/sobrepõem aos períodos de desenvolvimento da infância, adolescência e idade adulta.....	13
Figura 2 – Dos Três Processos de Identidade aos Cinco Estados de Identidade.....	21
Figura 3 – O modelo de sistemas de Neuman.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA – *American Psychological Association*
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- CAL – Comportamentos Auto Lesivos
- DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição
- e.g. – por exemplo
- EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- HD – Hospital de Dia
- i.e. – isto é
- NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*
- NIC – *Nursing Interventions Classification*
- NOC – *Nursing Outcomes Classification*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PE – Projeto de Enfermagem
- sic. – segundo informação colhida
- TS – Tentativa de Suicídio
- UCLA - *University of California, Los Angeles*
- WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
2.1. Adolescência	13
2.2. Adolescência Saudável vs. Adolescência Patológica	16
2.3. Identidade.....	17
2.4. Identidade na Saúde Mental.....	22
2.5. Modelo de Sistemas de Betty Neuman	25
3. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS EM ESTÁGIO	29
3.1. Caracterização dos locais de estágio	29
3.2. Diagnóstico de Situação.....	31
3.2.1. Intervenções de relevo do EEESMP	35
3.2.2. Planejamento de intervenção segundo os objetivos desenhados de acordo com as competências do EEESMP	41
3.2.3. Intervenções desenvolvidas	46
4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DE EEESMP E MESTRE	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
7. ANEXOS.....	75

1. INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no 2º ano do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) em associação entre o Instituto Politécnico de Setúbal, a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Castelo Branco, cuja finalidade maior é expor os resultados conseguidos nos estágios do referido curso, sustentando-os com evidência científica atual e pertinente.

A saúde mental é definida pela *World Health Organization* (WHO, 2022) como o estado de bem-estar no qual o indivíduo se apercebe do seu potencial, lida com os *stresses* normais da vida, trabalha produtivamente e possui capacidade de contribuir para a sua comunidade. A saúde mental é, também, mais do que a ausência de perturbações mentais, pois existe num *continuum* complexo experienciado de forma diferente em cada pessoa, originando resultados distintos a nível social e clínico (WHO, 2022).

A adolescência é um período complexo marcado por várias mudanças (e.g., físicas, hormonais, mentais e sociais) e é, geralmente, neste período, que a maioria das perturbações mentais começam por se manifestar (i.e., antes dos 24 anos de idade), sendo que, grande parte dessas perturbações, acabam por persistir na idade adulta. A saúde mental acarreta um papel de elevado relevo no período da adolescência sendo que, acontecimentos adversos como o abuso, a negligência e o *bullying*, que predominam nesta fase do desenvolvimento humano, estão associados a problemas do foro psicológico (Blakemore, 2019).

A identidade pessoal refere-se ao sentido que cada um tem da pessoa que realmente é. Desde o início da adolescência que a questão inerente à identidade é explorada, ou seja, as suas crenças, os seus desejos, como também o seu papel na comunidade (Meeus et al., 2010). A partir desse processo de questionamento da identidade, os adolescentes tendem a reexaminar escolhas realizadas na infância associadas à identidade e, em simultâneo, consideram outras possibilidades (e.g., que ocupação encaixa melhor com os seus interesses e capacidades) (Branje et al., 2021). Embora no fim da adolescência o autoconhecimento sobre a própria identidade seja elevado, o desenvolvimento da identidade continua a decorrer enquanto jovens adultos (Schwartz et al., 2005). Deste modo, pode-se aferir que a adolescência é considerada um período crítico para a formação da identidade.

O presente relatório possui como objetivo principal compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) na otimização do desenvolvimento da

identidade do adolescente; e como objetivos específicos: 1) desenvolver competências no processo de criação da relação terapêutica e de ajuda com os adolescentes; 2) promover a adoção de mecanismos de *coping* eficazes em momentos de confusão ou crise de identidade; 3) planejar e executar atividades terapêuticas que promovam um maior autoconhecimento e consequente sentido de identidade; 4) refletir sobre a aquisição de competências do EEESMP adquiridas em contexto de Ensino Clínico. Devido à relação existente entre a adolescência e a identidade, este relatório também tem uma questão base que procura compreender de que forma o EEESMP consegue auxiliar o adolescente no desenvolvimento da sua identidade. Sendo que o EEESMP detém um papel ativo na promoção e aquisição de saúde, considera-se pertinente a atuação a nível do desenvolvimento da identidade do adolescente, sendo este fenómeno intimamente correlacionado com a saúde mental.

Tendo em conta estes dados, e pela experiência de trabalho na vertente de ESMP numa unidade de Internamento para adultos em situação de evolução crónica, o estágio foi escolhido com o intuito de alargar o conhecimento e experiência em cuidados de enfermagem na vertente da Pedopsiquiatria. Foram realizados dois estágios em dois locais distintos, num Hospital de Dia e num Internamento.

Relativamente à estrutura, este relatório possui, para além deste introdutório, mais quatro capítulos. O capítulo que se segue foca-se na adolescência como transição de vida, onde são descritas as mudanças que estão associadas a este período de desenvolvimento do indivíduo, destacando os conceitos de adolescência saudável e patológica, com um breve relato de algumas características destes conceitos. Após subcapítulo da adolescência, a identidade é o construto seguinte a ser abordado, tendo sido elaborada uma revisão de literatura relativa à evolução da definição do construto e da sua complexidade. Para finalizar essa temática, com o apoio de literacia científica, associou-se este conceito a algumas das perturbações mentais mais presentes no período da adolescência. Ao terminar o capítulo é desenvolvido o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, uma teórica de enfermagem globalmente reconhecida que é utilizada em vários contextos de modo a orientar o desenvolvimento curricular, a prática clínica em todas as disciplinas e a investigação (Lowry & Aylward, 2015).

O segundo capítulo centra-se nas intervenções desenvolvidas e nas competências mobilizadas em estágio. Este é iniciado com uma caracterização pormenorizada dos dois locais de estágio, seguida do diagnóstico de situação levantado e a ser abordado no Projeto de Enfermagem (PE). Abordam-se também alguns conceitos de relevo para a compreensão do papel do EEESMP.

Posteriormente foi descrito o plano de intervenção segundo os objetivos desenhados de acordo com as competências do EEESMP. Para finalizar o capítulo são descritas algumas das intervenções desenvolvidas em estágio.

No terceiro capítulo, está descrita a análise reflexiva relativa à aquisição de competências de EEESMP, bem como das de Mestre. O último capítulo diz respeito às considerações finais, onde foram apresentadas de maneira sucinta e clara as ideias do relatório, bem como ganhos profissionais e pessoais. Em jeito de conclusão são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas neste relatório. Os anexos que complementam este trabalho, nomeadamente atividades terapêuticas realizadas e reflexões pessoais, foram retirados após discussão da prova por motivos de sigilo.

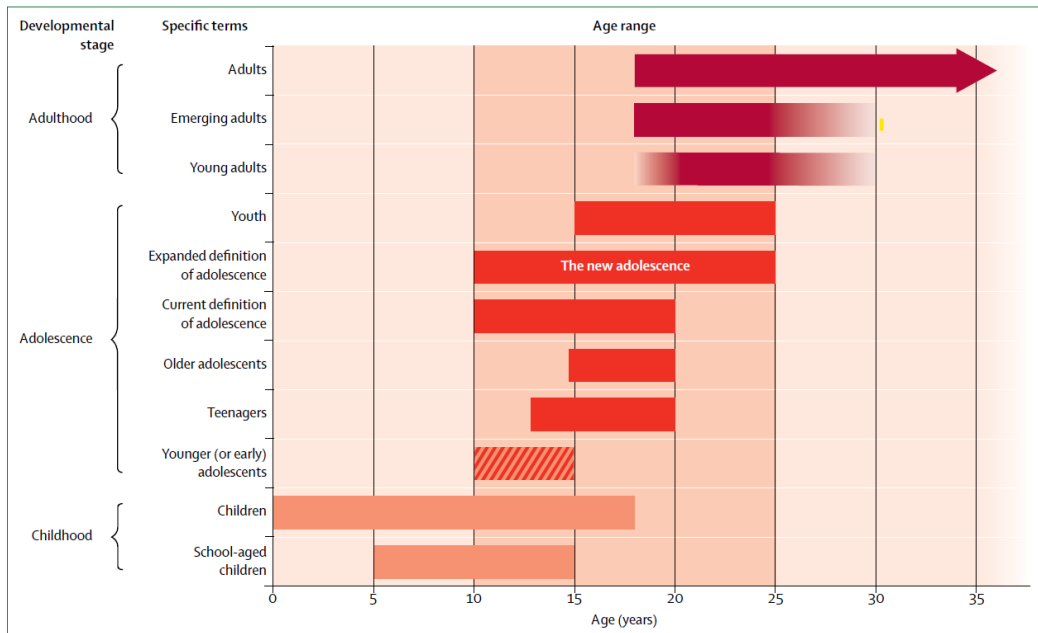
De salientar que o presente documento se encontra redigido de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre, propostas pela *American Psychological Association* (APA), na sua 7ª edição.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Adolescência

A compreensão do conceito de Adolescência obriga-nos a subjugar-nos ao seu sentido etimológico, proveniente do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), o que se traduz num período de crescimento. Considera-se, portanto, que a adolescência seja definida como uma fase de desenvolvimento e maturação que ocorre entre a infância e a idade adulta, marcada por mudanças tanto fisiológicas quanto psicossociais de relevo. Esta etapa é profundamente influenciada pela interação do adolescente com os seus diferentes contextos, o que reforça a singularidade de cada indivíduo. Assim, a adolescência é caracterizada por uma grande diversidade, tornando-se impossível estabelecer um padrão comum e universal aplicável a todos, bem como definir, de maneira rígida, o início e o fim deste período do ciclo vital (Guerreiro & Sampaio, 2013). A nível cultural, a amplitude desta fase pode alterar, sendo que, no senso comum, é frequente identificar um indivíduo com 10 anos de idade como criança, e que, a partir dos 18 anos de idade, o indivíduo seja visto como adulto. No entanto, no sentido de encontrar algum consenso e de a definir de acordo com a idade cronológica, a WHO (2024) define a adolescência como o período estabelecido entre os 10 e os 19 anos de idade.

Figura 1: Definições etárias utilizadas de termos específicos relevantes para a adolescência que abrangem/sobrepõem aos períodos de desenvolvimento da infância, adolescência e idade adulta



Fonte: Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The lancet child & adolescent health*, 2(3), 223-228.

Quando nos debruçamos sobre o desenvolvimento físico, a adolescência é marcada por ser um período de rápido crescimento, com o conseqüente desenvolvimento de caracteres sexuais, aumentando assim as hormonas sexuais durante a puberdade (Steinberg & Silk, 2002). A puberdade, então, é tomada como o ponto de partida da adolescência, se os critérios forem o desenvolvimento físico (Steinberg, 1987). O corpo tem desempenhado um papel importante no desenvolvimento psicossocial dos jovens. Freud e Erikson enfatizaram a relevância da pubescência, das mudanças biológicas e da aparência física para o desenvolvimento psicológico durante a adolescência. Para outros teóricos, o corpo é considerado como a base sobre a qual o *eu* se desenvolve, sendo essencial para a construção da identidade pessoal. O período de transição do corpo de criança para o corpo de adulto poderá provocar preocupação, insegurança e angústia para o adolescente. O adolescente é levado a adaptar-se continuamente às mudanças dramáticas que se operam (Viviani, 2006). Os sentimentos que o jovem sente sobre si, a sua autoestima e as suas manifestações comportamentais são aspetos afetados pelas alterações próprias do processo de maturação. O corpo é vivido com um sentimento de ambivalência durante a adolescência, pois é tantas vezes amado e tantas vezes odiado (Ferreira, 2008).

A adolescência é um período tumultuoso frequentemente descrito como uma montanha-russa a nível emocional. Os jovens experienciam um vasto leque de emoções intensas e muitas vezes não congruentes entre si. É precisamente neste período que iniciam o desenvolvimento da sua identidade de uma forma mais definida e cultivam um maior sentido de individualidade. Por este motivo, surgem questões de autoestima, independência e pertença social, que acabam por ser centrais na adolescência (Erikson, 1968). Normas e expectativas sociais também são questionadas por jovens nesta fase de vida, que procuraram o seu próprio caminho para poderem definir os seus valores e crenças. Embora a maioria dos adolescentes se desenvolvam para a idade adulta com um bom sentido de *self*, boa qualidade de vida e boas relações, este período é também quando os sinais de psicopatologia começam a ser manifestados, sendo apontado como um período de elevado risco para psicopatologia em geral (Ullsperger & Nikolas, 2017). Adicionalmente, a elevada incidência de perturbações socio emocionais durante a adolescência sugere que as principais alterações do desenvolvimento que ocorrem durante estes anos críticos podem ser, de certa forma, responsáveis pelo aparecimento destas perturbações (Rapee et al., 2019).

Em termos de alterações cognitivas, a adolescência é marcada pelo desenvolvimento do pensamento abstrato e crítico. Os adolescentes começam a pensar de forma mais complexa e a considerar múltiplos pontos de vista, como também se registam avanços na "metacognição" (i.e.,

quando o adolescente começa a pensar sobre o próprio processo de pensamento e, conseqüentemente, torna-se mais multidimensional e relativista) (Keating, 1990, citado por Steinberg & Silk, 2002). Esta fase de desenvolvimento é caracterizada também pelo adolescente capacitar-se a nível do planeamento a longo prazo, a ponderar conseqüências futuras e a compreender conceitos mais sofisticados, como a ética e moral (Piaget, 1972).

As mudanças físicas, de identidade e cognitivas, são acompanhadas por transições sociais e, quando as crianças iniciam a fase da adolescência, começam a passar menos tempo com a sua família e ampliam o seu círculo relacional (Larson et al., 1996). As amizades cultivadas tornam-se extremamente importantes e, muitas vezes, mais influentes do que os laços familiares. É também neste período que exploram relacionamentos amorosos e que começam a desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal que, por sua vez, serão essenciais na sua vida adulta. As interações com a escola, a comunidade e, nalguns casos, o ambiente de trabalho, ajudam a moldar as suas competências sociais e sua compreensão do mundo (Brown & Larson, 2009).

Os problemas comportamentais e as perturbações que ocorrem na adolescência são, normalmente, representadas por versões exageradas ou não resolvidas do desenvolvimento normal das tarefas características da adolescência. Algumas das tarefas psicológicas e sociais da adolescência são: a) a formação de identidade; b) autodeterminação; c) exploração e compromisso; d) rituais da puberdade;

Torna-se imprescindível considerar que a adolescência não é um conceito universal; as experiências e expectativas associadas a esta fase da vida variam vastamente entre culturas. Nalgumas sociedades, a adolescência pode ser vista como um período prolongado de dependência e preparação para a vida adulta, enquanto que noutras, poderá ser um curto interlúdio entre a infância e as responsabilidades adultas (Arnett, 2010).

A adolescência é uma fase repleta de desafios como a pressão dos pares, a procura da aceitação, e a possibilidade de adoção de comportamentos de risco. As mudanças hormonais podem gerar alterações no comportamento do adolescente, mais especificamente a nível sexual bem como de agressividade (e.g., o aumento de testosterona nos adolescentes do sexo masculino) (Westen & Chang, 2013), podendo ser potenciador de comportamentos de risco por si. No entanto, a adolescência também é considerada como um período de grandes oportunidades, de exploração de interesses, desenvolvimento de talentos, para se poder construir a base para uma vida saudável e bem-sucedida. O apoio da família, amigos, educadores e da comunidade é crucial para ajudar os adolescentes a navegar nesta fase de forma positiva e produtiva (Steinberg, 2017). Do ponto de

vista psicossocial, a adolescência é um período no qual as crianças estão a transitar para a idade adulta e que a maioria abordará com entusiasmo, mas também com ansiedade (Westen & Chang, 2013).

2.2. Adolescência Saudável vs. Adolescência Patológica

A adolescência saudável e a adolescência patológica representam dois extremos do espectro do desenvolvimento do adolescente, cada um caracterizado por diferentes padrões de comportamento, funcionamento psicológico e de saúde mental.

Na adolescência saudável, os jovens passam por um processo de desenvolvimento caracterizado por um sentido de identidade sólido, relações interpessoais positivas e habilidades adaptativas eficazes (Santrock, 2019). São capazes de demonstrar resiliência perante desafios e adversidades, conseguindo lidar com *stressores* de maneira mais construtiva.

Adolescentes saudáveis costumam ter uma autoestima positiva e um sentido de propósito, para além de conseguirem estabelecer metas realistas para o futuro (Masten & Narayan, 2012). Têm a capacidade de desenvolver habilidades sociais eficazes, conseguem estabelecer e manter relacionamentos significativos, e procuram oportunidades de crescimento pessoal e académico de forma ativa.

A saúde mental positiva durante a adolescência, para além de ser importante no seu geral, é uma mais-valia para que os adolescentes consigam corresponder às exigências que possam enfrentar à medida que se vão aproximando da idade adulta (Schulenberg et al., 2004), contribuindo, desta forma, para uma adolescência saudável.

A integração num ambiente que apoia os jovens, o que inclui laços familiares positivos, relações de amizade significativas e de confiança, e acesso a recursos comunitários, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de uma adolescência saudável (Bronfenbrenner, 2005). Uma abordagem holística à saúde que, por sua vez, inclui cuidados físicos, emocionais e mentais, é essencial para promover o bem-estar dos adolescentes (Sawyer et al., 2018).

Por outro lado, a adolescência patológica é caracterizada por dificuldades significativas no desenvolvimento emocional, social e comportamental (American Psychiatric Association, 2013). Isso pode incluir sintomas de patologias mentais, como depressão, ansiedade, doenças do comportamento alimentar, abuso de substâncias e outros comportamentos de risco.

Adolescentes que detêm uma adolescência patológica podem ter dificuldade em estabelecer uma identidade coerente, ter de enfrentar conflitos interpessoais com frequência e ter um

desempenho escolar abaixo do esperado (Compas et al., 2017). Poderão vir a sofrer de isolamento social, alienação e sentimentos de desesperança em relação ao futuro. Um estudo de Kessler et al., (2005) encontrou evidências de que um em cada cinco adolescentes mantinham a doença mental na idade adulta, tendo sido esta manifestada na adolescência. A maioria das perturbações mentais são manifestadas primeiramente na infância ou adolescência, sendo que, cerca de 20% dos adolescentes possuem uma perturbação mental (Kessler et al., 2005). Nos casos em que a perturbação se demonstra na infância, esta torna-se mais complexa e intensa na transição para a adolescência (Patel et al., 2007).

Os fatores de risco característicos de uma adolescência patológica incluem experiências traumáticas, falta de apoio social, influências negativas do ambiente, predisposição genética a doença mental e falta de acesso a serviços de saúde mental (Patton et al., 2016).

O tratamento da adolescência patológica poderá vir a requerer uma abordagem multidisciplinar, que envolve intervenções psicológicas, médicas e sociais para abordar os problemas subjacentes e promover o bem-estar geral do adolescente (Kazdin & Weisz, 2003).

2.3. Identidade

A filosofia cultivou-nos o conceito de identidade (termo proveniente do latim: *idem*, o mesmo), utilizando-o para descrever algo que é distinto dos outros, no entanto idêntico a si mesmo. Esta noção é formada dialeticamente entre o indivíduo e a sociedade de uma forma mutável e, na sua maioria, inconsciente, num processo que não só inclui a identificação própria como também a identificação reconhecida por outrem.

A Identidade é definida por Marcia (1980) como uma estrutura própria, mais concretamente, uma organização interna e dinâmica, autoconstruída de crenças, impulsos, capacidades e história individual. Este construto possui várias vertentes, um leque de conceitos como por exemplo a identidade social, identidade de género, identidade sexual, identidade moral, identidade de trabalho, identidade étnica e identidade cultural. Sendo que a identidade é um construto complexo, tem imenso impacto no indivíduo e no seu ambiente. Desta forma, quanto mais desenvolvida estiver a identidade, mais o indivíduo se tornará consciente do quão único e semelhante poderá ser relativamente ao outro, como também ficará mais ciente dos seus pontos fortes e fracos ao longo do seu desenvolvimento. Contudo, quanto menos desenvolvida for a identidade, mais confusos se demonstram os indivíduos relativamente à sua distinção na sociedade e irão apoiar-se cada vez mais em recursos externos para se perspetivar (Marcia, 1980).

Para Marcia (1980) o processo da identidade não tem início ou fim na adolescência. Para este autor, trata-se de um processo dinâmico, ao invés de estático, com características constantemente descartadas e outras adicionadas, que começa na infância, na fase de diferenciação do próprio, e termina na idade geriátrica. Contudo, a peculiaridade da identidade na adolescência, mais precisamente nos últimos anos da adolescência, consiste na primeira vez que as competências cognitivas, o desenvolvimento físico e as expectativas sociais coincidirem de forma a permitir aos adolescentes classificar e sintetizar como se identificavam na infância, de maneira a construir um caminho viável para a vida adulta.

Erikson reconhecia a transição para a adolescência como começar a assumir controle da própria vida através da seleção de compromissos consistentes com a conceptualização do *self* atual e do passado (McLean & Pasupathi, 2012).

Na teoria psicossocial de Erikson (1950), a vida possui uma sequência de fases caracterizada por uma tarefa central, sendo que na fase da adolescência, a tarefa central é caracterizada pelo conflito entre a identidade (i.e., conduz a um sentido coerente do *self*, que é consistente ao longo do tempo e está, frequentemente, associado a uma maior autoestima, a um objetivo de vida e a uma capacidade de ação) e a confusão de identidade (i.e., associada à incapacidade de estabelecer relações íntimas, a alterações de humor, à rebeldia e a queixas físicas mais acentuadas). Esta tarefa pode ser concretizada com sucesso assumindo uma identidade, ou o adolescente pode manter-se num estado de confusão, não possuindo, assim, compromissos e ideais que forneçam um sentido de orientação (Crocetti, 2017).

O conceito de identidade tem sido vastamente estudado desde o início da segunda metade do século XX. Meeus (2011) identificou a identidade como uma variável chave no desenvolvimento do adolescente. Este construto é apelativo pois auxilia na percepção do indivíduo na sociedade e em interações sociais. No senso comum, esta palavra é associada a um conjunto de características relativas aos papéis que o indivíduo desempenha na sociedade (Stets & Serpe, 2013). Posto isto, identificam-se três níveis distintos de identidade que auxiliam na definição do construto: a) identidade individual – refere-se à definição de características do *self* como pessoa individual, que podem incluir os objetivos, crenças e valores; b) identidade relacional – consiste no papel do indivíduo relativamente ao outro (i.e., mãe, filho, colaborador), como também na interpretação do outro relativamente a esse determinado papel; c) identidade coletiva – consiste na identificação do indivíduo relativamente a certos grupos e categorias sociais em que se enquadra

(e.g., etnia, nacionalidade, religião, género, grupos de trabalho) (Vignoles et al., 2011, em Seth et al., 2011).

Desta forma e, com base na teoria de Erikson (1950; 1968), Marcia (1966) propôs dois processos de formação da identidade – Exploração e Compromisso – como complemento ao conflito entre identidade e confusão de identidade. A Exploração é definida como a análise de alternativas de identidade passíveis de compromisso (McLean & Pasupathi, 2012); o Compromisso consiste na escolha de domínios importantes da identidade (i.e., ideologias), agindo sobre as mesmas, assumindo e comprometendo-se a uma identidade (Meeus, 2011; McLean & Pasupathi, 2012).

Tendo em conta estes processos de formação de identidade, foram criados quatro estados derivados da Exploração e do Compromisso: A difusão (*diffusion*) trata-se de quando o indivíduo não passou por nenhum dos processos de formação da identidade; o estado de moratória (*moratorium*) consiste no processo de exploração sem alcance do compromisso; quando o indivíduo se compromete com ideais sem o processo de exploração encontra-se no desenvolvimento da identidade por antecipação (*foreclosure*); por fim, o estado de identidade de realização (*achievement*) ocorre quando as ideologias são exploradas e, conseqüentemente, escolhidas, alcançando o compromisso (McLean & Pasupathi, 2012).

No início do século XXI, Crocetti et al., (2008) propuseram um novo modelo de identidade denominado por Modelo de Três Processos (*The Three-Factor Identity Model*), sendo estes processos fundamentais para perceber o modo com que as pessoas formam e reveem a sua identidade ao longo do tempo. Neste modelo, os autores pressupõem que os indivíduos transitam para a adolescência com, pelo menos, compromissos preliminares nos domínios da identidade ideológica e interpessoal. Posteriormente, os adolescentes poderão avaliar e questionar estes compromissos preliminares, baseando-se nos que foram identificados na infância (Crocetti et al., 2017).

Os três processos que fazem parte deste modelo são: a) Compromisso – realização de escolhas relativamente a um domínio da identidade e a confiança obtida com essas escolhas; b) Exploração Profunda (*Exploration in-depth*) – acontece quando os compromissos são novamente explorados originando, posteriormente, certeza relativamente aos mesmos ou uma possível alteração; c) Reconsideração do compromisso – consiste no ato de comparar os compromissos atuais com compromissos alternativos pelo facto de os atuais já não serem satisfatórios.

Os processos deste modelo relacionam-se com certas características do funcionamento psicossocial (Crocetti, 2017). O compromisso relaciona-se positivamente com as características

resilientes da personalidade (i.e., estabilidade emocional e extroversão). A exploração profunda está associada a características favoráveis (e.g, positivamente correlacionado com abertura à experiência, conscienciosidade, amabilidade (*agreeableness*)) e menos favoráveis (e.g., negativamente correlacionado com estabilidade emocional). Por fim, a reconsideração do compromisso está negativamente associada à autoestima e autoconceito e positivamente correlacionada com internalização (sintomas depressivos e ansiosos) e externalização (e.g., comportamentos problemáticos como a impulsividade e agressão).

Posteriormente ao *The Three-Factor Identity Model*, Crocetti et al., (2008) enumerou cinco estados de identidade (*achievement, early closure, moratorium, searching moratorium, and diffusion*) baseados nos quatro descritos por de Marcia (1966). Estes estados diferem dos de Marcia na medida em que descrevem um grau de intensidade dos três processos para cada um dos cinco estados ao invés da presença ou ausência de cada estado, como também identificam duas facetas do estado de moratória (uma positiva e outra negativa).

O *achievement* é um estado que apresenta valores elevados no compromisso e na exploração profunda e apresenta valores baixos na reconsideração do compromisso. Este estado está associado a um perfil psicossocial saudável. Adolescentes que estejam enquadrados no estado de *achievement* possuem valores elevados em características da personalidade dos *big five* (*The Big Five Model*^{1 2}) como a amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência; este estado também está relacionado com elevados níveis de responsabilidade social, eficácia cívica e satisfação com a vida, como também de níveis baixos de internalização e externalização de sintomas (e.g., ansiedade e depressão) (Crocetti et al., 2008).

Early closure trata-se de um estado no qual os indivíduos apresentam valores moderadamente elevados no compromisso e valores baixos na exploração profunda e na reconsideração do compromisso. Os valores são semelhantes aos do estado de *achievement*, diferindo com valores mais baixos nos comportamentos cívicos (i.e., responsabilidade social, eficácia cívica e contribui-

¹ *Big Five Model*- Traços de Personalidade dos *Big Five*: Neuroticismo – consiste nas diferenças individuais da adaptação e estabilidade emocional, indivíduos com níveis elevados de neuroticismo experienciam certas emoções negativas como ansiedade, hostilidade, depressão, impulsividade e vulnerabilidade; Extroversão – o grau em que as pessoas são assertivas, dominantes, enérgicas, ativas, faladoras e entusiastas; Amabilidade – avalia a orientação interpessoal, indivíduos com este traço são caracterizados por serem confiáveis, preocupados, altruístas, indulgentes e ingênuos; Conscienciosidade – o nível de organização, persistência, trabalho árduo e motivação para alcançar um objetivo; e Abertura à Experiência – indivíduos curiosos intelectualmente que procuram novas experiências e ideias (Zhao & Seibert, 2006).

² Costa e McCrae (1994, citado por Lounsbury et al., 2007) referem que os traços de personalidade contribuem de forma importante para a formação da identidade e podem servir como expressões de identidade, bem como determinantes de outros fatores que contribuem para o *achievement* da identidade.

ção para a comunidade) e nos traços dos *Big Five*, com a exceção da instabilidade emocional. Os adolescentes neste estado estão bem ajustados na comunidade, porém menos proativos do que no estado anterior (Crocetti et al., 2008).

A moratória positiva e a negativa correspondem à moratória (clássica) e à *searching moratorium*, respetivamente. A moratória (clássica) corresponde a um baixo compromisso, uma baixa ou moderada exploração profunda e um valor mais elevado na reconsideração do compromisso, enquanto que a *searching moratorium* é caracterizada por valores elevados nos três processos. Embora ambos os estados sejam caracterizados pela procura de compromissos mais satisfatórios, a moratória (clássica) é mais stressante, sendo que os adolescentes nesse estado apresentam menor satisfação com a vida e maior quantidade de problemas internalizados e externalizados. Esta distinção entre ambos surge devido ao facto de, no estado de *searching moratorium*, o indivíduo iniciar a procura num espaço de exploração mais seguro (representado pela forte identificação com os compromissos atuais), enquanto que, na moratória (clássica), o adolescente provém de uma condição de insatisfação com os compromissos (Crocetti et al., 2008).

Por último, a difusão (*diffusion*) é um estado no qual o adolescente apresenta valores baixos nos três processos, um perfil com valores baixos nos traços de personalidade dos *Big Five*, níveis moderados a baixos de adaptação, níveis baixos de eficácia cívica e aspirações em contribuir para comunidade. Adolescentes, neste estado de difusão, são, de certa forma, passivos na sua abordagem à identidade (Crocetti et al., 2008).

Figura 2: Dos Três Processos de Identidade aos Cinco Estados de Identidade

From Three Identity Processes to Five Identity Statuses.

From identity processes. to identity statuses				
	Achievement	Early closure	Moratorium	Searching moratorium	Diffusion
Commitment	High	Moderate or high	Low	High	Low
In-depth exploration	High	Low	Low or moderate	High	Low
Reconsideration of commitment	Low	Low	High	High	Low

Fonte: Crocetti, E. (2017). Identity formation in adolescence: The dynamic of forming and consolidating identity commitments. *Child Development Perspectives*, 11(2), 145-150.

Um estudo longitudinal encontrou evidência da associação entre a maturidade e mudanças nos processos da identidade, indicado por um decréscimo na reconsideração de compromisso, uma maior exploração profunda e um perfil de processos de identidade mais estável (Klimstra et al., 2010). Evidências mostram, também, que as raparigas são mais maduras no que concerne à formação da sua identidade no início da adolescência, em comparação aos rapazes, que as alcançam

somente no fim da adolescência (Meeus, 2010). O estudo de Klimstra et al., (2010) relata, também, que a formação da identidade é conduzida através de mudanças progressivas da forma que os adolescentes lidam com os compromissos, ao invés da mudança dos compromissos em si.

2.4. Identidade na Saúde Mental

Uma das tarefas chave da adolescência é o desenvolvimento de uma identidade coerente (Branje, 2022). Durante este período de formação de compromissos, alguns adolescentes poderão sentir-se presos na procura, algo que pode estar associado a problemas psicossociais (Hatano et al., 2020). Nesta sequência, existem evidências que relatam que os níveis de adaptação psicossocial tendem a associar-se aos níveis de identidade (Branje, 2022). Situações ansiogénicas como uma doença e um término de um relacionamento também podem ser determinantes no desenvolvimento da identidade (Waterman, 2020).

A incerteza relativa à identidade está relacionada a vários problemas psicossociais, como internalização e externalização de problemas, solidão e uso de substâncias. O aumento desta incerteza previu um aumento de sintomas depressivos um ano após, sugerindo, assim, um papel determinante na incerteza da identidade e no desenvolvimento de sintomas depressivos ao longo do tempo (Becht, et al., 2019, citado por Branje, 2022). Adicionalmente, o aumento da delinquência associa-se positivamente a baixos níveis de compromissos na identidade (Mercer et al., 2017). Demonstrando, assim, que a incerteza perante a identidade e os problemas psicossociais se influenciam de forma recíproca. Com base no DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Secção III, na conceitualização de perturbação de personalidade, o auto funcionamento (*self-functioning*) é definido por dois construtos, o da identidade e o de *self-direction*, enquanto que o funcionamento interpessoal tem por base os construtos de empatia e intimidade (Schmeck et al., 2013), o que sugere que a identidade detém um papel importante nas perturbações de personalidade.

Deste modo, é necessário ter em conta o conteúdo da identidade dos adolescentes, uma vez que as lutas de identidade podem resultar em sentimentos de desespero e em formas de lidar com situações que fazem com que os jovens desenvolvam uma identidade negativa na qual se identificam com papéis opostos às expectativas da sociedade (Hihara et al., 2018).

As perturbações sócio emocionais (e.g., ansiedade, depressão e perturbações do comportamento alimentar) são comuns na adolescência e no início da idade adulta (i.e., dos 10 aos 30 anos de idade) (Potterton et al., 2022). O desenvolvimento da identidade pode aumentar a

vulnerabilidade para estas perturbações, enquanto as mesmas podem gerar impedimentos no desenvolvimento da identidade (Klimstra & Denissen, 2017, citado por Potterton et al., 2022), corroborando que existe uma relação bidirecional. Deste modo, perceber a relação entre estas perturbações e o desenvolvimento da identidade irá melhorar na prevenção e na intervenção relativamente a estas dificuldades.

A ansiedade associada ao desenvolvimento da adolescência é um tema muito estudado, com vários artigos que evidenciam essa relação: a) em adolescentes com elevados níveis de ansiedade, foram encontrados níveis baixos de compromisso e níveis elevados de reconsideração do compromisso (Crocetti et al., 2008); b) A identidade étnica³ previa maior felicidade diária e menores níveis de ansiedade (Kiang et al., 2006); c) os adolescentes com ansiedade mais elevada demonstraram maiores dificuldades na tarefa de formação da identidade em comparação com os adolescentes com baixos níveis de ansiedade, sendo que os compromissos dos adolescentes com maiores níveis de ansiedade tornaram-se mais fracos com o passar do tempo. Foi também encontrada uma diferença entre géneros no qual as raparigas tinham maior probabilidade de fazer parte do grupo com maiores níveis de ansiedade e tinham um maior índice de mudança de compromisso apesar de um menor nível de reconsideração (Crocetti et al., 2009). Deste modo, é possível afirmar que níveis de ansiedade elevados são um fator de risco para o desenvolvimento da identidade.

A depressão é também um construto muito associado à identidade na literatura (Becht et al., 2019), sendo que a depressão está positivamente relacionada com o estado de reconsideração do compromisso, negativamente relacionada com compromisso e, sintomas depressivos também foram relacionados com a exploração profunda (Crocetti et al., 2008). Foi encontrada também uma relação entre níveis elevados de depressão e de confusão de identidade (Hatano et al., 2020), como também uma evidência que a criação de processos de exploração desadaptativos da formação da identidade desempenham um papel particularmente importante no desenvolvimento de sintomas depressivos a nível pessoal (Becht et al., 2019). A confusão de identidade está positivamente correlacionada com sintomas depressivos em todas as fases da adolescência (Bogaerts et al., 2021).

Relativamente às perturbações do comportamento alimentar, os adolescentes que manifestaram mais sintomas associados a estas perturbações possuíam níveis mais elevados de confusão de identidade comparativamente ao grupo com menor risco (Verschueren et al., 2019). Noutro artigo de Verschueren et al., (2018) os sintomas associados a estas perturbações alimentares, a elevada insatisfação com a imagem corporal e os sintomas de bulimia, previram maiores índices

³ Identidade étnica - o grau que o indivíduo se sente parte de um grupo, sendo diferente da aculturação, que é o grau de adaptação de uma pessoa a uma determinada cultura (Cheryan & Tsai, 2007).

de identidade confusa no adolescente.

De acordo com o DSM-5, a difusão de identidade é o sintoma principal não só da perturbação da personalidade *borderline* como de outras perturbações de personalidade. A difusão de identidade é definida por Erikson (1959) como a perda ou ausência da capacidade de autoconceito, contrastando a definição de crise de identidade, que são considerados desafios normais no processo de formação de identidade, um fenómeno transitório que, após a resolução, resulta numa identidade bem integrada com um funcionamento flexível e adaptativo (Foelsch et al., 2008). Deste modo, é possível constatar que a perturbação de personalidade *borderline* está positivamente correlacionada com o desenvolvimento de identidade. (Rivnyák et al., 2021).

No que concerne aos comportamentos auto-lesivos (CAL), sendo estes definidos pela intenção de destruir um tecido do corpo sem intenção de suicídio (Nock, 2009), está associado a outros problemas psicológicos como ansiedade, depressão, perturbações do comportamento alimentar, perturbações da personalidade (e.g., *borderline*), como também está associado a um risco elevado de ideações suicidas e tentativas de suicídio (Nock et al., 2006). O pico da prevalência dos comportamentos auto lesivos é coincidente com a crise de identidade existente na adolescência, que consiste na fase da confusão de identidade (Schwartz, 2001) também associada a perturbações psiquiátricas (Kaynak et al., 2009, citado por Gandhi et al., 2017). Indivíduos com confusão de identidade podem aumentar a vulnerabilidade para comportamentos auto-lesivos, como também, estes tipos de comportamentos podem ser um meio de regulação de emoções negativas, algo que pode resultar numa persistente confusão de identidade (Claes et al. 2015).

Por fim, relativamente ao suicídio, existe uma amplitude suicida que é composta por várias fases, como por exemplo, a ideação, a intensidade de ideação, a ideação em conjunto com o plano de ação e, concluindo com o Tentativa de Suicídio (TS). Evidências demonstraram uma relação direta entre a identidade e a ideação, plano e ação suicida. Deste modo, os resultados sugeriram que a identidade é um forte preditor de TS (Skutch, 2020). Foi também encontrada uma relação entre problemas de identidade e a gravidade da ideação suicida em mulheres com patologia do espectro bulímico, sugerindo que os problemas de identidade podem ser uma característica de personalidade especificamente relevante no que respeita à presença e gravidade da ideação suicida num grupo de elevado risco (Duffy et al., 2022).

Em contraste, um processo de identidade mais adaptativo prediz resultados positivos como satisfação com a vida, autoestima, maior dedicação académica, e *achievement*. Uma identidade mais clara irá permitir ao adolescente de se diferenciar do outro, ser mais autónomo e respeitar os

seus limites, como também, adolescentes com estas características tendem a conseguir melhor desempenho em várias áreas da vida (Branje et al., 2022). Num artigo de revisão de literatura foram encontradas evidências que, no geral, adolescentes com uma identidade mais madura demonstraram um perfil positivo (menos neuroticismo, mais extroversão, abertura à experiência e amabilidade) e viviam com famílias contentoras (Meeus et al., 2011).

2.5. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Betty Neuman desenvolveu o modelo de sistemas de Neuman em 1970, na Faculdade de Enfermagem da UCLA - *University of California, Los Angeles*, com o intuito de fornecer união ou um ponto focal para a aprendizagem dos estudantes. A autora reconheceu a necessidade por parte dos professores e profissionais de haver um quadro que permita ver a enfermagem de forma holística em diversos contextos. Embora o propósito da criação deste modelo tenha sido para facilitar o ensino, atualmente é utilizado a nível global como um modelo conceitual para guiar o desenvolvimento curricular, a investigação e a prática clínica em todas as disciplinas dos cuidados de saúde (Lowry & Aylward, 2015).

Neuman (1995, citado por Aylward, 2006) definiu um sistema como um todo que mantém as partes unidas e, com essa definição, Neuman constatou que a enfermagem é um todo que possui vários todos ou partes mais pequenas, sendo que o todo é mantido por inter-relações dos todos ou partes mais pequenas.

Este modelo caracteriza um sistema cliente-cliente, apresentando a enfermagem como uma disciplina que se preocupa principalmente com a definição de ações do sistema cliente-cliente. O cliente e o ambiente podem afetar-se mutuamente de forma positiva ou negativa. Contudo, existe uma tendência para o sistema manter um estado de equilíbrio entre as forças disruptivas operadas dentro do sistema ou sobre o mesmo. Estas forças foram identificadas por Neuman como *stressores* e sugere que as reações ou possíveis reações manifestadas com sinais ou sintomas identificáveis poderão ser atenuadas com intervenções adequadas (Neuman, 1995). Neuman escolheu utilizar o termo “cliente” de forma a mostrar respeito pelas relações colaborativas existentes entre o cliente e o prestador de cuidados no modelo, bem como pela perspectiva de bem-estar presente no mesmo (Lowry & Aylward, 2015).

O modelo de sistemas de Betty Neuman fornece uma forma de olhar para o domínio da enfermagem através de quatro conceitos: o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem (Aylward, 2006).

A Figura 3 retrata o ponto de vista holístico do sistema dinâmico aberto cliente-cliente a interagir com *stressores*, em conjunto com a participação colaborativa do cliente e do prestador de cuidados na promoção de um ótimo estado de bem-estar.

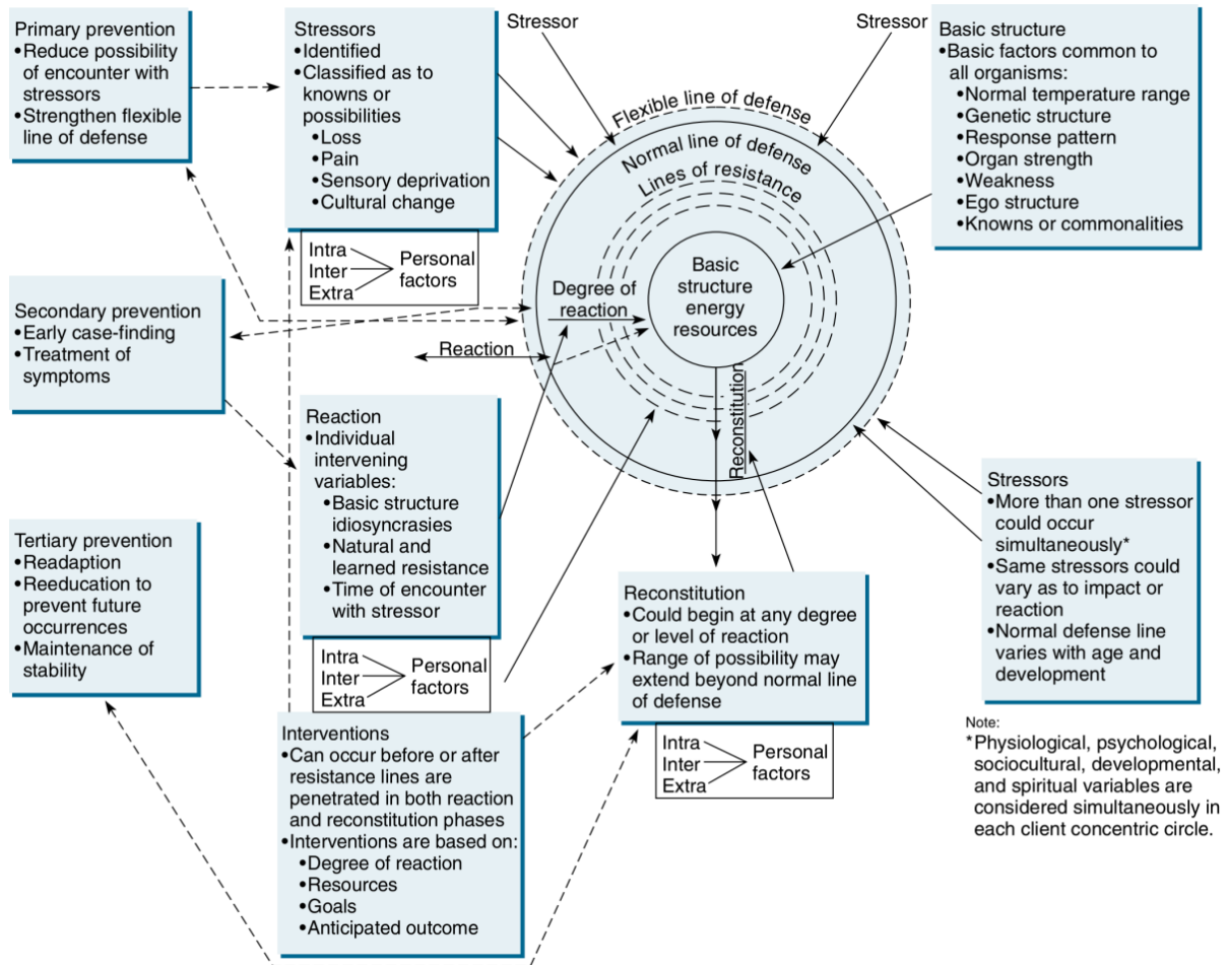
O sistema cliente-cliente, representado na Figura 3, consiste na linha de defesa flexível, na linha de defesa normal, nas linhas de resistência e na estrutura básica de recursos de energia, sendo esta última o núcleo central dos círculos concêntricos da figura. Foram identificadas cinco variáveis que ocorrem e são consideradas simultaneamente em cada círculo concêntrico que compõe o sistema cliente-cliente: a) fisiológicas – função e estrutura do corpo; b) psicológicas – relações e processos mentais; c) socioculturais – funções sociais e culturais combinadas; d) do desenvolvimento – processo de desenvolvimento da vida; e) espirituais – influência das crenças espirituais (Lawson, 2022).

A linha de defesa flexível que está representada na Figura 3 pelo círculo mais externo descontinuada, sendo descrita por Neuman como um mecanismo parecido a um acordeão que atua como um escudo de proteção para evitar a invasão de *stressores*. Esta linha protege a linha normal de defesa e o seu afastamento entre estas linhas corresponde ao quão protegido o cliente estará do *stressor*, e a sua eficácia pode ser comprometida pela ação de *stressores* (e.g., má nutrição, desidratação), alterando, assim, a distância da linha de defesa flexível (Lawson, 2022). No que concerne à linha de defesa normal (linha contínua exterior), esta representa o estado de bem-estar habitual do cliente, sendo necessário existir uma determinação do nível de bem-estar de forma a reportar mudanças (Lowry & Aylward, 2015). Esta linha é considerada dinâmica pelo facto de possuir a capacidade de tornar e permanecer estabilizada com os *stressores* da vida ao longo do tempo, protegendo assim a estrutura básica e a integridade do sistema (Neuman, 1995, citado por Aylward, 2006).

Relativamente às linhas de resistência (linhas descontinuadas à volta da estrutura básica), estas são ativadas quando a linha de defesa normal é penetrada por *stressores* do ambiente. Cada linha de resistência possui fatores de recurso internos e externos que apoiam a estrutura básica e a linha de defesa normal do cliente, resultando na proteção do sistema (e.g., o corpo a mobilizar glóbulos brancos e a ativação de mecanismos do sistema imunitário) (Aylward, 2006).

A estrutura básica/núcleo central (linha contínua interior) consiste nos fatores comuns nos humanos (i.e., fatores básicos de sobrevivência: amplitude térmica, estrutura genética, força/fraqueza dos órgãos, estrutura do ego) (Neuman, 1995, citado por Aylward, 2006).

Figura 3: O modelo de sistemas de Neuman.



Fonte: Lowry, L. W., & Aylward, P. D. (2015) Betty Neuman's Systems Model. *Nursing Theories and Nursing Practice*, 165.

Neuman definiu o ambiente como “todos os fatores internos e externos ou influências que rodeiam o cliente ou o sistema de clientes” (Neuman, 1995, citado por Aylward, 2006) e realçou três ambientes: a) interno – consiste nas interações que ocorrem dentro do sistema do cliente (e.g., grau de mobilidade física da variável fisiológica e esperança para a variável espiritual); b) externo – consiste nas interações que acontecem fora do sistema do cliente ou entre sistemas (i.e., o sistema do cliente e o de outro indivíduo); c) “ambiente criado” – é um ambiente criado pelo cliente no qual este mobiliza de forma inconsciente as variáveis do sistema, em direção à estabilidade e integridade, de forma a criar um ambiente seguro (Lowry & Aylward, 2015).

A saúde é outro conceito introduzido no modelo de sistemas de Neuman, onde a autora acredita que o bem-estar e a doença são opostos num *continuum* e que a saúde é o melhor bem-estar possível a qualquer momento. O bem-estar acontece quando existe e está armazenada mais energia do que aquela que é gasta, contrastando a morte, que ocorre quando é necessária mais energia do que a disponível para suportar a vida. A saúde possui vários níveis dentro do normal e estes, ao longo da vida, vão crescendo e diminuindo. Estas mudanças dependem da resposta por parte do cliente relativamente a *stressores* do ambiente (Aylward, 2006).

Neuman relata que a maior preocupação da enfermagem é manter o sistema do cliente estável através da avaliação com precisão dos efeitos e dos possíveis efeitos dos *stressores* do ambiente e auxílio do cliente a adaptar-se ao bem-estar ideal (Lowry & Aylward, 2015). Desta forma, todas as ações com o propósito de manter o nível de bem-estar máximo do cliente são consideradas enfermagem. As ações são, consideradas por Neuman, como prevenção através da intervenção, podendo estas ser prevenções primárias, secundárias e terciárias. A prevenção primária, que acontece antes do *stressor* atingir o sistema, visa reforçar e proteger a linha de defesa flexível, mantendo o cliente num estado estável ou de bem-estar ao reduzir os fatores de risco e prevenir *stressores*. A prevenção secundária ocorre após o *stressor* ter atingido o sistema, focando-se no reforço das linhas de resistência, reduzindo a reação do sistema ao *stressor* e aumentando os fatores de resistência, auxiliando a proteção da estrutura básica. A prevenção terciária decorre após o tratamento e após a reação ao *stressor* e tem como objetivo a reconstituição do sistema e o regresso ao bem-estar do cliente, bem como a sua manutenção após o tratamento. Nas intervenções a realizar podem fazer parte um, dois ou todos os níveis de prevenção em simultâneo (Lawson, 2021).

A fase de desenvolvimento da adolescência por ser complexa, é propensa à instabilidade do cliente, sendo então uma etapa de grande vulnerabilidade do sistema-cliente, pois existem uma série de *stressores* passíveis de grande impacto. Contudo, a instabilidade depende da maneira como o adolescente irá interpretar e reagir perante os *stressores*, sendo, então, determinante do seu nível de bem-estar, podendo ser maior ou menor.

3. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS EM ESTÁGIO

De modo a conseguir desenvolver um projeto de PE, propôs-se a realização de dois estágios distintos – um realizado em contexto hospitalar, outro em contexto comunitário. Neste capítulo será levantado um diagnóstico de situação após a caracterização de ambos os locais de estágio, e que, tendo em conta a semelhança da população alvo, se transpõe para ambos os contextos; esclarecidas intervenções de relevo que realçam o papel do EEESMP na atuação nestes contextos; descritos os objetivos gerais e específicos para aquisição de competências de EEESMP e as intervenções planeadas e realizadas como também a avaliação das mesmas.

3.1. Caracterização dos locais de estágio

A Unidade de Internamento em que decorreu o primeiro Ensino Clínico assumia-se como uma parceria entre dois Centros Hospitalares distintos, mais concretamente através da valência de Psiquiatria da Infância e Adolescência, para receber jovens entre os 15 aos 25 anos de idade (inclusive), no sentido de facilitar a transição para a idade adulta. Abrange residentes da área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas. Consiste num internamento com 20 camas, em que os jovens provêm ou de consulta com indicação para internamento por agravamento do estado clínico, ou do serviço de urgências, em situação aguda de doença do foro psiquiátrico.

A continuidade de cuidados – da promoção da saúde mental à reabilitação – e o tratamento multidisciplinar integrado assumem-se como a metodologia de trabalho adotada nesta unidade de internamento. As intervenções realizadas por uma equipa pluridisciplinar privilegiam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces, a continuidade de cuidados, como também a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma.

Nesta Unidade de Internamento utiliza-se o *Milieu Therapy*⁴, a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo (existe um programa semanal de atividades terapêuticas) e familiares e intervenções a nível pedagógico e social. Aquando da admissão, negocia-se com o jovem/família um Projeto Terapêutico Personalizado, centrado no adolescente e respetiva família, definido através de uma abordagem multidisciplinar.

⁴ Townsend (2011) define *Milieu Therapy* como a terapia pelo ambiente que rodeia o cliente. Este processo envolve a manipulação do ambiente para benefício do Cliente, de forma a que consiga adquirir estratégias de *coping*, interação e competências relacionais que possa transpor para a sua própria vida.

De modo a ser operacionalizado a nível da prestação de cuidados, o enfermeiro identifica-se como elemento de referência na identificação, definição, implementação e avaliação dos resultados deste mesmo projeto terapêutico. A realização das reuniões clínicas multidisciplinares, sendo estas um espaço dinâmico e promotor da discussão e partilha, retratam-se como momentos de elevada importância para a aprendizagem, por meio da reflexão e consequente autoconhecimento, e consequentemente para o desenvolvimento e consolidação de competências do EEESMP. De realçar também que esta articulação com a equipa multidisciplinar, momentos de partilha com as enfermeiras orientadoras, possibilitaram também uma maior disponibilidade para reflexão e esclarecimento de dúvidas ou incertezas, e impasses na definição e implementação de planos de intervenção.

O segundo estágio ocorreu no Hospital de Dia (HD), que também se integra no Departamento de Pedopsiquiatria que a Unidade de Internamento onde se proporcionou a realização do primeiro estágio clínico. Deste modo, a população geográfica abrangida é a mesma (área de atuação da ARSLVT). Este contexto destina-se a jovens entre os 13 e os 18 anos de idade, com perturbações do foro mental.

Os objetivos desta unidade de saúde passam por proporcionar tratamento especializado a adolescentes e famílias; promover a integração familiar/escolar/socioprofissional dos jovens; intervir em situações de risco; articular com estruturas comunitárias existentes (escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, serviços judiciais e estruturas autárquicas); proporcionar a contínua formação de diversos profissionais de saúde; desenvolver a investigação em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O HD serve como um espaço de interligação entre o internamento hospitalar e a consulta externa, promovendo, ao seu cliente (adolescente), a integração familiar e comunitária. As intervenções realizadas no HD e na consulta externa abrangem várias abordagens centradas na promoção da saúde mental, incluindo intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, como terapia ocupacional, acompanhamento médico em pedopsiquiatria e enfermagem, tanto em contextos individuais, familiares e de grupo.

O objetivo é oferecer um atendimento especializado e multidisciplinar ao adolescente e família que estejam a vivenciar uma situação de transição. Os enfermeiros realizam este acompanhamento em duas vertentes distintas: através de consultas de enfermagem de saúde mental ao adolescente e família, e por meio de intervenções terapêuticas psico e socioterapêuticas

individuais e de grupo. Estas atividades terapêuticas passam por culinária, arteterapia, musicoterapia, expressão corporal e atividades de vida diárias.

A primeira consulta poderá surgir por referenciação do serviço de urgência, unidades de internamento, médico de família, escola, equipas de pedopsiquiatria de outros hospitais, instituições, família ou pelo adolescente. Após a primeira consulta, cada caso é discutido e avaliado, sendo então sugeridas propostas terapêuticas ou orientações adequadas.

3.2. Diagnóstico de Situação

Realizada uma avaliação situacional na Unidade de Internamento, após as primeiras semanas de integração no serviço, definiu-se a área de atuação que englobava um maior interesse pessoal, de acordo com as necessidades também apresentadas. Era notório a existência de diversos casos de alterações de comportamentos, uns mais ligeiros que outros, variando entre perturbações da personalidade como também de isolamento social, episódios maniformes, comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, que, como abordado anteriormente, poderão ter por base um desenvolvimento de identidade comprometido. Compreendendo que a população do segundo local de estágio, o HD, eram semelhantes, a problemática levantada também se aplica nesse contexto. O diagnóstico de situação levantado apresenta-se no final deste subcapítulo, na Tabela 1 (pág. 35).

Nesse sentido, recorreu-se à taxonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), que permite ao enfermeiro classificar e categorizar as suas áreas de preocupação. Sendo que os enfermeiros lidam com respostas a problemáticas de saúde/processos de vida entre pessoas, famílias, grupos e comunidades, estas respostas definem-se como a preocupação central dos cuidados de enfermagem. Este diagnóstico de enfermagem poderá, então, ser focado num problema, num risco potencial ou num estado de promoção de saúde. Todos estes diagnósticos são considerados um julgamento clínico, sendo que o primeiro associa-se a uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe na pessoa/família/grupo ou comunidade; o segundo à suscetibilidade de uma pessoa/família/grupo/comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma tal condição de saúde/processo de vida; e o terceiro envolve a motivação e o desejo de aumentar o bem-estar e atingir o potencial humano de saúde, sendo que estas respostas são expressas por uma disponibilidade da pessoa/família/grupo/comunidade para a melhoria de comportamentos de saúde específicos, permitindo que sejam utilizadas em qualquer estado de saúde, ou se se mostrarem incapazes de expressar disposição própria para melhoria dos comportamentos de saúde, o enfermeiro poderá

agir em benefício da pessoa após determinar a existência de uma condição para promoção a saúde (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Para definir um diagnóstico, o enfermeiro deverá conhecer os indicadores de diagnóstico – informações utilizadas para a distinção entre diagnósticos. Estes indicadores de diagnóstico incluem características definidoras, que são indicadores/inferências observáveis agrupadas como manifestações do diagnóstico (e.g. sinais ou sintomas); fatores relacionados, que integram todos os diagnósticos com foco no problema (e.g. etiologias, circunstâncias; factos ou influências que têm alguma relação com o diagnóstico); e fatores de risco, sendo estes fatores que aumentem a vulnerabilidade da pessoa/família/grupo/comunidade a um evento não saudável (e.g. ambiental, psicológico, genético) (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Após esta etapa, segue-se o planeamento, no qual importa estabelecer resultados esperados e delinear intervenções, tendo sido aplicada a taxonomia NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*), respetivamente. No que concerne aos resultados, estes pressupõem a mudança que se espera observar nos utentes e no grupo, sendo que estão diretamente correlacionados com o diagnóstico, enquanto que as intervenções estão ligadas a cada um dos resultados (Johnson et al., 2011).

No campo das intervenções, sendo estas distintas dos diagnósticos por se focarem nas ações de enfermagem baseadas no julgamento e conhecimento clínico que auxiliam o cliente a progredir em direção ao resultado esperado, a NIC representa uma classificação alargada e padronizada das intervenções executadas pelos Enfermeiros, sendo útil para

documentação clínica, para a informação sobre os cuidados prestados entre as unidades de tratamento, para integração dos dados em sistemas de informação e unidades de tratamento para eficiência da pesquisa, para medida da produtividade e para avaliação da competência, facilitação do reembolso e para o planeamento curricular (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p. 33).

Através deste instrumento, é possível definir estratégias, cujos objetivos passam por prevenir, minimizar ou corrigir os problemas de saúde, de forma a otimizar e promover a saúde (Goyzueta & Faustino-Eufracio, 2019).

Depois de definidas as intervenções de Enfermagem, é necessário colocá-las em prática, dando assim lugar à implementação. Esta etapa consiste em todos os cuidados, diretos ou indiretos, dirigidos à pessoa, família ou comunidade, baseados em conhecimento e juízo clínico, que o profissional de Enfermagem presta, de forma a favorecer os resultados esperados do cliente, de acordo com os seus diagnósticos (Goyzueta & Faustino-Eufracio, 2019).

Para finalizar o PE, torna-se necessário elaborar uma avaliação final, na qual se procede a uma comparação planificada e sistematizada entre os resultados esperados e os obtidos, depois de terem sido implementadas as intervenções de Enfermagem delineadas (Goyzueta & Faustino-Eufracio, 2019).

Torna-se imprescindível ter em consideração que as ligações realizadas entre a NANDA, NOC e NIC são meramente guias. É crucial que o enfermeiro avalie continuamente a situação e ajuste os diagnósticos, resultados e intervenções de forma a corresponder às necessidades exclusivas de cada pessoa/população. Tendo isto em conta, o uso das taxonomias de enfermagem e respetivas ligações facultam opções de escolha, facilitando os julgamentos de enfermagem para o futuro planeamento de intervenção baseada no conhecimento e compreensão exclusiva de cada cliente, interpretação feita das informações/dados obtidos por avaliação e validação com evidência de apoio. Resumindo, é fulcral que o enfermeiro deva adotar estas ligações com sentido de raciocínio clínico, como forma de garantir a prestação de cuidados individualizados, baseados em evidência, segura e terapêutica (Johnson et al., 2011).

Tabela 1 – *Diagnóstico de situação* (Herdman & Kamitsuru, 2018; Johnson et al., 2011).

Diagnóstico (NANDA)	Resultados esperados (NOC)	Intervenções (NIC)	Avaliação
<p>Distúrbio na identidade pessoal (definido por: incapacidade de manter uma percepção integrada e completa de si mesmo)</p> <p>r/c alteração no papel social, baixa autoestima, discriminação, estados maníacos, estágios de crescimento, processos familiares disfuncionais</p> <p>m/p alteração da imagem corporal, comportamento inconsistente, confusão de género, confusão em relação a metas, confusão em relação a valores culturais e ideológicos, desempenho de papel ineficaz, estratégias de <i>coping</i> ineficazes, relacionamentos ineficazes, sensação de vazio e sentimentos oscilantes acerca de si mesmo</p> <p>População em risco: crise situacional; transição de desenvolvimento</p>	<p>Melhoria da auto percepção</p> <p>Melhoria da autoestima</p> <p>Modificação do comportamento</p> <p>Melhoria dos mecanismos de <i>coping</i></p>	<p>Construção de relação terapêutica</p> <p>Relação de Ajuda</p> <p>Atividades psicoterapêuticas de grupo</p> <p>Intervenção na Crise</p>	<p>Avaliação constante após realização de intervenções, quer individuais, quer em grupo, através do <i>feedback</i> obtido e através de uma avaliação do estado mental.</p>

3.2.1. Intervenções de relevo do EEESMP

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (OE, 2018).

As intervenções planeadas para o diagnóstico levantado, segundo a Tabela 1, têm por base uma construção de relação terapêutica, atividades psicoterapêuticas de grupo e intervenção na crise. Para proceder ao desenvolvimento de cada objetivo deste PE, torna-se importante o esclarecimento de cada um destes conceitos e como se aplicam na prática.

Relação terapêutica

A Relação Terapêutica, segundo diversos autores, é considerada como fulcral na ESMP. Helena Willis Render foi quem introduziu a conceção de que a relação estabelecida entre enfermeiro e cliente tem um elevado potencial terapêutico. No entanto, foi Hildegard Peplau que, ao publicar o seu artigo *Interpersonal Relations in Nursing*, em 1952, que revolucionou tanto o ensino como a prática da ESMP nos Estados Unidos da América, destacando que é esta relação o elemento central de todos os cuidados de enfermagem, ressaltando que não ocorre Enfermagem se não existir relação ou conexão entre o cliente e o enfermeiro. A utilidade desta relação só ocorre a partir do momento em que o Enfermeiro consegue distinguir relações sociais das profissionais. As relações sociais ocorrem quando as necessidades de ambos os intervenientes são de igual importância, enquanto que as relações profissionais, as necessidades dos clientes são soberanas. Para que seja possível o desenvolvimento destas relações, o enfermeiro terá que deter um elevado grau de desenvolvimento da sua autoconsciência (O'Brien et al., 2002).

Portanto todas as interações intencionais e úteis com os clientes são consideradas terapêuticas. No entanto, nem todas as interações entre enfermeiro e cliente possam ser constituídas como uma relação. Existe, somente, uma relação entre enfermeiro-doente quando cada um se torna importante para o outro. Quando, e se, isto ocorre, há potencial de experiências emocionais corretivas. A relação torna-se, então, terapêutica quando tal é atingido. Torna-se, também, imprescindível que os enfermeiros tenham consciência da necessidade crítica de limites para que seja possível a manutenção de uma relação terapêutica profissional (O'Brien et al., 2002).

Segundo Peplau, existem quatro componentes na relação enfermeiro-doente: dois indivíduos, habilidade profissional e necessidades do doente, e o seu objetivo consiste na

promoção do desenvolvimento pessoal do doente. Esta relação aprimora-se quando os enfermeiros estão conscientes de como o seu comportamento afeta o doente, obtendo um impacto significativo no bem-estar do doente, como também na qualidade e nos resultados dos cuidados de Enfermagem. Ressalva-se, novamente, que o processo de autoconhecimento do enfermeiro destaca-se enquanto componente essencial da relação, como também a comunicação terapêutica (Peden et al., 2010).

Peplau destaca quatro fases no processo de relação interpessoal: orientação, identificação, exploração e resolução. Na etapa da orientação, o doente apresenta uma necessidade e procura ajuda profissional; na fase da identificação, é esperado que o enfermeiro ajude o doente na obtenção de uma aprendizagem construtiva; na etapa da exploração, o enfermeiro atua de modo a continuar a promover a satisfação do doente em relação às suas interrogações, conseguindo atingir os seus objetivos através de um esforço comum, possibilitando que, no decorrer da sua recuperação, se torne independente; na resolução, aquando as necessidades do doente sejam consideradas satisfeitas, os intervenientes concluem a relação terapêutica. Um investigador canadiano, Forchuk, testou e aperfeiçoou o trabalho até então desenvolvido por Peplau, propondo a aglomeração da segunda e terceira etapa numa só – fase de trabalho –, permitindo que se torne mais precisa a reflexão daquilo que realmente ocorre durante a relação terapêutica. Deste modo, o processo interpessoal engloba três fases: orientação, trabalho e resolução (Peden et al., 2010). No decorrer destas interações, o enfermeiro poderá desempenhar diferentes papéis, atuando assim como estranho, professor, recurso, conselheiro, líder e substituto (Parker & Smith, 2010).

Relação de ajuda

Na enfermagem, a relação de ajuda profissional é reconhecida por ser uma intervenção autónoma e psicoterapêutica. Esta intervenção é relevante por possuir características como o planeamento, a estruturação e a definição de objetivos, como também por responder a um diagnóstico de enfermagem identificado no indivíduo, requerendo um *setting* específico e um profissional com formação específica (Simões & Rodrigues, 2010). As sessões são organizadas de forma sistematizada com avaliação, preparação, seleção de estratégias, treino e consolidação, os papéis das pessoas a intervir estão definidos, e implica a utilização de técnicas relacionais e comunicacionais, bem como técnicas de intervenção (Coelho et al., 2022). A relação de ajuda tem por objetivo satisfazer uma necessidade do indivíduo sendo que este é, necessariamente, detentor de todos os recursos para a resolução da mesma. Requerendo, assim, que o enfermeiro possua um conjunto de

atitudes e crie diferentes ações para levar a cabo a relação de ajuda como intervenção de enfermagem (Coelho et al., 2021).

Para a relação de ajuda ser eficaz, o enfermeiro necessita de reunir características e conhecimentos como: aceitação pelo outro, empatia, congruência, autenticidade, respeito, conhecimentos sobre si, sobre estratégias de comunicação e relação terapêutica e sobre o utente (Phaneuf, 2005, citado por Coelho et al., 2022). Tendo sido acrescentadas outras características: honestidade, confiança, esperança (Zugai, 2015) e capacidade de não julgamento (Cleary et al., 2012).

De forma a implementar a relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica, existem etapas fundamentais para o seu planeamento e execução, fazendo parte o planeamento e a entrevista clínica. Revela-se importante avaliar a história de vida do cliente, o seu contexto, recursos e identificar os seus focos de atenção principais, sendo, posteriormente, na sessão 0 (zero) traduzidos num ou mais diagnósticos de enfermagem.

De acordo com Chalifour (2008, citado por Coelho et al., 2022) para fazer sentido a intervenção “relação de ajuda”, a problemática do indivíduo deve ser de cariz racional e/ou emocional, este deve estar interessado e empenhado no seu desenvolvimento pessoal e na resolução do problema, como também deve reconhecer no enfermeiro a capacidade de o ajudar na resolução do mesmo.

Os focos de atenção que podem gerar diagnósticos de enfermagem para o qual a relação de ajuda é prescrita podem ser: luto, autoestima, *burnout*, ansiedade, humor depressivo, *coping*, crise, sofrimento, autocontrolo e solidão.

Na etapa de planeamento da intervenção e Chalifour (2008, citado por Coelho et al., 2022) descreve três fases e destaca as tarefas inerentes a cada fase: 1) fase de orientação – ocorre o primeiro contacto com o cliente num ambiente de confiança, são definidos papéis e clarificadas as necessidades do cliente; 2) fase de trabalho – inicia-se a procura de respostas às necessidades do indivíduo, onde a relação está centrada num problema e na sua resolução. Nesta fase o enfermeiro deve utilizar todos os seus conhecimentos de outras áreas psicoterapêuticas de modo a ser mais eficaz; 3) fase de conclusão – a intervenção é avaliada e são percebidos se os objetivos foram alcançados. De maneira que estas fases sejam operacionalizadas, é sugerido que a intervenção não exceda as quatro semanas (mínimo de três sessões e máximo de doze, sendo que cada uma não deve ultrapassar os 60 minutos).

Com base no modelo de intervenção de Sampaio et al. (2017, citado por Coelho et al., 2022), a implementação da relação de ajuda pode ser realizada da seguinte forma:

Sessão 0 – são recolhidas informações gerais sobre o objetivo da consulta, é realizado o diagnóstico com base na informação recolhida e no pedido de ajuda, as expectativas são clarificadas, é proposta uma estratégia de intervenção e um contrato terapêutico;

Sessão 1 – a intervenção e das características das sessões são esclarecidas, são clarificados diagnósticos e papéis de intervenientes, os objetivos são definidos e as expectativas do cliente são avaliadas, é criado um clima de confiança e de apoio na expressão de ajuda;

Sessões intermédias – ocorre uma avaliação de dificuldades de solucionar problemas e causas, dos recursos utilizados, é orientada a procura de estratégias e de recursos, realizada escuta ativa, é gerado um espaço seguro para partilha, onde é oferecido apoio emocional, promovida a autoaceitação e o cliente é preparado para a intervenção final;

Sessão final – é realizada uma síntese do percurso e uma avaliação da relação de ajuda, o processo de mudança é revisto em conjunto, a transição do utente entre a sua situação atual e a futura é assegurada, e o cliente é orientado para sessão de *follow-up*.

Sessão de *follow-up* – verifica-se se houve ganhos em saúde ao nível do diagnóstico, sendo que importa utilizar o mesmo instrumento usado na avaliação de diagnóstico inicial para obter uma comparação justa.

Concluindo, é relevante perceber que a relação de ajuda deve terminar assim que o indivíduo demonstrar evidência da capacidade de resolução do problema de forma autónoma ou quando não se verifique quaisquer progressos no processo terapêutico (Coelho et al., 2022).

Atividades psicoterapêuticas de grupo

Um grupo terapêutico tem como objetivo auxiliar os indivíduos a mudarem os seus padrões de comportamento e a desenvolverem formas mais eficazes de lidar com os *stressores* da vida diária (Coelho et al., 2022).

Independentemente do seu tipo, todos os grupos terapêuticos atravessam quatro fases de desenvolvimento. A primeira fase é a de pré-afiliação, onde os membros têm contacto entre si e desenvolvem uma relação de confiança com os outros membros do grupo e com o respetivo líder. Só através da confiança estabelecida nesta primeira fase é que é possível transitar para a segunda fase, a de controlo e poder. Nesta fase, o conflito dentro do grupo é vivenciado e cada membro testa outro ou até o próprio líder. Após esta fase, os membros do grupo entram na fase de trabalho. Nesta terceira fase, o objetivo do grupo é diretamente orientado (por exemplo, num trabalho de grupo, quando o grupo é escolhido os indivíduos são capazes de realizar o trabalho para o grupo

formado). Na fase final, a fase de acabamento, os indivíduos integram as alterações de comportamento conseguidas e o que aprenderam consigo de maneira a utilizar essas capacidades no futuro (O'Brien et al., 2002).

Yalom e Leszcz (2005, citado por Townsend & Morgan, 2017) descreveram onze fatores curativos que são atingíveis por parte do indivíduo nas terapias de grupo através das interações interpessoais: 1) instalação da esperança – através da recuperação de outros membros do grupo a esperança pode instalar-se para acontecer o mesmo consigo; 2) universalidade – o indivíduo não se sente sozinho relativamente ao que sente; os sentimentos de ansiedade são aliviados devido à universalidade; 3) divulgação de informação – o indivíduo ganha mais conhecimento quer seja porque foi ensinado ou pela partilha de outros membros do grupo; 4) altruísmo – Ajudar e apoiar outros gera uma autoimagem positiva e auto crescimento; 5) recapitulação corretiva do grupo familiar primário – indivíduos do grupo têm a possibilidade de reviver os conflitos familiares iniciais por resolver. As tentativas de resolução são promovidas através de exploração e *feedback*; 6) desenvolvimento de técnicas de socialização – através da interação e *feedback* de outros membros do grupo, o indivíduo é capaz de corrigir comportamentos sociais desadaptativos e aprender e desenvolver novas competências sociais; 7) imitação de comportamento – uma pessoa que tenha dominado uma competência psicossocial pode ser um modelo importante para os outros, na medida em que podem imitar certos comportamentos que desejam desenvolver; 8) aprendizagem interpessoal – através da interação o *insight* pode ser ganho tendo em conta como o indivíduo se percebe e como os outros o percebem; 9) coesão de grupo – o sentimento de pertença é desenvolvido e permite a separação do individual (i.e., eu sou), do grupo (i.e., nós somos); 10) catarse – no grupo os membros expressam sentimentos (positivos ou negativos) que possivelmente nunca o tinham feito, contudo fizeram numa atmosfera segura, sendo algo benéfico para os membros do grupo; 11) fatores existenciais – o grupo é capaz de auxiliar o indivíduo a direcionar a própria vida e aceitar as responsabilidades pela qualidade da sua existência.

Intervenção na crise

A crise é considerada um período de transição autolimitado, que traduz incapacidade pessoal para lidar com um acontecimento de forma adaptativa pela dificuldade na utilização de recursos pessoais ou devido à gravidade da situação. A crise pode ser uma ameaça (i.e., pode implicar problemas no funcionamento se se manter durante um período) e, em simultâneo, uma

oportunidade (i.e., permite a procura de novos recursos, estratégias e soluções, conduzindo ao crescimento pessoal) (Coelho et al., 2022).

Existem dois tipos de crise: a) crises circunstanciais – esta subdivide-se em dois: crises acidentais – não fazem parte da vida diária (e.g., catástrofes naturais); e situacionais – acontecimento inesperado que causa um estado de crise caso seja sentido como nocivo para o equilíbrio do sistema (e.g., divórcio, morte inesperada); b) crise de desenvolvimento – relaciona-se com os eventos evolutivos, o desenvolvimento da vida. É considerado previsível pois são comuns na vida de um indivíduo (e.g., envelhecimento, morte) (Coelho et al., 2022).

Com base nas teorias clássicas, quando um indivíduo se encontra em crise geralmente passa por várias etapas: 1) desordem (e.g., descarga emocional); 2) negação (i.e., o indivíduo nega o acontecimento); 3) intrusão (e.g., presenças de ideias involuntárias de dor); 4) partilha (e.g., partilha do que a pessoa sentiu com a situação de crise); 5) término (i.e., resolução da crise) (Coelho et al., 2022).

No que concerne à avaliação de crise, relativamente a certos aspetos, é necessário incluir: a) a dimensão clínica que inclui sintomas, gravidade e agudicidade; b) a presença de sintomas psiquiátricos graves e agudos (e.g., estados de agitação psicomotora); c) a rede social e de suporte, procurando o grau de rutura, proximidade; d) rutura das relações familiares e/ou sociais; e) a posição da pessoa, a consciência que possui relativamente ao problema; f) o nível de risco para o próprio e para terceiros (Coelho et al., 2022).

Desta forma, a intervenção é um processo criado para ajudar o indivíduo e a respetiva família com o objetivo de auxiliar a ultrapassar o evento traumático, ao minimizar o seu impacto negativo e ao aumentar as oportunidades de crescimento (Coelho et al., 2022).

Esta intervenção tem como objetivos: a manutenção de um laço positivo e significativo; a recolha de informação para avaliar o funcionamento do indivíduo; a procura de situações significativas de forma a perceber o que desencadeou a crise; ajudar na tomada de consciência; corrigir, se necessário, as distorções cognitivas; apelar à expressão das emoções; fornecer todo o apoio necessário (Coelho et al., 2022).

3.2.2. Planejamento de intervenção segundo os objetivos desenhados de acordo com as competências do EEESMP

Objetivo Geral – 1ª Competência EEESMP					
<p>A 1ª competência do EEESMP consiste em deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2018). Assim, pretende-se que o conhecimento e consciência de si seja dominado, enquanto pessoa e enfermeiro, de modo a estabelecer uma relação psicoterapêutica com os clientes de ambos os contextos.</p>					
Objetivos Específicos					
<p>Identificar tomada de consciência de si, particularmente durante a relação terapêutica.</p>					
Atividades	Estratégias	Recursos			Indicadores de Avaliação
		<i>Humanos</i>	<i>Materiais</i>	<i>Tempo</i>	
<p>Monitorização de emoções, comportamentos e crenças subjacentes à dinâmica entre enfermeiro/cliente, que possam inviabilizar a relação psicoterapêutica</p>	<p>Aprofundamento dos conhecimentos relativos aos aspectos importantes de uma relação psicoterapêutica</p>	<p>Eu</p>	<p>Revisão bibliográfica sobre Relação Terapêutica e Relação de Ajuda (RA);</p>	<p>-</p>	<p>Estabelecimento uma relação psicoterapêutica eficaz</p>

	Introspeção permanente sobre os papéis desempenhados por cada um dos intervenientes (enfermeiro/cliente)	Eu	“	Em qualquer interação com os jovens	Identificação dos processos de causa/efeito em cada um dos intervenientes
Monitorização de emoções, comportamentos e crenças subjacentes à dinâmica entre enfermeiro/utente, que possam potenciar uma relação psicoterapêutica	Consciencialização de pensamentos e sentimentos próprios quando <i>in loco</i> ;	Eu	“	Durante e após interação com os jovens	Reflexão segundo a metodologia do Ciclo reflexivo de Gibbs e partilha/discussão com Enfermeiros Orientadores
	Ponderação sobre estratégias de superação a adversidades de vários tipos				
Calendarização		Ao longo de ambos os Ensinos Clínicos.			

Objetivo Geral – 2ª Competência EEESMP					
<p>A 2ª competência EEESMP consiste em assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (OE, 2018). Na prática decorrente de ambos os ensinamentos clínicos, pretendeu-se assistir a pessoa, família e grupo em situação de agudização e reabilitação de patologia do foro mental.</p>					
Objetivos Específicos					
<p>Realizar uma avaliação global dos jovens internados e integrados no HD durante os períodos de estágio, que permita a compreensão abrangente da sua história de saúde, com ênfase na saúde mental do indivíduo e família, possibilitando o desenvolvimento do conceito de identidade pessoal.</p>					
Atividades	Estratégias	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Avaliação constante do estado mental dos jovens de ambos os contextos</p>	<p>Entrevistas individuais ao longo do tempo de permanência dos utentes no internamento</p>	<p>Eu</p> <p>Enfermeiros Orientadores</p> <p>Equipa de enfermagem</p>	<p>Processo clínico</p> <p>Sistema informático <i>SClínic</i></p>	<p>Ao longo dos Ensinamentos Clínicos</p>	<p>Registos em <i>SClínic</i></p> <p>Discussão com Enfermeiros Orientadores e restantes membros da equipa multidisciplinar</p> <p>Reflexões individuais</p>
	<p>Entrevistas individuais após interação com família</p>				
	<p>Papel de co-terapeuta em contexto de grupo terapêutico</p>				
Calendarização		<p>Ao longo de ambos os Ensinamentos Clínicos.</p>			

Objetivo Geral – 3ª Competência EEESMP					
<p>Segundo esta competência, o enfermeiro ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (OE, 2018). Deste modo, pretende-se identificar as necessidades específicas de cada um dos jovens em ambos os contextos e desenvolver um plano de cuidados como resposta.</p>					
Objetivos Específicos					
<p>Colheita de dados para posterior sistematização, análise e determinação de diagnóstico, para identificação de resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação de plano de cuidados com o jovem da Unidade de Internamento e restante equipa de saúde.</p>					
Atividades	Estratégias	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realização de uma admissão em cada contexto	Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas	Eu Enfermeiros Orientadores Equipa de enfermagem	Sistema informático <i>SClinic</i>	Quando surgir a possibilidade	Discussão com os Enfermeiros Orientadores e restantes membros da equipa multidisciplinar Negociação de plano de cuidados com jovem
Calendarização		Ao longo de ambos os Ensinos Clínicos.			

Objetivo Geral – 4ª Competência EEESMP					
De acordo com a 4ª competência, o enfermeiro presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2018). Nestes contextos, e constando que o público-alvo são pessoas na fase da adolescência, pretende-se utilizar atividades psicoterapêuticas de modo a promover a autopercepção, a autoestima, a alteração de comportamento e o ajuste de mecanismos de <i>coping</i> .					
Objetivos Específicos					
A implementação de intervenções psicoterapêuticas nos planos de cuidados dos jovens, de modo a potenciar a adoção de um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, através da capacitação, orientação e assistência, promotora da auto recriação, autoconceito e autoconhecimento.					
Atividades	Estratégias	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Proceder ao levantamento do diagnóstico de situação (aplicável a ambos os contextos)	Planeamento e realização de três atividades psico e socioterapêuticas no Internamento e de quatro no HD Integração nas atividades terapêuticas semanais de dois grupos do HD	Eu Enfermeiros Orientadores Jovens de ambos os contextos	Material de desenho e escrita Caixa Espelho Coluna/dispositivo de áudio	Últimas duas semanas do primeiro Ensino Clínico	Recolha de <i>feedback</i> dos utentes à <i>posteriori</i> Avaliação do estado mental dos utentes nos turnos posteriores às atividades Discussão com os Enfermeiros Orientadores Reflexões individuais diárias no HD
Calendarização		Ao longo de ambos os Ensinos Clínicos.			

3.2.3. Intervenções desenvolvidas

Os objetivos definidos são sobreponíveis e mobilizáveis para ambos os estágios, no entanto as intervenções planejadas e não planejadas variam entre os contextos. Serão, então, abordados primariamente, momentos de relevo da integração no **contexto hospitalar**.

Identificam-se, então, quatro intervenções individuais realizadas com alguns jovens que se demonstram ser pertinentes para abordagem e coligação com competências adquiridas de EEESMP. Neste contexto também foram realizadas atividades terapêuticas de elevado grau de importância para aquisição de competências de EEESMP, que estarão disponíveis em Anexo (Anexo I, II e III).

A primeira situação ocorreu na semana de 23 a 29 de maio, com a cliente B.V.. Jovem de 16 anos, internada por ideação suicida, motivo pelo qual teve um internamento prévio. Aparência cuidada, orientada em todos os referenciais, com humor deprimido e afetos congruentes, sem alterações a nível do discurso ou pensamento.

Num turno anterior ao da situação que será relatada, a B. encontrava-se no jardim a falar com outras utentes sobre uma situação que lhe causa um grande transtorno, situação essa que decide partilhar, procurando uma opinião de um adulto. Refere ter sido vítima de abuso sexual quando era mais nova, por parte de alguém conhecido da família, questionando se seria pertinente contar aos pais. Ultrapassado um sentimento de perplexidade pessoal, procurou-se expor-lhe o resultado de cada uma das suas decisões, referindo que, por um lado, se não contasse continuaria a sentir o peso que referiu e que não deixaria de ser uma preocupação persistente, pois a possibilidade de rever a pessoa em questão é elevada. Por outro lado, se os pais tivessem conhecimento, poderiam dar-lhe o apoio emocional que necessitava e tomar medidas quanto ao afastamento da referida pessoa. Procedeu-se ao término da conversa, pois não se tratava do *setting* mais adequado para aprofundar esta temática, embora tenha sido mostrado disponibilidade para retomar esta partilha quando a cliente se sentisse preparada.

No turno seguinte, a jovem encontrava-se num estado de elevada labilidade emocional e ansiosa com a reunião familiar agendada para o dia seguinte, conseguindo apurar que se sente nervosa perante a sugestão do psicólogo da unidade: que partilhasse esta informação com os pais. Com as condições de privacidade reunidas, foi possível retomar este assunto com a B., questionando-a quais as suas preocupações face à partilha com os pais. Terá sido reforçado o que foi partilhado anteriormente, com maior ênfase no benefício de lhes expor a situação, de modo a não quebrar o estabelecido em equipa multidisciplinar, sendo este um trabalho coletivo que visa a

atingir a prestação de cuidados de elevada excelência (Finkelman, 2006, citado por Ndoro, 2014), ao qual ela responde que isso iria causar um imenso sofrimento aos pais. Providenciou-se escuta ativa e empatia perante a situação, possibilitei a expressão de sentimentos e emoções, prestando apoio emocional. Em todas as forma de prestação de ajuda, a empatia é um elemento crucial, pois sem empatia não existe base para a ajuda (Reynolds & Scott, 1999), como também a escuta ativa e o apoio emocional são características importantes de uma relação de ajuda (Sequeira & Sampaio, 2022). A utente manteve-se conflituosa com a ideia de expor a situação aos pais, projetando o peso que agora sentia sozinha para eles. Esta interação com a jovem provocou um estado de ansiedade, paralelamente um certo reconforto ao sentir que foi possível aceder ao seu pedido de ajuda, de forma a capacitá-la na tomada de decisão informada, objetivo este da relação terapêutica estabelecida *à priori*. Esta situação detém bastante relevo, pois permitiu uma maior consciência de emoções provocadas relativas à situação em causa, que poderão ser passíveis de uma melhor gestão na abordagem de situações semelhantes no futuro, o que se pretende para o desenvolvimento da primeira competência do EEESMP.

A segunda intervenção realizada e que se apresenta ser um bom sujeito de análise foi com uma utente de 28 anos de idade. Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, de aparência cuidada, orientada em todos os referenciais; humor ansioso, logorreia presente no discurso, tal como períodos de hiperfonia, com fuga de ideias e afrouxamento associativo. Sem apuramento de alterações da percepção ou pensamento, mas com comportamentos sugestivos de.

A jovem inicia contacto, pois sentia que algo de anómalo se passava no serviço embora não o conseguisse apurar, o que lhe causava angústia. Foi mencionado que, naquele momento em específico, não se identificava nenhuma alteração à rotina habitual, mas procurou-se compreender o fundamento da sua crença. O profissional quando lida com um indivíduo num estado delirante deve evitar ir contra as crenças do cliente, tentando percebê-lo (Semple et al., 2005). O diálogo não foi correspondido, tendo abandonando a conversa para partilhar a mesma inquietação a outra jovem. Com o intuito de perceber a situação, procurou-se abordá-la novamente, tendo esta demonstrado bom contacto. A sua preocupação advinha da fuga de outro jovem pela qual esta se sentia responsável. Proporcionou-se um momento de orientação para a realidade que se revelou eficaz: “Sabe, é que acho que ninguém aqui gosta de mim” (sic.). Não se obteve resposta coesa quando se solicitou para desenvolver o seu pensamento. Ainda assim, foi incentivada a interagir com maior frequência com o restante grupo de pares. Questionou-se se conhece o motivo do seu internamento, ao qual não apresenta *insight*, referindo que seria a sua mãe que a pretendia “meter

cá” (sic.). Apresentou-se um impasse onde é procurado saber mais sobre as suas preocupações ao mesmo tempo que se tenta evitar o desconforto causado pelas questões que lhe foram colocadas. A própria utente menciona: “parece que estou num interrogatório. A comunicação deve ser fluída e haver retorno da sua parte. Diga-me algo sobre si. Quais os seus *hobbies*, por exemplo.” (sic), ao qual existe hesitação em lhe responder. Esta situação apresentou-se como sendo desconfortável, pois este confronto direto nunca teria acontecido previamente, sendo que a população deste contexto é distinta das idades sujeitas ao alvo dos cuidados prestados em contexto laboral. Neste sentido, e de forma a manter a intervenção fluída e não demonstrar o desconforto provocado, foi-lhe retribuída uma resposta onde abordou-se *hobbies* pessoais.

Após análise da situação, considera-se a pertinência de uma postura mais assertiva e de colocação de limites, esclarecendo também os papéis e o objetivo da relação terapêutica até ali desenvolvida. Posto isto, salienta-se a importância do estabelecimento de regras, comportamentos e limites esperados entre o enfermeiro e o cliente no início do desenvolvimento da relação terapêutica (O’Brien et al., 2002).

A terceira situação surge ao encontrar a jovem A.C. com maior labilidade emocional, isolada do restante grupo. Diagnosticada com alteração do comportamento alimentar, de aparência cuidada. Apresenta cicatrizes nos braços por CAL, humor depressivo e afetos congruentes, sem alterações da perceção ou do pensamento, com um discurso hipofónico, sem alteração da forma ou conteúdo. Quando abordada, manifestou ideação suicida não estruturada: “Queria acabar tudo” (sic). No decorrer do diálogo, procurou-se compreender a origem do sentimento, sendo que um dos requisitos da comunicação terapêutica é o descodificar a mensagem do cliente (Sequeira & Sampaio, 2022) não obtendo uma resposta concreta. A jovem optou por partilhar um poema que tinha escrito sobre o que sentia quando cometia CAL e da vontade que tinha em “desaparecer”. Junto da jovem, procurou-se estratégias de *coping* eficazes que pudessem atenuar o sofrimento sentido pela dificuldade expressada na sua relação com a comida. Sugeriu-se a expressão emocional a partir da escrita, com a reflexão sobre os aspetos positivos existentes na sua vida, o que foi imperativamente recusado. Sugeriu-se também que o verbalizasse; falou-se da rede de apoio e atividades lúdicas que pratica, mencionando que o piano seria a única que lhe era prazerosa. Neste momento, a Enfermeira Orientadora intervém e propõe que a A. escreva todos os sentimentos de que se quer libertar, sem que seja ligo pela equipa, para depois rasgar, intervenção esta que aceita. Foi sentida alguma impotência e frustração na abordagem com esta utente por não conseguir dar resposta às necessidades que a A. manifestava; a utilização da entrevista motivacional⁵ não foi

bem-sucedida. Esta situação serve de exemplo para uma próxima situação de cariz idêntico, tendo sido apurados conhecimentos e mecanismos para uma intervenção mais eficaz. A avaliação de um conjunto de diversas interações é o que se pretende num processo de cuidados, logo, não é o facto de uma intervenção ter sido menos eficaz que invalida o plano de cuidados.

A última situação a ser abordada relata a admissão do utente L.P., jovem de 18 anos, no dia 15 de junho. Proveniente do serviço de urgência por TS por inalação de gás, com antecedente de outra TS por injeção de “verniz das obras” em dezembro do ano passado. Apresentava-se calmo e colaborante, com contacto provocado. Humor eutímico e afetos congruentes, sem alterações de discurso, percepção ou pensamento.

Procedeu-se a uma avaliação inicial, procurando avaliar o jovem numa perspetiva holística, ou seja, nas diversas dimensões, sendo algumas delas a individual, familiar, social, escolar (ISPN, 2010). No entanto, a avaliação não terminou neste momento. A avaliação conduzida ao longo do internamento identifica-se tão importante como a avaliação inicial, com intuito de avaliar as intervenções de enfermagem implementadas, os resultados esperados, identificar e implementar novas intervenções, tendo sempre por base os diagnósticos de ESMP formulados, como preconizado pelas competências específicas do EEESMP.

Neste sentido, realizou-se no dia 21 uma entrevista de enfermagem para uma colheita de dados mais extensa, interrogando o jovem relativamente à sua dinâmica familiar e rotina, na perspetiva de compreender a motivação para a TS. Justificou este facto à pressão sentida por parte dos pais. Há um evidente compromisso na dinâmica familiar, havendo pouca compreensão por parte da família e pouca disponibilidade por parte de L. para esclarecer os seus sentimentos. Foi proposta a escrita da sua narrativa de vida como meio de reencontro consigo mesmo, permitindo assim um maior desenvolvimento da sua identidade. L. comprometeu-se à tentativa da escrita, facto este que vim a constatar no dia 25, mas que se demonstrava ser mais complexo do que esperava. Reforçou-se a ideia de que poderia vir a ser benéfico para o seu desenvolvimento e para uma mais fácil auto compreensão e definição de compromissos de identidade, facilitando assim a sua projeção no futuro. Nesta segunda interação também se realizaram intervenções a nível da sua dificuldade em comunicar com a mãe, procurando, com o jovem, estratégias de comunicação que pudessem vir a ser eficazes quando lhe surgem sentimentos de não compreensão e falta de pertenc-

⁵ A entrevista motivacional é considerada uma competência complexa que é aprendida ao longo do tempo, um estilo comunicativo com o centro no indivíduo, permitindo o aumento da motivação intrínseca para a mudança (Miller & Rollnick, 2012)

ça. O *feedback* que obtido foi positivo, demonstrando-se mais tranquilo e agradecendo a disponibilidade para intervenção. Foi reforçado de que existe sempre disponibilidade, de uma forma geral, por parte da equipa. O sentimento de concretização surge ao presenciar uma evolução na relação de ajuda desenvolvida com o L. desde a sua admissão. O processo de enfermagem deste jovem carece de desenvolvimento, mas as intervenções realizadas até à data de término do ensino clínico demonstraram-se ser eficazes, sendo que o jovem demonstrou maior consciencialização de si e vontade de alteração de comportamento.

Em **contexto comunitário** foi possível a integração de dois grupos terapêuticos previamente estabelecidos, onde o papel desempenhado passou por três fases distintas: observador, coterapeuta a terapeuta. É descrito pelo *Psychiatric-Mental Health Nursing Scope and Standards of Practice* (American Nurses Association, 2007, citado por Townsend & Morgan, 2017) que quem lidera um grupo psicoterapêutico deverá deter, no mínimo, um grau de mestre em ESMP.

Os Enfermeiros Orientadores, por esta dificuldade em implementação imediata do PE, propuseram, para o desenrolar do estágio, a realização de reflexões diárias. Estas reflexões identificaram-se como um alicerce para o desenvolvimento da primeira competência do EEESMP, sendo que, numa fase inicial, demonstravam alguma dificuldade no aprofundamento reflexivo, enquanto que, até ao final do estágio, a disponibilidade emocional para a partilha foi notória.

Na XV reflexão (Anexo IV), foi abordada a temática da contratransferência. Para melhor compreensão deste fenómeno, torna-se primordial a abordagem do conceito de transferência, e posteriormente da contratransferência. Este fenómeno intersíquico que age na relação interpessoal, compreende-se como a transposição, ou repetição, de forma inconsciente de sentimentos e atitudes vivenciadas com um indivíduo ou situação passada para um indivíduo ou situação presente. Deste modo, é perceptível o potencial transferencial que a relação terapêutica e a clínica de ESMP detém. Clientes que se encontrem em posições de elevada dependência (limitações físicas/psíquicas/sociais, crise, desconhecimento sobre o seu futuro, ambientes estranhos, etc.), é compreensível que se espere uma tendência à repetição de padrões de relacionamento interpessoal familiares (infantis), de modo a atenuar a ansiedade. Vivências precoces de dependência, de vinculação e de suficiência/insuficiência de cuidados, manifestam-se com facilidade na relação com o EEESMP, dado que esta relação não é emocionalmente neutra. Uma vez que este fenómeno apresenta sempre um pedido de cuidados de âmbito biográfico, encontra-se também uma oportunidade, pois a análise e interpretação de momentos de transferência dos clientes oferecem ao EEESMP acesso privilegiado à compreensão das vivências

de cuidados previamente internalizadas, como também às características dos objetos (“bons/maus” cuidadores) introjetados. Deste modo, possibilita o EEESMP de selecionar as respostas relacionalmente terapêuticas para aquilo que o cliente apresenta como necessidade relacional cuidativa (Oliveira Lopes & Cutcliffe, 2018 cit. por Sequeira & Sampaio, 2022).

Compreendendo este fenômeno, é perceptível que, o EEESMP, como pessoa, também estará sujeito a estes mecanismos de transferência. Na contratransferência, o EEESMP detém uma subjetividade que se expressa numa resposta inconsciente e desproporcional ao cliente, que se vê provocada pela circunstância de vida em que se encontra, através do seu padrão comunicacional ou mesmo pela própria transferência que se desenvolve para com o EEESMP. Este fenômeno, na ESMP, detém uma qualidade e intensidade distinta de outros sentimentos que se aparecem em contexto de relação de cuidados com o cliente, dado que é de difícil identificação e de caráter não consciente, levando a um conjunto de respostas, de um modo geral, inapropriadas a nível de conteúdo e contexto de relação. Destacam-se diversos exemplos de situações em que surge a contratransferência no EEESMP, nomeadamente quando este: sente que necessita, de forma acrescida, de partilhar com outros acerca deste cliente em particular; quando permite que sejam violados limites pessoais e/ou profissionais; quando as escolhas que faz de cuidados não conseguem ser justificadas como terapêuticas; quando se envolve de forma exacerbada nos cuidados ao cliente; se retira dos cuidados (Oliveira Lopes & Cutcliffe, 2018 cit. por Sequeira & Sampaio, 2022). No entanto, como resposta emocional intensa, a contratransferência poderá também manifestar-se através de sintomatologia física que acompanha o *stress*, nomeadamente o aumento da sudação, o ranger dos dentes, taquicardia em descanso, perturbações do sono, entre outras. Estas reações corporais possibilitam que os enfermeiros tomem consciência da sua contratransferência (Evans, 2007, cit. por Sequeira & Sampaio, 2022). Tendo em conta que interfere na relação de cuidados, o reconhecimento do fenômeno é um imperativo técnico e ético-deontológico. No entanto, a análise e interpretação da contratransferência possibilita ao EEESMP o acesso ao pedido inconsciente do cliente. Deste modo, e avaliando cada caso como único, pode-se dizer que o sentir uma necessidade acrescida de partilhar com outros informação sobre este cliente poderá ajudar o EEESMP a compreender o quanto o cliente deseja/teme não ser esquecido; como a violação de limites poderá auxiliar a compreensão do desejo do cliente para se confundir com o EEESMP (Sequeira & Sampaio, 2022).

Posto isto, e tendo em consideração a reflexão descrita, foi imprescindível a compreensão deste conceito e a sua forma de identificação para que não tornasse impeditivo na prestação de

cuidados à cliente em questão. De modo a colmatar esta dificuldade, foi necessário uma partilha de sentimentos e emoções provocadas com os Enfermeiros Orientadores, que, por sua vez, possibilitaram a exploração do fenómeno e quais as implicações que teria dali para a frente. A reação inicial, descrita na reflexão, seria o abandono do processo de cuidados ao cliente, no entanto, o ganho de consciência e a partilha/discussão, possibilitou o desenvolvimento de estratégias para conseguir gerir os efeitos da contratransferência e permanecer nos cuidados com uma maior consciência pessoal e do papel que se desempenha na relação terapêutica.

Neste contexto, numa fase posterior, tornou-se possível a implementação do PE e a execução de atividades psicoterapêuticas previamente planeadas (Anexos V, VI e VII). Será abordada com maior pormenor uma das atividades terapêuticas, nomeadamente a designada por “O eu pequenino”, que se destaca por ter na sua base dança e movimento.

Numa reflexão teórica sobre o uso da dança e da máscara no sociodrama moreniano, os autores destacam que, na utilização destes meios com adolescentes em situação de crise, facilita-se a expansão do ser interior do adolescente. Ao incluir movimentos criativos, a dança estimula a atividade mental e viabiliza a capacidade de dar respostas inovadoras, criativas e adequadas a situações inesperadas, para além de cultivar no adolescente a espontaneidade, tornando-o mais apto para enfrentar a vida (Valladares et al., 2005).

Num contexto terapêutico, a dança pode ser utilizada como um mediador artístico e expressivo, com foco no processo criativo e no conteúdo, ao invés da estética e na forma. A dança, como mediador, identifica-se como o meio que possibilita a comunicação consigo mesmo e com os outros, além de permitir o confronto com o *self*. Falar sobre o que foi criado, ao invés de falar sobre si próprio, estabelece-se um distanciamento que facilita a comunicação e o estabelecimento de uma relação. Possibilita-se, também, a acessibilidade a conteúdos inconscientes e a aproximação dos mesmos à realidade, através do trabalho com imagens simbólicas que ordenam e atribuem significado às nossas vidas (Bucho, 2009).

A utilização de terapias que se focam primariamente no não-verbal, possibilita aos participantes a experimentação de novos papéis, desenvolvam a sua criatividade, autoexpressão, imagem negativa e autonomia, favorecendo também a canalização da agressividade, uma exteriorização mais natural de sentimentos, emoções e comunicação de pensamentos (Valladares et al., 2005).

A utilização da dança, enquanto intervenção de enfermagem, poderá atuar como fator promotor de saúde, o que permite a estabilização do sistema-cliente descrito por Betty Neuman,

dado que se fortalece a linha flexível de defesa, o que leva a otimizar o potencial ou condição de bem-estar do cliente. Ao enquadrar a dança enquanto atividade de grupo, ambos poderão ser considerados como fatores que promovem a reconstituição do sistema-cliente, ou seja, o retorno e a futura manutenção da estabilidade do sistema.

Neste sentido, e tendo em conta o diagnóstico levantado, procedeu-se ao planeamento da atividade, que se apresenta destacado na Tabela 2. O historial com a dança e o interesse por esta vertente de terapia de grupo, apresentaram-se como fortes alicerces ao desenvolvimento e estruturação da atividade. A avaliação da atividade foi realizada por meio de Reflexão XVII (Anexo VIII).

Tabela 2 - Plano de Atividade III – “O Eu pequenino” – 13/12/2022

Caracterização do Grupo
Adolescentes que integram os grupos terapêutico às terças-feiras no HD, perfazendo um total de 6 elementos
Dinamizadores
1 AEEESMP – terapeuta, 2 EEESMP – coterapeutas
Finalidade da Atividade
Utilização do <i>setting</i> de Grupo como instrumento terapêutico de desenvolvimento individual e interpessoal
Objetivo Geral
Desenvolver competências pessoais e interpessoais no grupo terapêutico
Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a capacidade criativa - Estimular a capacidade reflexiva - Promover a confiança - Promover a interação e a comunicação de grupo - Promover o sentido de pertença ao grupo
Espaço Físico
Sala de atividades do HD
Recursos Materiais
Coluna, dispositivo de áudio, folhas de papel A4, canetas/lápis
Métodos

Expositivo, reflexivo e interativo
Estratégia
Fases da atividade (+/- 60 minutos) <u>Aquecimento (13'03" minutos):</u> <ul style="list-style-type: none">- Breve abordagem ao tema: ser criança. Pedir que descrevam o que é ser criança com uma palavra. (3')- Pretende-se que caracterizem a criança que foram e que escrevam na folha A4 (5')- Realizar o jogo das cadeiras: Kids – MGMT (5'03) <u>Desenvolvimento (27'13" minutos):</u> <ul style="list-style-type: none">- Andar pela sala e, com as indicações verbais do terapeuta, começar a descobrir o “eu” pequenino: tenho mãos, tenho pernas e pés e consigo mexer os membros. O terapeuta começa a dar indicações de movimentos que crianças fazem para os jovens realizarem: espreguiçar, gatinhar, coçar, sentar, levantar, andar de bicos de pés, com os calcanhares, fazer caretas, seguir as outras pessoas (...): La Valse D’Amelie (Orchestra Version) – Yann Tiersen (2’), Overture – Dario Marianelli (3’17”) (2 músicas: 5’17”)- Jogo da imitação “As crianças fazem o que vêm”: o terapeuta põe-se à frente dos adolescentes e irá fazer movimentos e emitir sons que os adolescentes terão que reproduzir. O papel ativo será rodado por todos os participantes, sendo que terão de imitar o que os outros jovens também reproduzirem. (10’)- Jogo do espelho “Eu tenho reflexo!”: os adolescentes serão divididos em pares e incentivados a personificar a sua criança a descobrir que têm reflexo pela primeira vez, sendo que um dos jovens provoca os movimentos e o outro terá de reproduzir, tentando demonstrar, com indicações verbais do terapeuta, emoções como o espanto, a felicidade, o medo, e que as suas ações se refletem no outro. O adolescente com posição ativa troca com o seu parceiro, passando a reproduzir os movimentos do outro: Baby – Adrián Berenguer (4’42), Little Things – Adrián Berenguer (3’04”) (2 músicas: 7’48”)- “E quando estamos sozinhos?”: será pedido que libertem a criança que existe dentro de si, através da dança, como se ninguém estivesse a ver. Neste momento iniciam com os olhos fechados. O terapeuta e coterapeutas vão auxiliando os adolescentes que se demonstrem ter mais dificuldade nos movimentos. A meio da música é pedido que abram os olhos, reforçando que todas as pessoas têm uma criança dentro delas e que não estão sozinhos. Continuamos a dançar em grupo: Vale – Maribou State (4’08”)

Relaxamento (5'20" minutos):

- Retomar o andar ao longo da sala e realizar um breve alongamento seguindo as indicações do terapeuta: New Home – Austin Farwell (2'06")
- Deitar no chão na posição que lhes seja mais confortável. Realizar alguns exercícios de respiração e de consciencialização de partes do corpo (tendo por base o Relaxamento de Jacobson): Voice of Nature – Lesfm & Olexy (3'14")

Avaliação (15 minutos):

- Em discussão final, é pedido que partilhem o que escreveram no aquecimento, referente à caracterização do eu criança e se a realização da atividade teria alterado de alguma forma o que foi escrito anteriormente. Promove-se a partilha de sentimentos/emoções que surgiram durante a atividade, em particular pela realização de atividades mais infantis, refletindo se remeteu para a própria infância e se foi desafiante a forma de expressão através do movimento. Pretende-se compreender se a realização da atividade foi importante para os elementos do grupo, e em que medida.

Avaliação

Realizada em formato de Reflexão XVII (Anexo XIII)

4. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DE EEESMP E MESTRE

O percurso realizado até então diferencia-se de qualquer outro percorrido, na medida em que pretende a aquisição de competências de EEESMP e de mestre. Neste capítulo será realizada uma análise reflexiva desse mesmo percurso e, de que forma, tendo em consideração não só a integração no Curso de Mestrado em Enfermagem como também a experiência pessoal e profissional, estes ganhos se verificaram.

Os objetivos definidos para o PE alinhavam-se com as competências do EEESMP, sendo que foram propostos os meios para serem atingidos. No entanto, de modo a explicitar os ganhos inerentes ao cumprimento de cada objetivo, serão abordadas individualmente cada uma das competências do EEESMP, descritas no Diário da República, 2ª série –N.º151 de 7 de agosto de 2018 (OE, 2018).

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;**

Não é por acaso que a frase apresentada no início deste relatório invoca o autoconhecimento como um sentimento de iluminação. Esta foi a competência mais desenvolvida ao longo deste percurso, em todos os contextos de vida, destacando assim a Reflexão XI (Anexo IX). Durante a fase teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem, foi proposto como optativa a cadeira de Desenvolvimento Pessoal, que, por sua vez, despoletou um interesse peculiar dado estar a percorrer também um processo de psicoterapia. A nível pessoal, o conceito de autoconhecimento centrava-se na base da própria existência e relação com o outro, e esta procura para esclarecer questões da identidade pessoal sempre se identificavam como prioritárias. Portanto, esta optativa apresentava-se como facilitadora no sentido em que o processo já havia sido iniciado.

Ao longo de ambos os contextos de estágio, foram feitas reflexões perante situações específicas, algumas delas descritas neste relatório, em que os critérios de avaliação desta unidade de competência se mostraram como guias para conseguir compreender, de forma clara, esta aquisição de competência. Demonstrou-se ser possível, em diversos momentos, identificar situações que interferiram na atuação com os jovens. De salientar a Reflexão XVI (Anexo X), realizada no contexto de HD, onde se retrata uma implementação de atividade e os impedimentos

interpessoais que poderiam ter levado ao compromisso da intervenção, e as aprendizagens pessoais adquiridas pela experiência, como também uma monitorização de reações corporais e emocionais. Neste relatório foi enunciada uma intervenção realizada também em contexto de HD em que se aborda uma situação de contratransferência (Anexo IV – Reflexão XV), e os impasses na concretização de uma eficaz e benéfica relação terapêutica. Foram aprimorados mecanismos de gestão do impacto que este fenómeno provocou, nomeadamente em discussão com os Enfermeiros Orientadores, que se apresentaram como grandes alicerces para este desenvolvimento. A colocação de limites na relação profissional também foi alvo de reflexão aquando no contexto de Internamento e posteriormente neste relatório, fator este dificultado pela proximidade de idade da jovem em questão, mas que haverá sido colmatado progressivamente por uma maior aquisição de assertividade e esclarecimento de papéis.

Este desenvolvimento de autoconsciência permitiu, também em contexto laboral, uma maior propensão para a realização de relações de terapêutica e ajuda mais eficazes.

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

Os contextos de estágio apresentaram-se como fulcrais no desenvolvimento desta competência do EEESMP, na medida em que, tanto no Internamento como no HD, foi possível uma constante avaliação das necessidades de saúde mental dos jovens que nestes integravam. Diversos momentos individuais em contexto de Internamento possibilitaram uma avaliação global da história de saúde, em particular da saúde mental do indivíduo como também da família. Uma avaliação do estado mental constante e o seu registo e partilha com os Enfermeiros Orientadores, levou a que fosse discutido as capacidades internas e externas de cada jovem para a manutenção e recuperação de saúde mental. O PE possibilitou também a promoção do empoderamento e da autoconsciência, que, por sua vez, atuam a nível do sistema-cliente para melhoria e manutenção de saúde mental. Foi possível apurar que, através da avaliação do cliente e sistemas, a tentativa de reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores protetores, implica um trabalho não só com o jovem, mas também com a família e comunidade.

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

Após aquisição da competência anterior, existe uma capacitação para desenvolvimento desta competência, ou seja, a realização de uma avaliação das necessidades leva à possibilidade de estabelecer um diagnóstico de saúde mental, de acordo com a taxionomia preconizada pela OE, da pessoa, família, grupo e comunidade.

Utilizou-se o *setting* dos estágios para diagnóstico situacional do grupo, e, dessa forma, estabelecer resultados esperados, mobilizando indicadores sensíveis de saúde mental. De modo a alcançar os objetivos esperados, formularam-se intervenções de Enfermagem personalizadas, tendo em consideração os recursos disponíveis. Estas intervenções de enfermagem surgem em parceria com a equipa multidisciplinar e pressupõem uma atuação com os jovens/família/escola, podendo também contemplar o trabalho em rede.

Procedeu-se à implementação do PE planeado para os grupos estipulados nos diferentes contextos, com alguns impedimentos na realização de algumas atividades planeadas, por difícil gestão de assiduidade dos jovens no HD. No entanto, sendo que a enfermagem é considerada uma arte, a destreza para o imprevisto nestas situações era crucial. A possibilidade de implementar intervenções estruturadas auxiliou no desenvolvimento destas capacidades, ressaltando também a posterior avaliação das mesmas.

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

A versatilidade das intervenções do EEESMP passam por diversas abordagens, nomeadamente a nível psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Destacamos as intervenções psicoeducacionais, no sentido em que o fruto das nossas intervenções como enfermeiros passam pelo ensino para a saúde, que não se restringe exclusivamente à pessoa, estendendo-se à família/grupo/comunidade. Tendo em conta a população-alvo, torna-se

imprescindível uma maior sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos como a sexualidade, o abuso de substâncias, violência e comportamentos de risco.

Estas intervenções passaram por momentos individuais com os jovens, como também em momentos de partilha de grupo, ou em momentos de intervenção com a família, mais em contexto de Internamento, fomentando assim a adesão de todos os intervenientes no processo terapêutico. Nestes momentos, proporcionou-se a possibilidade de aprofundarem o seu autoconhecimento e *insight* relativo ao seu processo saúde-doença, como poderão conseguir desenvolver mecanismos de *coping* mais eficazes que possibilitem uma melhoria da autoestima e consequente alteração do comportamento.

No HD as intervenções que dominam são notoriamente as psico e socioterapêuticas. A essência deste contexto integra-se na criação de grupos terapêuticos para realização de sessões com escolhas distintas de mediadores, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições. Pretende-se também que estas intervenções auxiliem no desenvolvimento de autoconhecimento e *insight* relativo ao seu processo saúde-doença, facilitassem a libertação de tensões emocionais e desenvolvessem respostas adaptativas para manterem/restaurarem a saúde mental e gerarem mudanças positivas no seu estilo de vida de modo a se tornar gratificante.

As atividades socioterapêuticas complementam as anteriores, no sentido em que, através da gestão do ambiente, seja criado um *setting* terapêutico, para a realização de outras ações, nomeadamente o treino de resolução de conflitos e a dramatização.

Em ambos os contextos de estágio foi possível a implementação destas intervenções como coterapeuta e terapeuta. Estas competências também se desenvolveram após o término do estágio, nomeadamente na mudança de local de trabalho para uma unidade de internamento de Pedopsiquiatria.

As competências referentes ao **grau de Mestre**, publicadas no artigo 15º do capítulo III do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), foram aprimoradas através da realização de atividades que, por sua vez, complementam as aprendizagens referentes ao Curso de Mestrado em Enfermagem e da prática profissional. De forma a explicitar a aquisição destas competências, serão abordadas individualmente.

a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:

- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
- ii) permitam e constituam a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.*

A Licenciatura em Enfermagem identifica-se como o início deste percurso profissional. Neste primeiro ciclo de estudos desenvolveram-se competências inerentes à prática de enfermagem, que permanecem deste então. No entanto, no desenrolar da prática em contexto laboral na área da ESMP e o surgimento de uma pandemia que deteve um impacto significativo da saúde mental da população mundial, o percurso sentia-se incompleto e carecia de aprofundamento de conhecimentos. Neste contexto, surge a possibilidade e interesse em continuar o programa de estudos e ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este curso possibilitou, através das diferentes unidades curriculares, um aprofundamento de conhecimentos e competências específicas para a formação de uma base sólida, contributos estes para a evolução profissional. Competências como uma tomada de decisão ética e especializada, o papel da liderança em enfermagem, e uma maior capacitação a nível de investigação e produção de conteúdo científico, são exemplos de aquisições deste curso. Os estágios proporcionados neste contexto também se incluem no desenvolvimento destas competências, pois requereram uma constante adaptação e aprofundamento de conhecimentos, que implicaram uma procura de evidência científica pertinente ao contexto e uma partilha/discussão de conhecimentos com os Enfermeiros Orientadores e restante equipa multidisciplinar.

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

A experiência profissional até à data dos estágios, consistia-se num Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria para adultos com perturbação mental em fase crónica. O facto de os contextos de estágios deterem uma população completamente distinta do que se estaria habituado, requereu uma adaptação inevitável à prestação de cuidados, dados todos os desafios inerentes ao contexto de Pedopsiquiatria.

O integrar uma nova equipa multidisciplinar e conhecer e explorar a rede em que se inserem os cuidados do HD também pretende uma nova adaptação e desenvolvimento na aplicabilidade de saberes e competências.

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

Dada a vulnerabilidade da população-alvo com que se trabalhou nos contextos de ensino clínico, torna-se imprescindível o desenvolvimento destas competências. A prática da enfermagem com adolescentes exige uma abordagem abrangente que integra conhecimentos multidisciplinares, lida com questões complexas, desenvolve soluções e juízos em situações de informação limitada e reflete sobre as implicações éticas e sociais dessas mesmas ações.

Crises emocionais e de identidade, situações estas complexas e inerentes ao desenvolvimento do adolescente, requerem que os enfermeiros sejam capazes de intervir de forma eficiente e utilizando o seu juízo clínico, com base em conhecimentos adquiridos.

Existem temas ou eventos que requerem uma sensibilidade específica, portanto o compreendê-los e refletir sobre eles para conseguir intervir de forma responsável e ética junto do jovem e da família tornou-se numa competência que se mostrou imperativa de desenvolver. O envolvimento na equipa multidisciplinar e a expressão destes assuntos/preocupações com os Enfermeiros Orientadores fomentaram o processo de análise e reflexão, mostrando-se imprescindível para o desenvolvimento desta competência que, através da qual, se tornou possível

a prestação de cuidados eficazes e sensíveis às necessidades dos adolescentes, que promovam a saúde não só física como mental.

- e) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;**

A capacidade de comunicar de forma clara e sem ambiguidades, quer seja em contexto de relação com clientes, colegas ou restantes membros da equipa multidisciplinar, acaba por ser inerente à prática de Enfermagem.

Tendo em conta a população-alvo com que se trabalhou em contexto de Ensino Clínico, torna-se imprescindível uma adaptação da linguagem para que esta seja compreendida. O mesmo se aplica à comunicação com família/grupo/comunidade. Os cuidados prestados só se poderão considerar de excelência se as pessoas que os vão receber os compreenda, e para isso é crucial que o enfermeiro consiga transmitir os planos de cuidados de forma simples e acessível. A comunicação também se encontra inerente ao desenvolvimento de uma relação terapêutica ou relação de ajuda positiva, que proporcione ganhos na saúde do cliente.

Estas competências não se observaram somente na relação com o cliente, mas também na interação com a equipa multidisciplinar, em particular quando se proporcionavam momentos de discussão de casos clínicos.

- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.**

Regendo-nos pelo paradoxo socrático que dita “Só sei que nada sei”, a aquisição de novo conhecimento leva-nos a perceber, de forma humilde, que nunca poderá terminar ali. A aprendizagem carece de ser uma constante ao longo da vida, e o desenvolvimento pessoal e profissional é o grande motivador para essa contínua procura de novos desafios.

Transpondo isto para a área de Enfermagem, é notório o avanço científico que decorre ao longo dos anos, tornando-se imperativo a procura desse conhecimento para ajustar a prática às novas descobertas. Em contexto laboral proporciona-se através da partilha de conhecimentos a

nível formal e informal, como no ingresso de ações de formação em que ambos os papéis suscitam formas de aprendizagem.

O ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem representa precisamente essa procura incessante de novas aprendizagens e, conseqüentemente, desafios, dado que se mostrou o grande motivador para a mudança a nível laboral.

De acordo com esta análise reflexiva, consideramos ser detentores das competências exigidas para obtenção do título de Mestre e Enfermeiro Especialista em ESMP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O término deste relatório marca o fim desta etapa longa e duradora, que se estendeu por 3 anos. A criação desta obra proporcionou o espaço para o desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão crítica acerca do papel do EEESMP na promoção e obtenção de saúde mental.

Neste capítulo, destaca-se uma síntese do documento, uma análise aos resultados obtidos e uma discriminação dos contributos, quer profissionais quer pessoais.

O conceito de identidade está intimamente relacionado com a saúde mental, pois a forma como a pessoa se percebe e identifica poderá influenciar profundamente o seu bem-estar psicológico. É na fase da adolescência que se desenvolvem processos de formação da identidade, realçando o processo de exploração, em que o adolescente procura diversas opções/papéis/crenças/valores antes de assumir um compromisso. Logo, a adolescência destaca-se por ser uma fase transitória de intensa procura de autoconhecimento e definição pessoal, que poderá ser bem-sucedida, onde o adolescente consegue assumir, de forma positiva, uma identidade e comprometer-se, ou confusa, no sentido em que não existe firmeza nas suas escolhas relativamente à pessoa que é. Este estado de confusão ou crise de identidade poderá aumentar a vulnerabilidade a várias perturbações do foro mental. Quando uma pessoa não se apresenta firme relativamente à sua identidade, e, considerando que a pessoa é um sistema aberto, multidimensional, em constante interação com o ambiente, tendo por base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, poderá comprometer a linha de defesa normal e flexível. Deste modo, e através do diagnóstico situacional dos contextos de estágio, procurou-se compreender qual o papel do EEESMP no fortalecimento do sistema-cliente, que reflete o objetivo geral deste relatório, no sentido em que se pretende a otimização do desenvolvimento da identidade do adolescente.

Deste modo, procedeu-se à realização de um plano de ação, que abrange os objetivos específicos deste relatório, na medida em que se propôs o desenvolvimento e criação de relações terapêuticas e de ajuda com diversos jovens de ambos os contextos, promoveu-se aos adolescentes a adoção de mecanismos de *coping* eficazes em momentos de confusão ou crise de identidade, e planeou e executou-se atividades terapêuticas que promoveram o autoconhecimento e consequente sentido de identidade.

Consegue-se avaliar os resultados deste PE não só através da leitura deste relatório como também das diversas reflexões realizadas em ambos os contextos, que explanam os ganhos de saúde para o cliente com cada intervenção realizada, fosse ela individual ou de grupo, de cariz psicoeducativo, psicoterapêutico, socioterapêutico e psicossocial; como também o

desenvolvimento e aquisição das competências de EEESMP. A avaliação do estado mental dos adolescentes antes e após estas intervenções também se verificou como alicerce aos ganhos em saúde. Deste modo podemos defender a conquista dos objetivos desenhados para este relatório.

As conquistas a nível profissional observam-se, não só através da leitura deste relatório, como também nas mudanças realizadas a nível laboral por ter percorrido este caminho. É notória a diferença na realização profissional que se sente por esta transição.

Os ganhos pessoais surgem após o decorrer de várias adversidades. A definição de um plano de ação mostrou-se ser o maior desafio, dado que a temática que se pretendeu abordar não se possibilitou dada a especificidade da população-alvo que se pretendia (adolescentes com disforia de género). Ou seja, o contexto em que se decorreram os estágios era a indicada, no entanto, no período em que estes ocorreram, essa população não existia, logo, impossibilitando a realização do PE. A partir do momento em que se definiu a temática da identidade como um todo, tornou-se mais fácil a criação e implementação de um PE. Sendo um tema que também requer um olhar interno, este constituiu-se como barreira para a sua implementação. Em contexto de HD era pedido a escrita de reflexões diárias que, numa fase inicial, provocavam uma enorme ansiedade pela exposição a que requeriam. Obrigavam a olhar para o *eu* em cada intervenção e o que isso provocava. Com isto pretende-se explicitar que o desenvolvimento da primeira competência do EEESMP foi efetivamente difícil e complexa, no entanto, olhando para trás e, com a prática profissional agora realizada, consegue-se aferir que esta sim foi bastante desenvolvida, sendo este período de estágio o ponto de partida.

O desenvolvimento deste projeto com adolescentes remeteu também ao abraço da criança interna, motivando, assim, a intencionalidade da prática: proporcionar um crescimento saudável com o *saber-se quem se é*. É um trabalho difícil e deveras complexo, mas observar os ganhos em saúde dos adolescentes provocava um sentimento de concretização que recompensa.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Andvig, E., & Biong, S. (2014). Recovery oriented conversations in a milieu therapeutic setting. *International Practice Development Journal*, 4(1).
- Arnett, J. J. (2010). *Adolescence and Emerging Adulthood: A cultural Approach* (4th ed.). Pearson.
- Aylward, P. D. (2006). Betty Neuman: The Neuman systems model and global applications. *ME Parker (Ed.), Nursing Theories and Nursing Practice*, 2, 281-294.
- Branje, S. (2022). Adolescent identity development in context. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101286.
- Branje, S., De Moor, E. L., Spitzer, J., & Becht, A. I. (2021). Dynamics of identity development in adolescence: A decade in review. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 908-927.
- Becht, A. I., Luyckx, K., Nelemans, S. A., Goossens, L., Branje, S. J., Vollebergh, W. A., & Meeus, W. H. (2019). Linking identity and depressive symptoms across adolescence: A multisample longitudinal study testing within-person effects. *Developmental Psychology*, 55(8), 1733–1742. <https://doi.org/10.1037/dev0000742>.
- Blakemore, S. J. (2019). Adolescence and mental health. *The lancet*, 393(10185), 2030-2031.
- Bogaerts, A., Claes, L., Buelens, T., Verschueren, M., Palmeroni, N., Bastiaens, T., & Luyckx, K. (2021). Identity synthesis and confusion in early to late adolescents: Age trends, gender differences, and associations with depressive symptoms. *Journal of Adolescence*, 87, 106-116.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological Perspectives on Human Development*. SAGE Publications.
- Brown, B. B., & Larson, R. W. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

- Bucho, J. L. C. (2009). Arte-terapia: criação e transformação. *Terapias Expressivas Integradas. Coleção Expressão em Terapia, 1*, 55-93.
- Cheryan, S., & Tsai, J. L. (2007). Ethnic identity. *Handbook of Asian American psychology, 2*, 125-139.
- Claes, L., Luyckx, K., Bijttebier, P., Turner, B., Ghandi, A., Smets, J., ... & Hoksbergen, I. (2015). Non-Suicidal Self-Injury in Patients with Eating Disorder: Associations with Identity Formation Above and Beyond Anxiety and Depression. *European Eating Disorders Review, 23*, 119-125.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(2), 66-79.
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C. (2022) Relação de Ajuda. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022). *Enfermagem em Saúde Mental, Diagnósticos e Intervenções*.
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2021). The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. *Perspectives in Psychiatric Care, 57*(1), 148-156.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2017). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology, 13*, 45-65.
- Crocetti, E. (2017). Identity formation in adolescence: The dynamic of forming and consolidating identity commitments. *Child Development Perspectives, 11*(2), 145-150.
- Crocetti, E., Branje, S., Rubini, M., Koot, H. M., & Meeus, W. (2017). Identity processes and parent-child and sibling relationships in adolescence: A five-wave multi-informant longitudinal study. *Child Development, 88*, 210-228. doi:10.1111/cdev.12547
- Crocetti, E., Klimstra, T., Keijsers, L., Hale, W., & Meeus, W. (2009). Anxiety trajectories and identity development in adolescence: A five-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence, 38*, 839 - 849

- Crocetti, E., Rubini, M., Luyckx, K., & Meeus, W. (2008). Identity formation in early and middle adolescents from various ethnic groups: From three dimensions to five statuses. *Journal of Youth and Adolescence*, *37*, 983–996. doi:10.1007/s10964-007-9222-2
- Crocetti, E., Rubini, M., & Meeus, W. (2008). Capturing the dynamics of identity formation in various ethnic groups: Development and validation of a three-dimensional model. *Journal of Adolescence*, *31*, 207–222. doi:10.1016/j.adolescence.2007.09.002
- Duffy, M. E., Lieberman, A., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S. J., ... & Joiner, T. E. (2022). Identity problems and suicidal ideation severity among women with bulimic-spectrum pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *13*(1), 24.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York, NY: Norton
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York, NY: Norton.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the Life Cycle*. WW Norton & company.
- Ferreira, M. M. S. R. S. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem* (Dissertação de Doutorado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Foelsch, P. A., Odom, A. E., Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., & Kernberg, O. F. (2008). Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, *12*(3), 153-162.
- Gandhi, A., Luyckx, K., Maitra, S., Kiekens, G., Verschueren, M., & Claes, L. (2017). Directionality of effects between non-suicidal self-injury and identity formation: A prospective study in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *109*, 124-129.
- Goyzueta, A. P., & Faustino-Eufracio, A. I. (2019). Proceso de cuidado de enfermería en adolescente con interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, *3*(2), 90-95.

- Guerreiro, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos auto-lesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-2013.
- Hatano, K., Sugimura, K., & Luyckx, K. (2020). Do identity processes and psychosocial problems intertwine with each other? Testing the directionality of between-and within-person associations. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(2), 467-478.
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificação 2018-2020*. (Garcez, R., Trad.) (11ª edição). Artmed.
- International Society of Psychiatric Mental Health Nurses (2010). *The Educational Preparation of Advanced Practice Nurses to address the Mental Health Needs of 70 Children and Adolescents*.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Maas, M. L., & Swanson, E. (2011). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions*. Elsevier Health Sciences.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. Guilford Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2010). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 150-162.
- Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., and Duckett, E. (1996). Changes in adolescent's daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.
- Lawson, T. G. (2021). Betty Neuman: systems model. *Nursing Theorists and Their Work E-Book: Nursing Theorists and Their Work E-Book*, 231-246.

- Lounsbury, J. W., Levy, J. J., Leong, F. T., & Gibson, L. W. (2007). Identity and personality: The big five and narrow personality traits in relation to sense of identity. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 7(1), 51-70.
- Lowry, L. W., & Aylward, P. D. (2015) Betty Neuman's Systems Model. *Nursing Theories and Nursing Practice*, 165.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558. doi:10.1037/h0023281
- Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 227-257.
- McLean, K. C., & Pasupathi, M. (2012). Processes of identity development: Where I am and how I got there. *Identity*, 12(1), 8-28.
- Meeus, W. (2011). The study of adolescent identity formation 2000-2010: A review of longitudinal research. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 75-94. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00716.x75-94
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., Schwartz, S. J., & Branje, S. (2010). On the progression and stability of adolescent identity formation: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescence. *Child Development*, 81, 1565-1581. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01492.x
- Mercer, N., Crocetti, E., Branje, S., Van Lier, P., & Meeus, W. (2017). Linking delinquency and personal identity formation across adolescence: Examining between-and within-person associations. *Developmental psychology*, 53(11), 2182.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 23(13), 724-727.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78-83.

- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*, 65-72.
- O'Brien, P., Kennedy, W. Z., & Ballard, K. A. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica, Uma Integração de Teoria e Prática*. McGraw-Hill Companies, Inc.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). "Regulamento n.º 515/2018". Diário da República, 2ª série, 151 (agosto): 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Parker, M. & Smith, M. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice* (3.ª edição). F.A. Davis Company.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet, 387*(10036), 2423-2478.
- Peden, A.; Laubham, K.; Wells, A.; Staal, J.; Rittman, M. (2010). Hildegard Peplau's Nurse-Patient Relationship Development and Its Applications. In Parker, M. & Smith, M. (Ed.), *Nursing Theories & Nursing Practice* (pp. 67-75). F.A. Davis Company.
- Piaget, J. (1972). *The Psychology of the Child*. Basic Books.
- Potterton, R., Austin, A., Robinson, L., Webb, H., Allen, K. L., & Schmidt, U. (2022). Identity development and social-emotional disorders during adolescence and emerging adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 1-14*.
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). "Decreto-Lei n.º 65/2018". Diário da República, série I, 157 (agosto): 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 123*, doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>.

- Rivnyák, A., Pohárnok, M., Péley, B., & Láng, A. (2021). Identity diffusion as the organizing principle of borderline personality traits in adolescents—a non-clinical study. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 683288.
- Santrock, J. W. (2019). *Adolescence* (17th ed.). McGraw-Hill Education.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health, 2*(3), 223-228.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch, P. A., & Doering, S. (2013). The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*, 1-11.
- Schulenberg, J., Bryant, A., & O'Malley, P. (2004). Taking hold of some kind of life: How developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology, 16*(04), 1119-1140. doi:10.1017/S0954579404040167
- Schwartz, S. J., Côté, J. E., & Arnett, J. J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: Two developmental routes in the individualization process. *Youth & Society, 37*, 201–229.
- Schwartz, S. J. (2001). The evolution of Eriksonian and, neo-Eriksonian identity theory and research: A review and integration. *Identity: An International Journal of Theory and Research, 1*, 7-58.
- Semple, D., Smyth, R., Burns, J., Darjee, R., & McIntosh, A. (2005). *Oxford handbook of psychiatry*.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022). *Enfermagem em Saúde Mental, Diagnósticos e Intervenções*.
- Simões, R. M. P., & Rodrigues, M. A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery, 14*, 485-489.
- Skutch, J. M. (2020). *The missing link: An empirical investigation of the relationship between identity dysfunction and suicidality*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Nevada, Reno.

- Steinberg, D. (1987). *Basic adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Steinberg, L. (2017). *Adolescence* (11th ed.). McGraw-Hill Education.
- Steinberg, L., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. *Handbook of Parenting, 1*, 103-133.
- Stets, J. E., & Serpe, R. T. (2013). Identity theory. In *Handbook of Social Psychology* (pp. 31-60). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Townsend, M. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 5^o Edition, F.A. Davis Company
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis.
- Ullsperger, J. M., & Nikolas, M. A. (2017). A meta-analytic review of the association between pubertal timing and psychopathology in adolescence: Are there sex differences in risk?. *Psychological Bulletin, 143*(9), 903.
- Valladares, A; Avanci, R; Abrão, A; Pedrão, L; Luis, M. & Soares, F. (2005). Reflexão teórica sobre a utilização da dança e da máscara no sociodrama moreniano com adolescentes em situação de crise. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 7*(1), 105-112.
- Verschueren, M., Claes, L., Bogaerts, A., Palmeroni, N., Gandhi, A., Moons, P., & Luyckx, K. (2018). Eating disorder symptomatology and identity formation in adolescence: A cross-lagged longitudinal approach. *Frontiers in Psychology, 9*, 816.
- Verschueren, M., Claes, L., Palmeroni, N., Bogaerts, A., Gandhi, A., Moons, P., & Luyckx, K. (2020). Eating disorder symptomatology in adolescent boys and girls: identifying distinct developmental trajectory classes. *Journal of Youth and Adolescence, 49*, 410-426.
- Waterman, A. S. (2020). “Now what do I do?”: Toward a conceptual understanding of the effects of traumatic events on identity functioning. *Journal of Adolescence, 79*, 59-69.
- Westen, D., & Chang, C. (2013). Personality pathology in adolescence: A review. *Adolescent Psychiatry, V. 25*, 61-100.
- World Health Organization (2024). Mental health. [Mental health \(who.int\)](https://www.who.int)

Zhao, H., & Seibert, S. E. (2006). The big five personality dimensions and entrepreneurial status: a meta-analytical review. *Journal of applied psychology, 91*(2), 259.

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing, 36*(4), 249-257.

7. ANEXOS